

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi hipertensi

Hipertensi ialah masalah kesehatan masyarakat yang serius, yang sering kali muncul dengan sedikit gejala atau gangguan yang nyata pada kesehatan fungsional pasien. Hipertensi disebabkan oleh kecenderungan genetik, pilihan gaya hidup yang buruk, stres, dan berat badan yang berlebihan. Hipertensi yakni faktor risiko yang signifikan bagi penyakit arteri koroner, gagal jantung, dan stroke. Hipertensi didefinisikan sebagai suatu keadaan penyakit yang bersifat kronis yang mempengaruhi sistem kardiovaskuler sehingga terjadi gangguan pada pembuluh darah, salah satunya penyempitan pembuluh darah, ketika arteri darah menyempit, jantung harus mengerahkan upaya lebih besar untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh, yang menyebabkan peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal (Sutiyono, 2024).

Hipertensi dikenal dengan penyakit tekanan darah tinggi atau penyakit *silent killer* dimana penyakit ini awalnya tidak menampilkan gejala, akan tetapi bisa merenggut nyawa penderitanya. Tekanan darah normal didefinisikan sebagai 120/80 mmHg atau lebih rendah. Tekanan darah di atas 140/90 mmHg menunjukkan adanya tanda dan gejala hipertensi. Tanda gejala hipertensi yaitu sakit kepala, sulit tidur, mudah lelah dan marah, mata berkunang-kunang, mual dan muntah (Ekasari dkk., 2021).

Klasifikasi terbaru menganjurkan kriteria tekanan darah untuk mendefinisikan tekanan darah normal, pre-hipertensi, hipertensi (stadium I dan II), serta *isolated systolic hypertension* yang sering terjadi pada usia lanjut. Pada anak dan remaja, hipertensi umumnya diartikan selaku tekanan sistolik dan/atau diastolik yang secara konsisten berada di persentil >95 mmHg sesuai dengan usia, jenis kelamin, dan tinggi badan. Tekanan darah antara persentil 90 dan 95 mmHg dianggap pre-hipertensi dan merupakan indikasi intervensi gaya hidup (Loscalzo, 2016).

2. Klasifikasi hipertensi

Merujuk pada penjelasan *International Society of Hypertension Global Hypertension*, (2020), Klasifikasi hipertensi dibagi menjadi sebagai berikut:

Tabel 1
Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2	>160	>100
<i>Isolated Systolic Hypertension</i>	>140	<90

Sumber: (*International Society of Hypertension Global Hypertension*, 2020)

3. Etiologi

Menurut Kemenkes, (2018), klasifikasi hipertensi dikelompokkan atas 2 yaitu mengacu pada etiologi :

a. Hipertensi primer (*esensial*)

Hipertensi primer (*esensial*) merupakan hipertensi yang paling marak

terjadi, yakni sekitar 90% dari seluruh kasus yang tidak bisa di deteksi penyebabnya. Terlepas oleh komponen genetik, dominan banyak wanita dibandingkan pria, yang mengalami hipertensi primer. Disamping itupun, stres psikologis yang berkepanjangan, baik yang berasal dari faktor pekerjaan atau sifat kepribadian (misalnya frustrasi atau kecemasan), bisa menyebabkan hipertensi.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan 5-10% dari seluruh kasus hipertensi, dan etiologinya umumnya bisa diobati. Penatalaksanaan hipertensi sekunder harus dimulai sedini mungkin. Hipertensi renal merupakan jenis hipertensi sekunder yang paling dominan akibat iskemia renal, yang memicu pelepasan renin di ginjal. Hipertensi dapat diatasi dengan cara menerapkan perilaku hidup sehat.

Menurut Delfriana Ayu dkk., (2022), penyebab hipertensi yaitu sebagai berikut:

1) Keturunan

Apabila seseorang memiliki keluarga yang mempunyai penyakit hipertensi, dominan orang tersebut juga akan mengalami gangguan hipertensi.

2) Usia

Pada dasarnya ketika bertambahnya umur, faktor risiko terjadinya penyakit hipertensi akan meningkat. Arteri akan kehilangan kelenturan yang akan mengakibatkan pembuluh darah menjadi kaku dan sempit sehingga tekanan darah meningkat. Hal ini disebabkan karena anatomi tubuh mengalami perubahan.

3) Jenis kelamin

Pria memiliki prevalensi hipertensi yang lebih tinggi daripada wanita. Hal ini berlaku untuk individu di bawah usia 50 tahun, karena pada usia tersebut, wanita

memiliki risiko lebih tinggi terkena hipertensi dibandingkan pria. Hal ini terjadi akibat berkurangnya hormon estrogen, yang memberikan perlindungan terhadap penyakit kardiovaskular, termasuk hipertensi.

4) Konsumsi garam berlebih

Mengonsumsi garam yang berlebihan bisa dengan cepat membuat lonjakan tekanan darah seseorang naik karena kemampuan garam dalam menahan cairan, yang kemudian bisa berdampak langsung pada kadar tekanan darah jika dikonsumsi dalam jumlah yang signifikan dari waktu ke waktu.

5) Konsumsi makanan tinggi lemak

Meningkatnya kadar lipid dalam aliran darah menyebabkan penumpukan kolesterol di arteri darah, menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah.

6) Obesitas/kegemukan

Seseorang dengan berat badan yang melebihi nilai optimal mempunyai resiko lebih tinggi terkena hipertensi. Usia paruh baya dan usia lanjut sering kali ditandai dengan tingkat aktivitas yang berkurang, yang menyebabkan asupan kalori sesuai dengan kebutuhan energi; hal ini dapat mengakibatkan penambahan berat badan atau obesitas, sehingga memperburuk keadaan kesehatan.

7) Stress

Stres yang tidak terkontrol merupakan penyebab utama hipertensi. Korelasi antara stres dan hipertensi adalah kecemasan yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah yang tidak terduga.

