

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep dasar keluarga**

##### **1. Pengertian keluarga**

- a. Keluarga adalah sebagai kelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah atau adopsi, yang berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing–masing sebagai suami dan istri, ibu, ayah dan anak, kakak, adik yang menciptakan dan memelihara budaya bersama ( Siregar, 2020 )
- b. Keluarga juga mendefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang hidup bersama sejak lahir, menikah atau melalui adopsi. Definisi keluarga juga mengacu pada dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain untuk mendapatkan dukungan emosional, fisik, dan ekonomi. (Siregar, 2020 )
- c. Secara umum, keluarga didefinisikan sebagai unit sosialekonomi terkecil dalam masyarakat yang *merupakan* landasan dasar dari semua institusi. Keluarga merupakan kelompok primer yang terdiri dari atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi ( Bakri, 2017 )

##### **2. Bentuk keluarga**

- a. Keluarga inti  
Suami, istri dan anak-anak yang tinggal bersama dalam satu rumah tangga. Dalam keluarga inti, distribusi beban kerja antara dua orang

dewasa bisa berbeda-beda. Kedua orang dewasa dapat berkerja diluar rumah; satu orang dewasa dapat diluar rumah sementara yang lain tinggal di rumah dan mengemban tanggung jawab

b. Keluarga tanpa anak

Terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama tanpa anak atau memiliki anak yang sudah dewasa yang tinggal di luar rumah .

c. Keluarga dewasa tunggal

Dimana satu orang dewasa tinggal sendiri karena pilihan atau karena berpisah dari pasangan atau anak-anak atau keduanya berpisah mungkin akibat perceraian,kematian atau jarak dari anak-anak.

d. Keluarga multigenerasi

Dimana generasi atau kelompok umur tinggal bersama dalam rumah tangga yang sama.

e. Keluarga terbentuk dari kekerabatan

Dimana beberapa keluarga inti tinggal dalam rumah yang sama atau berdekatan satu sama lain dan berbagai barang dan jasa. Mereka dapat memiliki dan menjalankan bisnis keluarga, berbagai tanggung jawab.

f. Keluarga campuran

Dalam srtuktur ini Orang tua tunggal menikah dan membesarkan anak-anak dari hubungan mereka sebelumnya bersama-sama.Orang tua mungkin berbagai hak asuh dan anak tinggal dengan orang tua dengan pengaturan atau hanya pada waktu tertentu.

g. Keluarga dengan orang tua tunggal

Termasuk satu orang dewasa (baik ayah atau ibu) yang merawat seorang anak atau anak-anak sebagai akibat dari hubungan sementara, perpisahan atau perceraian yang sah, atau kematian pasangan. Dalam keluarga dengan orang tua tunggal, orang tua mungkin bekerja atau tidak bekerja .

h. Keluarga Komuter

Kedua pasangan dalam keluarga ini bekerja , namun pekerjaan mereka berada di kota yang berbeda, polanya biasanya satu pasangan tinggal, bekerja, dan mungkin membesarkan anaknya di kota “ asal “

( Siregar, 2020 )

### 3. Struktur dan fungsi keluarga

a. Ciri ciri struktur keluarga

1.) Terorganisasi

Setiap anggota keluarga telah memahamai fungsi dan peran masing-masing, sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Mereka memiliki hubungan yang baik, sehingga terbentuklah keluarga.

2.) Negosiasi/ ada keterbatasan

Setiap orang memiliki keterbatasannya masing-masing orang tidak bisa melakukan berbagai peran sekaligus oleh sebab itu, di dalam keluarga masing-masing anggota sebaiknya tidak menggunakan peran anggota lain, kecuali sudah disepakati bersama.

### 3.) Perbedaan dan kekhususan

Terkadang dibutuhkan perlakuan khusus terhadap anggota keluarga karena belum bisa menjalankan peran dan tugasnya, misalnya seorang anak yang memang belum menyadari bagaimana peranannya, maka ia harus diperlakukan secara berbeda dan khusus.

Struktur keluarga terdiri atas:

- 1) Pola dan proses komunikasi
- 2) Struktur peran
- 3) Struktur kekuatan dan struktur nilai
- 4) Norma

( Mubarak, 2013)

Fungsi keluarga dikembangkan Menjadi :

#### 1) Fungsi biologis

Untuk Meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak , memenuhi kebutuh gizi, memelihara dan merawat anggota keluarga.

#### 2) Fungsi psikologi

Memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga memberikan perhatian diantara keluarga membina kedewasaan kepribadian anggota keluarga serta memberikan identitas pada keluarga .

3) Fungsi sosialisasi

Pembinaan sosialisasi pada anak membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkah perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

4) Fungsi ekonomi

Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang, pengatur penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga

5) Fungsi pendidikan

Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, untuk membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinyamempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi perannya sebagai orang dewasa. serta mendidik anak sesuai dengan tingkat tingkat perkembangannya ( Harnilawati, 2013 )

#### **4. Peran fungsi keluarga**

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing:

a. Ayah

Sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, perlindungan atau pengayom dan pemberi rasa aman kepada anggota keluarga. Selain itu sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.

b. Ibu

Sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidikan-anak, pelindung keluarga dan sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, selain itu sebagai anggota masyarakat.

c. Anak

Berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental sosial dan spiritual( Harnilawati, 2013 )

## 5. Struktur keluarga

Strukturkeluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat yaitu:

a. Patrinitia

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberpa generasi , dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrinilial

Adalah keluargasedarah yang teridiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu

c. Matriokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggl bersama keluarga sedarah istri

d. Patriokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

e. Keluarga kawin

Adalah hubungan suami istri

sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dapat beberapa sanak saudara yang menjadibagian keluarga adanyahubungan dengansuamiistri

(Harnilawati, 2013 )

## 6. Tugas keluarga

Tugas keluarga ada beberapa pokok antara lain:

- a. Memelihara kesehatan fisik keluarga dan para anggotanya
- b. Berupaya untuk memelihara sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- c. Mengatur tugas masing-masing anggota sesuai dengan kedudukannya
- d. Melakukan sosialisasi antar anggota keluarga agar timbul keakraban dan kehangatan para anggota keluarga
- e. Melakukan pengaturan jumlah anggota keluarga yang diinginkan
- f. Memelihara ketertiban anggota keluarga
- g. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas
- h. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

(Fadila, 2012)

## 7. Peran keperawatankeluarga

Keluarga adalah unit dasar dari masyarakat. Keluarga bersifat kompleksbervariasi, dan adaptif, oleh karena itu penting bagi semua

perawat untuk memiliki pengetahuan tentang disiplin ilmu keperawatan keluarga dan berbagai cara perawat untuk dapat berinteraksi dengan keluarga. Perawat keperawatan kesehatan keluarga berkembang seiring berkembang dengan spesialisasi.

Adapun peran perawat dalam keperawatan keluarga

a. Edukator

Perawat dalam keluarga mengajar tentang kesehatan keluarga penyakit, hubungan antar anggota keluarga dan lain-lain

b. Koordinator atau penghubung

Perawat keluarga mengkoordinasikan perawatan yang diterima oleh keluarga dan bekerja sama dengan keluarga untuk merencanakan perawatan, misalnya jika seseorang anggota keluarga mengalami kecelakaan traumatis, perawat akan membantu keluarga mengakses sumber daya mulai dari rawat inap, rawat jalan, perawatan kesehatan dirumah, dan layanan sosial penghubung.

c. Advokat

Perawat keluarga melindungi keluarga dan memberdayakan anggota keluarga untuk dan perawat berbicara untuk membela hak keluarga. Contohnya perawat yang memberikan layanan perlindungan terhadap pendidikan khusus untuk anak dengan gangguan *attention deficit hyperactivity*.



d. Konsultan

Perawat keluarga berfungsi sebagai konsultan bagi perawat berkonsultasi dengan lembaga tertentu untuk memfasilitasi perawatan yang berpusat pada keluarga dalam waktu singkat.

e. Peneliti

Perawat keluarga harus mengidentifikasi masalah dan menentukan sosial untuk menangani masalah tersebut melalui proses penyelidikan ilmiah.

f. Manajer kasus

Peran ini melibatkan koordinasi dan kolaborasi antara keluarga dan sisten perawatan kesehatan. Manajer kasus telah diberi wewenang secara resmi untuk bertanggung jawab atas sebuah kasus ( Siregar, 2020 )

## **8. Tugas kesehatan keluarga**

a. Mengenal masalah kesahatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab kelaurga, maka apabila menyadari adanya perubahan apa yang terjadinya perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubanhanya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan

pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit

Contohnya perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayana kesahatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Sebaiknya dalam memodifikasi lingkungan dilakukan secara bersama-sama agar masing-masing anggota keluarga memiliki kesedaran yang sama terhadap lingkungannya.

e. Mempertahakan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga kesehatan ( memfasilitasi fasilitas yang ada).

Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan dan pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut( Harnilawati, 2013)

## **B. Konsep Hipertensi**

### **1. Definisi**

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah makin tinggi resikonya (Nurarif, 2015).

Tekanan darah ( Hipertensi ) merupakan salah satu masalah utama setiap negri karena bisa menimbulkan penyakit jantung, stroke otak kematian. Hipertensi dianggap masalah kesehatan serius karena datangnya seringkali kita tidak menyadari dengan sedikit, jika memang ada gejala yang nyata. Penyakit ini bisa terus bertambah parah tanpa disadari hingga mencapai tingkat yang mengancam hidup pasiennya (wade, 2016 )

### **2. Etiologi**

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu :

#### **a. Hipertensi primer esensial**

Hipertensi esensial/ hipertensi primer penyebab dari hipertensi ini belum diketahui, namun faktor resikonya adalah:

- 1) keluarga dengan riwayat hipertensi
- 2) pemasukan sodium berlebihan
- 3) konsumsi kalori berlebihan
- 4) kurangnya aktivitas fisik

5) pemasukan alkohol berlebihan

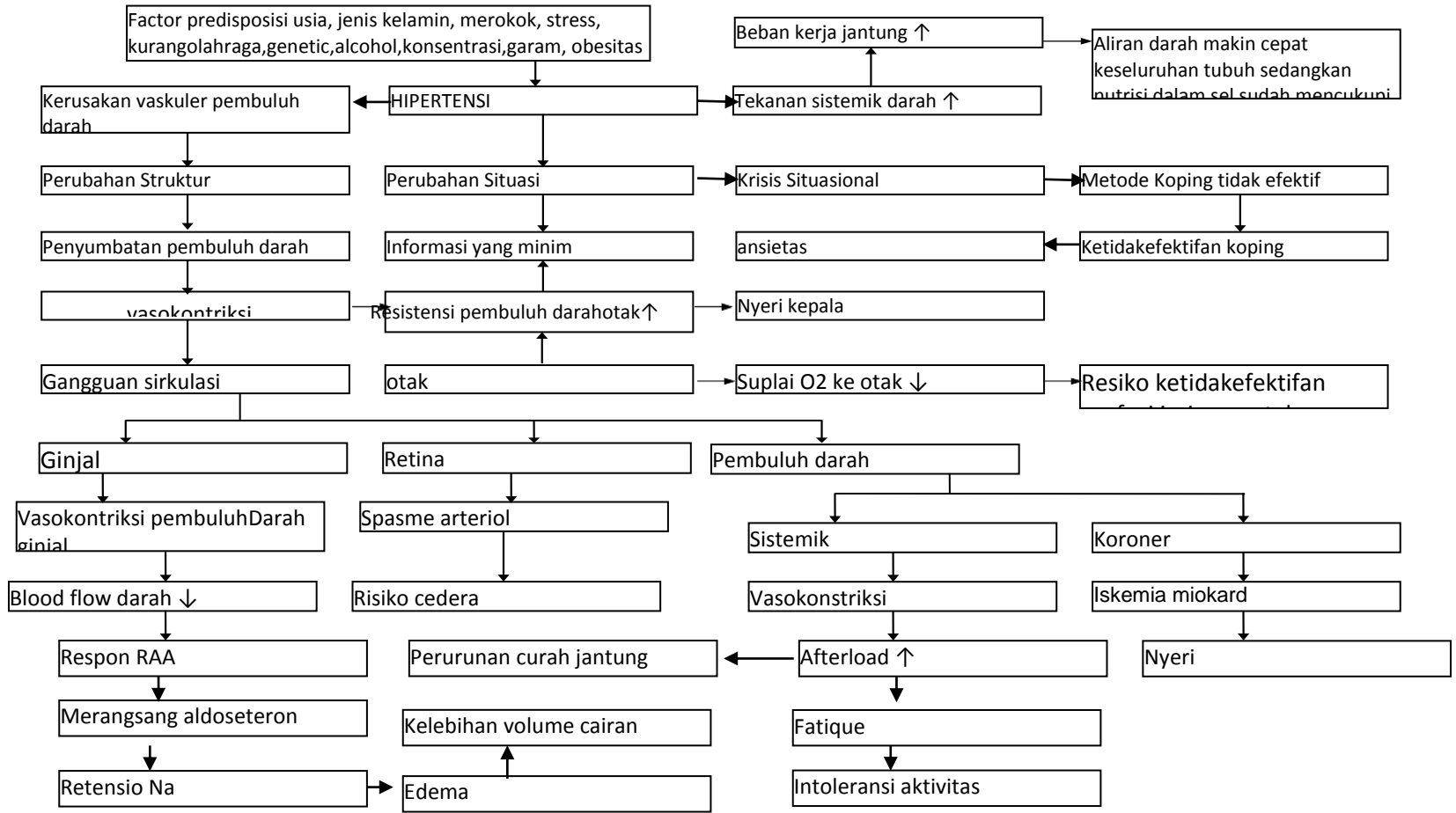
6) obesitas

b. Hipertensi sekunder

penyebab yaitu: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

### 3. Pathway



(Nurarif, 2015)

#### 4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

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

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- a. Mengeluh sakit kepala pusing
- b. Lemas kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. mual
- f. muntah
- g. Epistaksi
- h. kesadaran menurun

(Nurarif, 2015 )

## 5. Pemeriksaan penunjang

### a. Pemeriksaan laboratorium

- Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (hipokoagulabilitas, anemia.
- BUN /kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal
- Glucosa: Hiperglemia (DM adalah pencetus) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- Urinalis : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal danada DM.