8) Kebiasaan merokok

Merokok dianggap dapat meningkatkan tekanan darah karena kandungan

nikotin dalam rokok, yang dapat menyebabkan vasokonstriksi. Orang dengan hipertensi yang merokok memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit kardiovaskular dan hematologi

9) Mengonsumsi minuman mengandung alkohol

Mengonsumsi minuman alkohol berlebihan bisa meningkatkan tekanan darah. Mengonsumsi alkohol berlebihan dapat membuat tekanan darah meningkat secara signifikan, yang berpotensi menyebabkan trombosis serebral dan bisa menimbulkan stroke.

10) Kurang olahraga

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa aktivitas fisik dapat menurunkan tekanan darah karena aktivitas fisik yang teratur dapat melebarkan pembuluh darah sehingga tekanan darah menjadi normal. Orang yang kurang berolahraga atau kurang aktif bergerak dan yang kurang bugar, memiliki risiko menderita tekanan darah tinggi atau hipertensi meningkat 20 - 50% dibandingkan mereka yang aktif dan bugar.

4. Patofisiologi

Hipertensi klinis dapat dikelompokkan menjadi 2 bagian besar. Hipertensi primer atau esensial mencakup 85% hingga 95% kasus pada manusia dan memiliki etiologi yang tidak pasti, selain dari komponen keturunan; hipertensi lebih banyak menyerang wanita daripada pria. Selain itu, stres psikologis yang berkepanjangan, baik yang berasal dari faktor pekerjaan atau ciri kepribadian (seperti frustrasi atau kecemasan), dapat menyebabkan hipertensi. Sebaliknya, hipertensi sekunder disebabkan oleh kondisi dasar yang dapat diidentifikasi, hipertensi sekunder ini

harus dilakukan pengobatan sedini mungkin karena hipertensi renal merupakan bentuk yang sangat umum dari hipertensi sekunder yang terjadi dikarenakan oleh iskemia ginjal yang menjadikan pelepasan renin di ginjal, termasuk stenosis arteri ginjal atau penyempitan salah satu arteri ginjal, feokromositoma, adenoma adrenal, atau mutasi gen tunggal. Secara historis, sebagian besar pasien disaring untuk mengetahui penyebab sekunder.

Secara klinis adanya aktivasi Sistem *Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAAS)* meningkatkan tekanan darah melalui memperkuat kontraksi jantung dan dapat mempersempit pembuluh darah. Angiotensin II menyebabkan hipertensi karena angiotensin II menyebabkan pada dinding otot arteri kecil (arteriol) menyempit sehingga meningkatkan tekanan darah terutama melalui aktivasi saraf simpatik. Pengukuran aktivitas saraf simpatik otot, luapan norepinefrin, dan variabilitas denyut jantung menunjukkan bahwa manusia dengan hipertensi umumnya mengalami peningkatan aliran simpatik dan peningkatan vasokonstriksi yang dimediasi katekolamin (Harrison et al., 2021)

Infus Angiotensin II dosis rendah menyebabkan variabilitas tekanan darah yang signifikan, di mana isyarat lingkungan yang sederhana dapat memicu peningkatan tekanan yang substansial, bersamaan dengan peningkatan denyut jantung. Peningkatan tekanan darah diintensifkan oleh tyramine, yang merangsang pelepasan norepinefrin dari terminal saraf, dan dihambat oleh guanethidine, yang menghalangi pelepasan norepinefrin. Angiotensin menyebabkan hipertensi melalui mekanisme tidak langsung yang difasilitasi oleh sistem saraf pusat, mekanisme yang independen dari efek vasokonstriksinya (Harrison et al., 2021)

5. Tanda dan gejala

Menurut Kemenkes, (2021), sementara individu dengan hipertensi biasanya tidak menunjukkan gejala atau keluhan yang jelas, mereka mungkin mengalami ketidaknyamanan yang tidak spesifik, seperti :

- a. Sakit kepala dan pusing
- b. Jantung berdebar-debar
- c. Rasa sakit di dada
- d. Gelisah
- e. Penglihatan kabur
- f. Mudah lelah.

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Unger et al., (2020), pemeriksaan penunjang meliputi beberapa bagian yaitu :

- a. Pemeriksaan fisik :

Pemeriksaan fisik dengan keseluruhan bisa membantu menetapkan diagnosis hipertensi dan identifikasi *Hypertension Mediated Organ Damage* (HMOD) atau kerusakan organ yang dimediasi oleh hipertensi sekunder dan harus meliputi:

- 1) Sirkulasi dan jantung: Denyut nadi/irama/karakter, denyut/tekanan vena jugularis, denyut apeks, bunyi jantung tambahan, bunyi gemeretak basal, edema perifer, bruit (karotis, abdomen, femoralis), keterlambatan radio-femoral.

2) Organ/sistem lain: Ginjal membesar, lingkar leher >40 cm (apnea tidur obstruktif), tiroid membesar, indeks massa tubuh (BMI)/lingkar pinggang meningkat, timbunan lemak dan striae berwarna (penyakit/*sindrom Cushing*).

b. Pemeriksaan Laboratorium dan *Elektrokardiografi* (EKG)

1) Tes darah: Natrium, kalium, kreatinin serum, dan *estimasi filtrasi glomerulus rate (eGFR)*. Jika tersedia, profil lipid dan glukosa puasa.

2) Tes urine: Tes urine dipstick.

3) EKG 12 sadapan: Mendeteksi fibrilasi atrium, hipertrofi ventrikel kiri (LVH), penyakit jantung iskemik.

7. Penatalaksanaan

a. Pengobatan farmakologis, Menurut Loscalzo, (2016). :

1) *Diuretik*

Mengurangi volume cairan darah dengan meningkatkan ekskresi natrium dan air oleh ginjal. Contoh : Hidroklorotiazid, indapamid, furosemid.

2) *Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACE-I)*

Menghambat Pembentukan angiotensin II, sehingga melebarkan pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah. Contoh : Kaptopril, enalapril, lisinopril

3) *Calcium channel blockers (CCB)*

Menghambat kalsium masuk kedalam otot pembuluh darah, yang menjadikan timbulnya relaksasi dan penurunan tekanan darah. Contoh : Amlodipin, nifedipin, diltiazem.

4) *Beta – blockers*

Mengurangi denyut jantung dan kontraktilitas jantung, sehingga menurunkan tekanan darah. Contoh : Atenolol, metoprolol, bisoprolol.

b. Pengobatan *non-farmakologis*

Gaya hidup yang optimal dapat mencegah atau mengurangi peningkatan tekanan darah dan mengurangi risiko kardiovaskular. Gaya hidup yang sehat dapat mengurangi atau menunda perlunya intervensi farmakologis pada hipertensi derajat I, namun, gaya hidup tersebut tidak boleh menunda dimulainya terapi obat pada individu dengan *Hypertension Mediated Organ Damage* (HMOD) atau kerusakan organ yang disebabkan oleh hipertensi.

Perubahan gaya hidup terbukti mampu menurunkan tekanan darah, khususnya melalui penerapan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), pembatasan asupan natrium dan alkohol, peningkatan konsumsi buah dan sayur, pencapaian dan pemeliharaan berat badan optimal (BMI 18,5 - 22,9 kg/m²), serta melakukan aktivitas fisik ringan hingga sedang dengan beraturan setidaknya 30 menit setiap hari, seperti jalan kaki, kalistenik, atau bentuk olahraga lainnya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Dengan Melaksanakan program PATUH. Program ini diperuntukkan bagi penderita hipertensi untuk rajin kontrol dan berobat teratur. Program PATUH merupakan singkatan dari P yang berarti periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter, A yang berarti atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur, T yang berarti tetap diet sehat dengan gizi seimbang, U yang berarti upayakan beraktivitas fisik dengan aman, dan H yang berarti hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya (Kemenkes, 2022).

Penelitian yang dilakukan Hidayat dkk., (2022). Melaksanakan program CERDIK merupakan singkatan dari : Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin melakukan aktivitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat

yang cukup dan Kelola stress. Pelaksanaan program ini dapat mengurangi faktor risiko dan memfasilitasi deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM), serta meningkatkan usaha pencegahan didalam upaya menurunkan kejadian hipertensi.

8. Komplikasi

Komplikasi hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat menjadikan pembuluh darah dan dindingnya rusak serta dapat merusak arteri yang seharusnya fleksibel, kuat dan elastis. Menurut Rikmasari & Noprizon, (2020), hipertensi bisa membuat risiko penyakit arteri koroner meningkat, termasuk infark miokard, angina, gagal ginjal, demensia, dan fibrilasi atrium. Adanya factor risiko kardiovaskular pada pasien akan memperburuk risiko hipertensi, sehingga meningkatkan angka kematian dan kesakitan di antara mereka yang terkena kondisi tersebut

Mengacu pada penjelasan Anshari, (2020). Sejumlah komplikasi yang bisa di timbulkan oleh hipertensi diantaranya:

a. Serangan jantung

Tekanan darah tinggi bisa menimbulkan pembekuan dan penebalan arteri (*aterosklerosis*), yang dapat mengakibatkan serangan jantung.

b. Gagal jantung

Jantung harus mengerahkan upaya lebih besar untuk mengalirkan darah melawan tekanan yang tinggi, yang berpotensi menyebabkan melemahnya atau gagalnya otot jantung .

c. Stroke

Hipertensi bisa menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah di otak, meningkatkan resiko stroke iskemik dan hemoragik.