### b. CT.scan : mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati

### c. EKG :dapat menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang, p adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi .

### d. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal,perbaikan ginjal

### e. Photo dada: menunjukan destruksi klasifikasikan pada area katup, pemberian jantung ( Nurarif, 2015 )

## 6. Penatalaksanaan

### a. Penataklasanan Nonfarmakologi

Penatalaksanaan nonfarmakologi dengan modifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam mengobati hipertensi.

b. Makan Gizi seimbang

Modifikasi diet terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi yaitu membatasi gula, garam, cukup buah sayuran, kacang-kacangan biji-bijian, makanan rendah lemak jenuh.

c. Mengatasi obesitas/ menurunkan kelebihan berat badan

Hubungan erat obesitas dengan hipertensi telah banyak dilaporkan. Upayakan untuk menurunkan berat badan sehingga mencapai IMT normal 18,5-22,9 kg/m<sup>2</sup>.

d. Melakukan olahraga teratur

Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit ( sejauh 3 kilometer ) lima kali perminggu.

Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem syaraf sehingga menurunkan tekanan darah.

e. berhenti merokok

Mendorong semua bukan perokok untuk tidak mulai merokok mengajurkan keras semua perokok untuk berhenti merokok dan membantu upaya mereka untuk berhenti merokok.

f. Mengurangi konsumsi alkohol

Mengurangi alkohol, jangan minum alkohol, jangan mengajurkan untuk mulai mengonsumsi alkohol demi alasan kesehatan (Kemenkes, 2013)



## 7. Komplikasi

Tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri dalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Kompilasi terdapat pada organ-organ sebagai berikut:

### a. Otak

Komplikasi pada otak dapat menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke menjadi 7 kali lebih besar .

### b. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal , tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan didalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mau membuang zat zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan didalam tubuh.

### c. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner

### d. Mata

Pada mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan menimbulkan kebutaan.