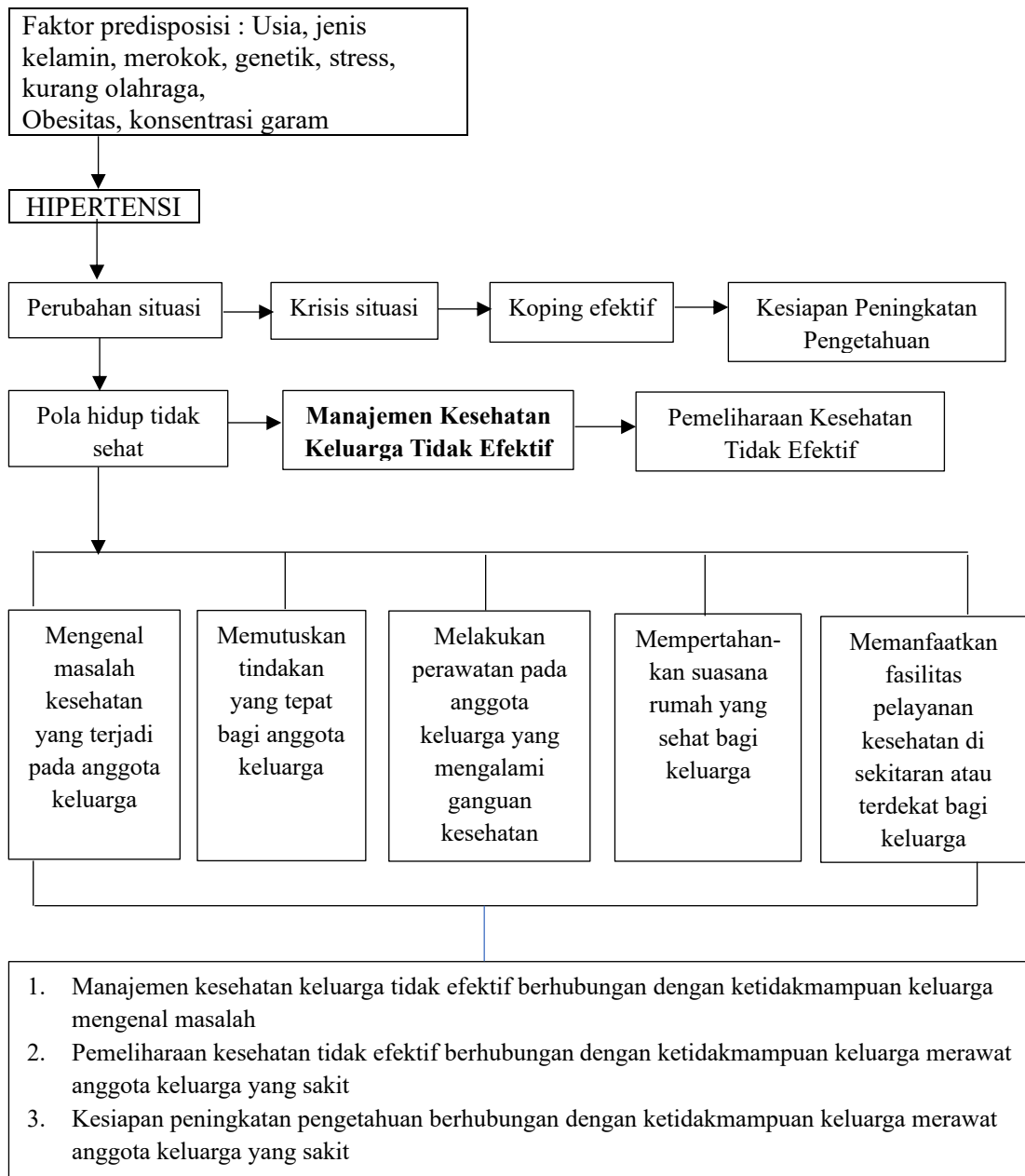
d. Gagal ginjal

Hipertensi mengakibatkan pembuluh darah ginjal rusak, kapasitasnya untuk menyaring limbah dari aliran darah semakin berkurang, yang mungkin mengakibatkan penyakit ginjal kronis atau gagal ginjal.

e. Kerusakan pembuluh darah retina (retinopati)

Hipertensi bisa membuat pembuluh darah di mata rusak, yang menjadikan retinopati Hipertensi yang kemudian bisa berujung pada gangguan indra penglihatan atau kebutaan.

B. Pathway Hipertensi



Sumber: (Indriawati, 2021)

Gambar 1. Pathway Hypertension

C. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga diartikan sebagai unit sosial yang terdiri atas individu-individu yang terhubung dari pernikahan, hubungan darah, ataupun adopsi, yang berfungsi sebagai satu rumah tangga yang berinteraksi dengan lingkungannya. Keluarga mencakup pasangan (suami dan istri), orang tua, anak-anak, dan saudara kandung. Pada dasarnya, sebuah keluarga terdiri dari seorang dewasa dan keturunannya. Umumnya, keluarga terdiri dari dua orang dewasa yang sudah menikah, serta keluarga memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan, keharmonisan dan kesejahteraan anggota keluarga (Barnard, 2025).

2. Tipe keluarga

Merujuk pada penjelasan Salamung dkk., (2021), Terdapat 3 tipe keluarga mengacu pada Marilyn M Friedman & Bowden (2010), diantaranya:

- a. Keluarga inti terdiri dari ikatan perkawinan antara suami dan istri, beserta keturunan mereka, yang dapat mencakup anak kandung, anak angkat, atau gabungan keduanya.
- b. Keluarga orientasi, yang juga dikenal sebagai keluarga asal, yakni unit keluarga tempat seorang individu dilahirkan dan dibesarkan, yang berfungsi sebagai konteks utama untuk pengalaman sosialisasi awal.
- c. Keluarga besar meliputi keluarga inti dan mereka yang memiliki hubungan darah, umumnya meliputi anggota keluarga orientasi dari salah satu keluarga inti, seperti kakek-nenek, bibi, paman, keponakan, dan sepupu.

Menurut Mubarak, (2009), Menyebutkan bahwa tipe keluarga dapat dikelompokkan menjadi 2 bagian diantaranya :

a. Keluarga tradisional terbagi atas 2 tipe diantaranya:

- 1) *Nuclear family*. Keluarga inti terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak, yang mungkin merupakan anak kandung, anak angkat, atau gabungan keduanya.
- 2) *Extended family*. Keluarga besar terbagi menjadi keluarga inti beserta kerabat tambahan, termasuk kakek-nenek, paman, bibi, dan sepupu.

b. Keluarga modern, muncul ketika peran individu berevolusi, yang mengarah pada peningkatan individualisme, sehingga mengkategorikan mereka ke dalam beberapa jenis keluarga, termasuk:

- 1) *Tradisional nuclear*, meliputi ayah, ibu, dan anak-anak yang hidup bersama dalam satu tempat tinggal berdasarkan hubungan perkawinan yang sah, dengan salah satu atau kedua orang tua yang mungkin bekerja di luar rumah.
- 2) *Reconstituted nuclear*, yang dibentuk kembali, ketika keluarga baru terbentuk melalui perkawinan suami istri, hidup bersama dengan anak-anak dari perkawinan sebelumnya ataupun saat ini, dengan salah satu atau kedua orang tua bekerja di luar rumah.
- 3) *Middle age/aging couple*, dengan ayah sebagai pencari nafkah utama dan ibu sebagai ibu rumah tangga, yang anak-anaknya meninggalkan rumah tangga untuk menempuh pendidikan, perkawinan, atau mengejar karier.
- 4) *Dyadic nuclear*, terdiri dari pasangan yang telah menikah lama dan tinggal bersama tanpa anak, dengan salah satu atau kedua pasangan bekerja jarak jauh.

- 5) *Single parent*, yang dicirikan oleh pengasuh tunggal akibat perceraian atau kematian pasangan, dengan anak-anak yang tinggal di rumah tangga yang sama atau terpisah.
- 6) *Dual carries*, dimana kedua pasangan bekerja di luar dan tidak mempunyai keturunan.
- 7) *Commuter married*, dimana kedua pasangan bekerja di luar dan tinggal terpisah, tetapi dapat bertemu pada waktu yang ditentukan.
- 8) *Single adult*, baik laki-laki atau perempuan, yang tinggal secara mandiri tanpa ikatan keluarga dan memilih untuk tidak menikah.
- 9) *Three generation*, terdapat tiga generasi yang tinggal dalam satu rumah.
- 10) *Institusional*, dimana anak atau orang dewasa tidak tinggal dalam rumah namun di suatu panti.
- 11) *Communal*, dimana dua atau lebih pasangan tinggal dalam satu rumah tangga, masing-masing pasangan memelihara hubungan monogami dengan anak-anak mereka dan secara kolaboratif menyediakan fasilitas
- 12) *Gaoup marriage*, dimana sebuah rumah tangga memiliki keluarga dengan satu keturunan atau satu orang tua, di mana setiap anak telah menikah.
- 13) *Unmarried parent and child*, dimana sang ibu memilih untuk tidak menikah dan telah mengadopsi anak
- 14) *Cohibing couple*, ketika sebuah keluarga terdiri dari satu atau dua pasangan yang hidup bersama tanpa ikatan perkawinan.
- 15) *Gay and lesbian family*, yang mana keluarga ini terbagi atas pasangan yang memilki jenis kelamin yang sama.

3. Struktur keluarga

Struktur keluarga Merujuk pada penjelasan Mubarak, (2009), dikelompokkan menjadi :

- a. Patrilinear mengacu pada struktur keluarga yang terdiri dari kerabat yang terhubung oleh darah lintas beberapa generasi dari garis keturunan ayah.
- b. Matrilinear mengacu pada struktur keluarga yang terbagi atas kerabat yang terhubung oleh ikatan darah lintas sejumlah generasi dari garis keturunan ibu.
- c. Matrilokal mengacu pada pengaturan keluarga di mana seorang suami dan istri tinggal bersama kerabat dari garis keturunan istri.
- d. Patrilokal mengacu pada pengaturan keluarga di mana seorang suami dan istri tinggal dengan kerabat suami melalui darah.
- e. Keluarga yang sudah menikah merupakan hubungan antara seorang suami dan istri, yang mencakup perkembangan keluarga dan kerabat lain yang terhubung dengan salah satu pasangan.

4. Fungsi keluarga

Merujuk pada penjelasan Iriani, (2023), fungsi umum keluarga didefinisikan selaku hasil dari struktur keluarga yang terdiri dari:

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*). Fungsi inipun berhubungan terhadap dinamika internal keluarga, yang menjadi landasan ketahanan keluarga. Fungsi emosional ini penting untuk mengatasi tuntutan psikososial keluarga
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*The Socialization Function*). Sosialisasi yakni kegiatan dari perkembangan individu melalui interaksi sosial dan pembelajaran peranan dalam lingkungan sosial. Keluarga berperan penting

dalam sosialisasi dengan memberikan berbagai pengalaman belajar kepada individu dalam keluarga.

- c. Fungsi reproduksi (*The Reproductive Function*). Keluarga mempunyai perannya dengan krusial didalam melestarikan garis keturunan dan menyediakan SDM melalui pengasuhan dan pendidikan anak. Fungsi ini menjamin kelangsungan garis keturunan keluarga dengan memperkenalkan anggota baru ke dalam masyarakat.
- d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*). Keluarga mencakup upaya dalam mengamankan sumber daya keuangan guna memenuhi kebutuhan semua anggota, termasuk makanan, perumahan, pakaian, pendidikan, dan banyak lagi. Peran ini mencakup pengelolaan pengeluaran dan tabungan keluarga untuk memenuhi kebutuhan di masa mendatang.
- e. Fungsi perawatan kesehatan keluarga (*The Health Care Function*). Peran keluarga didalam perawatan kesehatan meliputi pelaksanaan kegiatan perawatan kesehatan. Keluarga berkewajiban melindungi kesehatan anggotanya untuk memastikan keberlanjutan produktivitas mereka dalam memenuhi tugas dan kewajiban masing-masing.

5. Tugas keluarga

Adapun penjelasan Wilis, (2018). Tugas keluarga dibagi mejadi lima dalam bidang kesehatan (Salamung dkk., 2021) :

- a. Keluarga dapat mengidentifikasi masalah kesehatan setiap anggotanya. Keluarga dapat mengidentifikasi perubahan yang dialami oleh anggotanya, sehingga menumbuhkan rasa khawatir dan tanggung jawab. Keluarga dapat memastikan dengan tepat kapan dan sejauh mana perubahan tersebut terjadi.

- b. Keluarga dapat membuat keputusan dalam mengambil tindakan yang benar. Tanggung jawab utama keluarga ialah memastikan bagaimana permasalahan kesehatan bisa ditangani. Jika keluarga mengalami kesulitan didalam menangani masalah tersebut, mereka dapat mencari bantuan melalui orang-orang di sekitar mereka.
- c. Keluarga dapat menawarkan perawatan untuk kerabat yang sakit. Ketika anggota keluarga dapat merawat kerabat yang sakit, mereka bisa memberi pertolongan pertama ataupun, apabila situasinya kritis, segera membawa mereka ke institusi perawatan kesehatan terdekat untuk intervensi lebih lanjut.
- d. Keluarga dapat mempertahankan lingkungan rumah tangga. Keluarga bisa menumbuhkan lingkungan rumah yang kondusif untuk kesehatan dan kesejahteraan anggotanya.
- e. Keluarga dapat mengakses fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia. Anggota keluarga dapat memperoleh layanan perawatan kesehatan saat mereka sakit.

6. Tahap keluarga

Menurut Mubarak, (2009). Tahap perkembangan dalam keluarga terdiri dari :

- a. Tahap I : Keluarga pemula (*Beginning Family*)

Keluarga pemula terdiri atas pasangan yang baru menikah, keluarga yang baru terbentuk, dan mereka yang beralih dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

- b. Tahap II : Keluarga "*Child-bearing*" (Kelahiran anak pertama)

Tahap kedua ini diawali dari kelahiran anak pertama dan berlangsung hingga anak pertama berusia 30 bulan.

c. Tahap III : Keluarga dengan anak pra-sekolah

Tahapan inipun dimulai dengan kelahiran anak pertama pada usia 2,5 tahun dan berakhir pada usia 5 tahun.

d. Tahap IV : Keluarga dengan anak sekolah

Periode ini dimulai ketika anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir diusia 12 tahun.

e. Tahap V : Keluarga dengan anak remaja

Periode ini dimulai diusia 13 tahun dan umumnya berakhir antara usia 19 dan 20 tahun, bertepatan dengan kepergian anak dari rumah tangga orang tuanya.

f. Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan

Lamanya proses inipun tergantung dengan jumlah anak pada sebuah rumah tangga atau apakah anak-anak tersebut tetap tidak menikah dan tinggal bersama orang tua mereka.

g. Tahap VII : Keluarga usia pertengahan (*midle age family*)

Fase ini dimulai ketika anak bungsu meninggalkan rumah tangga dan pasangan tersebut memasuki masa pensiun.

h. Tahap VIII : Keluarga usia lanjut

Tahap akhir perkembangan keluarga dimulai disaat salah satu pasangan pensiun dan berlanjut hingga kematian pasangan lainnya.

D. Konsep Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

1. Definisi manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana keluarga tidak mampu mengelola kesehatan anggota keluarganya, sehingga menyebabkan penurunan kualitas hidup, dan peningkatan munculnya resiko

penyakit serta pola penanganan permasalahan kesehatan didalam keluarga tidak memuaskan dalam upaya pemulihan keadaan kesehatan anggota keluarga. Diagnosis ini diberi kode D.0115, dikategori sebagai masalah perilaku, subkategori masuk dalam penyuluhan dan pembelajaran dalam standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI, 2017).

2. Penyebab manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Penyebab manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (SDKI, 2017). :

- a. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- b. Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- c. Konflik pengambilan keputusan
- d. Kesulitan ekonomi
- e. Banyak tuntutan
- f. Konflik keluarga

3. Tanda gejala manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Tabel 2
Gejala Dan Tanda Mayor Dan Minor Manajemen
Kesehatan Keluarga Tidak Efektif.

Mayor	Minor
<i>Subjektif</i>	<i>Subjektif</i>
a. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita	<i>(subjektif tidak tersedia)</i>
b. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan	<i>Objektif</i>
<i>Objektif</i>	a. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko
a. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat	
b. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat	

Sumber : (SDKI, 2017)

4. Kondisi klinis terkait manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

- a. PPOK
- b. Sklerosis multiple
- c. Arthritis rheumatoid
- d. Nyeri kronis
- e. Penyalahgunaan zat
- f. Gagal ginjal/hati tahap terminal

5. Hipertensi terhadap manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Hipertensi atau tekanan darah tinggi, dapat menjadi tantangan signifikan dalam manajemen kesehatan keluarga jika tidak dikelola dengan baik. Hubungan antara hipertensi dan manajemen kesehatan keluarga yang tidak efektif bisa melibatkan beberapa aspek sebagai berikut (Solehudin Solehudin dkk., 2023):

- a. Kurangnya pengetahuan dan edukasi: Jika suatu anggota keluarga tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang hipertensi, seperti penyebab, gejala, dan cara pengelolaannya, ini dapat mengakibatkan pengabaian terhadap pengobatan atau perubahan gaya hidup yang diperlukan.
- b. Kesulitan dalam penerapan pola hidup sehat: Manajemen hipertensi sering kali memerlukan perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan pengelolaan stres. Jika keluarga tidak mendukung atau tidak memahami pentingnya perubahan ini, pengelolaan hipertensi bisa menjadi tidak efektif.
- c. Kurangnya dukungan emosional dan sosial: Hipertensi sering kali memerlukan dukungan emosional untuk memotivasi seseorang mengikuti rencana pengobatan dan penerapan gaya hidup sehat. Tanpa dukungan yang memadai

dari anggota keluarga, proses pengelolaan dapat terganggu dan menjadi hambatan dalam proses penanganan hipertensi.

- d. Masalah dalam kepatuhan pengobatan: Keluarga yang tidak efektif dalam manajemen kesehatan mungkin tidak memantau atau mendukung kepatuhan terhadap regimen pengobatan, seperti konsumsi obat antihipertensi, yang sangat penting untuk mengontrol tekanan darah.
- e. Pengelolaan stres keluarga: Stres keluarga yang tinggi dapat memperburuk hipertensi. Jika manajemen stres dalam keluarga tidak efektif, hal ini dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang memiliki hipertensi.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Akibat Hipertensi

Menurut Salamung dkk., (2021). Asuhan keperawatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang diberikan dalam keluarga dan sesuai dengan kebutuhan keluarga dalam lingkup keperawatan, dalam melakukan proses keperawatan keluarga yang tersusun atas :

1. Pengkajian keperawatan

Proses diagnostik bersifat sistematis dan memiliki tiga tahapan: analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis (SDKI, 2017).

a. Identitas umum keluarga

1) Identitas kepala keluarga.

Pada bagian identitas pasien mencakup, nama, umur, alamat, pekerjaan, agama dan jenis kelamin.

2) Komposisi keluarga.

Komposisi keluarga berkaitan dengan identitas unit keluarga dalam kaitannya dengan para anggotanya.

3) Genogram.

Genogram keluarga yakni diagram yang mencerminkan struktur keluarga atau garis keturunan. Digunakan untuk memahami struktur keluarga dan asal usul silsilah.

4) Tipe keluarga.

Struktur keluarga yang terbagi menjadi berbagai unit keluarga yang tinggal bersama pada satu tempat tinggal.

5) Latar belakang budaya atau suku bangsa.

Mengevaluasi latar belakang budaya pasien (baik individu maupun keluarga) merupakan komponen krusial dalam penilaian untuk memberikan perawatan yang kompeten secara budaya.

6) Agama dan kepercayaan.

Data yang berkaitan dengan keyakinan agama keluarga dan afiliasi etnis mereka. Keyakinan agama sering kali membentuk pemahaman keluarga tentang kesehatan dan penyakit, serta kapasitas mereka untuk merawat kerabat yang sakit.

7) Bahasa.

Bahasa yang digunakan semata-mata atau terutama dalam lingkup domestik, atau digunakan secara eksternal.

8) Status sosial ekonomi.

Status sosial ekonomi keluarga merupakan elemen kelas sosial yang mencerminkan besarnya dan asal pendapatan keluarga.

9) Aktivitas rekreasi.

Liburan keluarga tidak hanya mencakup jalan-jalan atau kunjungan ke tempat rekreasi namun juga berkumpul di rumah, di mana kegiatan seperti menonton televisi dan mendengarkan radio menjadi bagian dari pengalaman rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Proses perkembangan keluarga sebagaimana diamati dari sudut pandang anak tertua.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :

Menguraikan tujuan perkembangan yang belum terpenuhi didalam keluarga dan penyebab yang mendasari ketidakmampuan anggota keluarga untuk melaksanakan tanggung jawab tersebut.

3) Riwayat keluarga inti :

Sejarah keluarga inti pada titik ini memerlukan pemeriksaan, yaitu kekerabatan dalam keluarga inti dan anteseden sebelum membentuk rumah tangga.

4) Riwayat Kesehatan dahulu :

Catatan atau dokumentasi kondisi medis historis pasien dan intervensi terapeutik

c. Data lingkungan.

1) Karakteristik rumah :

Bagian inipun mengkaji elemen-elemen tertentu dari lingkungan rumah keluarga yang bisa memberi dampak bagi kesehatan keluarga

2) Karakteristik tetangga dan komunitas :

Keluarga yang sehat adalah keluarga yang aktif dan proaktif berupaya terlibat dengan berbagai organisasi masyarakat.

3) Mobilitas geografis keluarga :

Lingkungan dan masyarakat yang cenderung luas di mana sebuah keluarga tinggal berdampak signifikan bagi kesehatan keluarga.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Membahas kapasitas keluarga untuk terlibat dalam waktu bersama dan kegiatan bersama, serta jumlah kontak mereka bersama masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga :

Struktur pendukung keluarga mencakup beberapa unit keluarga yang sehat, yang memiliki sumber daya dalam meningkatkan kesehatan.

6) Denah Rumah

Gambar atau diagram yang menunjukkan tata letak dan struktur rumah, termasuk ruangan-ruangan yang ada didalamnya.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga :

Pola komunikasi keluarga yakni pertukaran siklus yang khas yang menghasilkan makna transaksional di antara anggota keluarga.

2) Pola komunikasi keluarga :

Pola komunikasi keluarga adalah pertukaran siklus yang khas, yang menghasilkan makna transaksional di antara anggota keluarga.

3) Struktur Peran Keluarga :

Sebuah peran dicirikan sebagai serangkaian sikap yang secara umum

seragam, yang secara normatif ditetapkan dan diantisipasi dari seorang individu dalam posisi sosial tertentu.

4) Nilai dan Norma Keluarga :

Norma keluarga dimaknai sebagai pola perilaku yang dinyatakan dapat diterima oleh masyarakat, yang berakar terhadap sistem nilai keluarga.

5) Struktur kekuatan keluarga :

Pendampingan bagi anggota keluarga diperlukan, termasuk penguatan dan mitigasi faktor risiko.

e. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi Afektif
- 2) Fungsi Sosialisasi
- 3) Fungsi Perawatan Keluarga
- 4) Fungsi Reproduksi
- 5) Fungsi Ekonomi

f. Tugas perawatan keluarga :

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan : Bagian dari kebutuhan yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah kesehatan.
- 2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit : Bantuan fisik menimbulkan tekanan yang signifikan pada keluarga, yang memiliki keterbatasan dalam mengatasi tantangan keperawatan dalam rumah tangga.
- 4) Kemampuan keluarga untuk mengadaptasi lingkungan rumah tangga dalam meningkatkan kesehatan keluarga.
- 5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan.

g. Stress dan koping keluarga

- 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang yang dirasakan keluarga
- 2) Kemampuan keluarga untuk bereaksi terhadap situasi dan tekanan. Sejauh mana keluarga menanggapi kondisi dan tantangan yang mereka alami.
- 3) Strategi koping yang digunakan. Mekanisme penanganan apa yang digunakan keluarga saat menghadapi kesulitan.
- 4) Strategi adaptasi yang tidak berfungsi. Berkaitan dengan mekanisme penanganan yang tidak adaptif yang digunakan dalam menanggapi tantangan.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sistematis mencakup, inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilaksanakan dengan pendekatan menyeluruh dari kepala hingga kaki dengan metode (*Head to toe*). Pemeriksaan fisik dilanjutkan dengan penilaian tambahan, meliputi fungsi-fungsi penting seperti tinggi badan, berat badan, tekanan darah, suhu, pernapasan, dan denyut nadi.

i. Harapan keluarga

Di akhir pengkajian, perawat harus mempertanyakan tentang apa yang diharapkan keluarga mengenai profesional perawatan kesehatan dan masalah kesehatan.

j. Analisis data

Analisi data dilaksanakan melalui tahapan dibawah ini:

- 1) Membandingkan data terhadap nilai normal

Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna (*significant cues*)

2) Kelompokkan data

Tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

Tabel 3
Analisis Data Asuhan Keperawatan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Data Keperawatan	Analisis	Masalah Keperawatan
Gejala dan Tanda Mayor: DS: a. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita b. Mengungkapkan Kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan DO: a. Gejala Penyakit anggota keluarga semakin memberat b. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat	Hipertensi ↓ Perubahan Status kesehatan ↓ Konflik pengambilan keputusan dalam keluarga ↓ Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ↓ Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
Gejala dan Tanda Minor: DS: <i>(Tidak tersedia)</i> DO: a. Gagal Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko		

Sumber : (SDKI, 2017).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan evaluasi klinis bagi respons pasien bagi permasalahan kesehatan yang ada atau potensial. Diagnosis keperawatan diformulasikan untuk menggambarkan variasi respons pasien, keluarga, dan

masyarakat terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dikategorikan menjadi dua jenis: diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis negatif menandakan bahwa pasien tidak sehat atau dalam bahaya sakit, sehingga memerlukan perawatan keperawatan; diagnosis ini mencakup masalah saat ini dan masalah potensial. Sebaliknya, diagnosis positif menyiratkan bahwa pasien berada dalam kondisi sehat dan baik. Diagnosis inipun sering dikatakan sebagai diagnosis peningkatan kesehatan (SDKI, 2017).

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)

Definisi: Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

1) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita, Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan.

Objektif : Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat.

2) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : *(tidak tersedia)*

Objektif : Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko

b. Penapisan masalah (skoring prioritas masalah)

Merujuk pada penjelasan Mubarak, (2009). Penapisan masalah keperawatan keluarga merupakan langkah awal dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga. Penapisan masalah tersebut dilakukan dengan mengumpulkan data melalui pengkajian terhadap keluarga, mengklasifikasikan data, memvalidasi data,

serta merumuskan masalah. Menurut Bailon dan Maglaya (1978), prioritas masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan proses skoring sebagai berikut;

Tabel 4
Skoring Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat Masalah		1
	a. Tidak/kurang sehat	3	
	b. Ancaman kesehatan	2	
	c. Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan Masalah dapat Diubah		2
	a. Dengan mudah	2	
	b. Hanya sebagian	1	
	c. Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		1
	a. Tinggi	3	
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4.	Menonjolnya Masalah		1
	a. Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	b. Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber : (Mubarak, 2009).

Menurut Mubarak, (2009). Proses melakukan skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot

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

- 3) Menjumlahkan skor untuk seluruh kriteria; skor maksimumnya yakni 5, yang sesuai dengan bobot keseluruhan.

3. Intervensi Keperawatan

Pada saat perencanaan tersusun atas intervensi dan tujuan. Intervensi keperawatan adalah perumusan rencana atau strategi keperawatan yang ditujukan untuk mengurangi, meringankan, atau menyelesaikan permasalahan kesehatan pasien yang didiagnosis dan dikonfirmasi selama fase diagnosis keperawatan. Perencanaan keperawatan mencakup identifikasi masalah prioritas, tujuan, dan metode tindakan. Intervensi keperawatan mencakup semua perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan (SIKI, 2018).

Tabel 5
Intervensi Keperawatan Pada Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115) Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dibuktikan dengan mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 5 x pertemuan 30 menit, diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah Kesehatan yang dialami meningkat (5) 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah Kesehatan tepat meningkat (5)	Intervensi utama: Dukungan koping keluarga (I.09260) Observasi 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

(1)	(2)	(3)	(4)
	diterapkan, gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak efektif dan gagal melakukan tindakan untuuk mengurangi faktor risiko	3. Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat (5) 4. Verbalisasi kesulitan menjelaskan perawatan yang ditetapkan menurun (5) 5. Gejala penyakit anggota keluarga menurun (5)	Terapeutik 1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan 4. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga 5. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu 6. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai 7. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis. tempat tinggal, makanan, pakaian) 8. Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu 9. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien 10. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan 11. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan 12. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga

(1)	(2)	(3)	(4)
			Edukasi 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia Kolaborasi 1. Rujuk untuk terapi keluarga, <i>jika perlu</i> Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (I.13477) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi Konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga 3. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga 4. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga Terapeutik 1. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan 2. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga 3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal Edukasi 1. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 2. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 3. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

(1)	(2)	(3)	(4)
			Intervensi pendukung: Edukasi Kesehatan (I. 12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Sumber : (SIKI, 2018), (SLKI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi mencakup tindakan spesifik dan dokumentasi yang dilakukan sesuai dengan rencana perawatan yang ditetapkan. Implementasi keperawatan mencakup serangkaian tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu pasien dalam transisi dari masalah terkait kesehatan ke pencapaian

kriteria hasil kesehatan yang ditetapkan, dengan harapan bahwa kesehatan pasien akan meningkat (Suwignjo dkk., 2022).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi ialah fase didalam kegiatan keperawatan yang menilai respons pasien terhadap intervensi yang diterapkan dan kemajuannya menuju sasaran yang ditetapkan. Singkatnya, evaluasi merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk memastikan tercapainya sasaran; jika sasaran tidak terpenuhi, rencana harus diubah dan diulangi. Evaluasi keperawatan didokumentasikan menggunakan format SOAP (Suwignjo et al., 2022).

- a. *S (Subjektif)* : Perawat mengamati keluhan pasien setelah intervensi.
- b. *O (Objektif)* : Informasi yang didapatkan melalui pengamatan langsung perawat terhadap pasien sesudah intervensi.
- c. *A (Assesment)* : Merupakan evaluasi data subjektif dan objektif untuk menentukan sampai dimana tujuan yang ditetapkan sudah tercapai.
- d. *P (Planning)* : Ini termasuk rencana tindakan yang diperoleh dari analisis yang dilakukan, di mana perawat akan menghentikan rencana apabila tujuan tidak terpenuhi dan mengubahnya apabila tujuan tertentu tetap tidak terpenuhi.