(Wijayati &Putri, 2013)

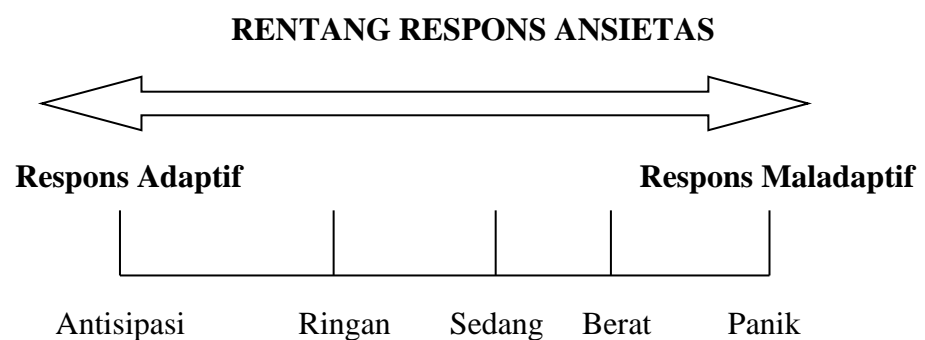
## C. Konsep Ansietas

### 1. Pengertian

Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidaknyamanan. Seorang merasa dirinya sedang terancam pengalaman ansietas dimulai pada masa bayi dan lanjut sepanjang hidup. Pengalaman seorang diketahui berakhir dengan rasa takut tersebar pada kematian ( Stuart, 2013 )

Cemas (Ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan jadi, cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya ( kusumawati, 2012 )

### 2. Rentang Respon Kecemasan



(Stuart, 2013)

### 3. Tingkatan Ansietas

#### a. Ansietas Ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketengangan peristiwa kehidupan sehari-hari. Lapang persepsi melebar dan orang akan bersikap hati-hati dan waspada. Orang yang mengalami ansietas ringan akan terdorong untuk menghasilkan kreativitas. Respon fisiologis orang yang mengalami ansietas ringan adalah sesekali mengalami napas pendek, naiknya tekanan darah dan nadi, muka berkerut, bibir bergetar.

#### b. Ansietas sedang

Pada ansietas sedang tingkat lapang persepsi pada lingkungan menurun dan memfokuskan diri pada hal-hal penting saat juga dan menyampaikan hal-hal lain. Respon fisiologis dari orang yang mengalami ansietas sedang adalah sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare konstipasi dan gelisah, respon kognitif orang yang mengalami ansietas sedang.

#### c. Ansietas berat

Pada pasien berat lapang persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal-hal kecil dan mengabaikan hal-hal lain. Individu sulit berpikir. Respon fisiologis ansietas berat adalah napas pendek, nadi dan tekanan darah naik. Banyak berkeringat, rasa sakit kepala, dan kecemasan berat.

d. Panik

Pada tingkatan panik lapang persepsi seorang sudah sangat sempit dan sudah mengalami gangguan sehingga tidak bisa mengendalikan diri lagi dan sulit melakukan apapun walaupun dia sudah diberikan pengarah, respon respon fisiologis panik adalah napas pendek, rasa tercekik, sakit dada pucat, dan koordinasi motorik yang sangat rendah ( Stuart, 2013 )

#### 4. Etiologi

a. Faktor predisposisi

- 1) Peristiwa traumatik
- 2) Konflik emosional
- 3) Gangguan konsep diri
- 4) Frustrasi
- 5) Gangguan fisik
- 6) Pola mekanisme koping keluarga
- 7) Riwayat gangguan kecemasan

b. Faktor presipitasi

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik
  - a) Sumber internal
  - b) Sumber eksternal

2) Ancaman terhadap harga diri

- a) Sumber internal
- b) Sumber eksternal

( Padila, 2013 )

**5. Tanda dan gejala**

- a. Respon fisik : Nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering anoreksia, diare, konstipasi, gelisah, berkeringat, tremor, sakit kepala, dan sulit tidur
- b. Respon kognitif: lapangan persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangandi luar, berfokus pada apa yang menjadi perhatinya.
- c. Respon perilaku dan emosi : gerakan tersentak-sentak bicara berlebihan cepat, perasaan tidak aman ( Stuart, 2013 )

**6. Fisiologis dari kecemasan**

Pada saat berfikir pikiran disakiti rasa ketakutan dan kecemasan, system saraf otonom yang menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan napas meningkat. Bola mata membesar, proses pencernaan yang berhubungan dengan usus berhenti, pembuluh darah menyempit, tekanan darah meningkat.

## 7. Alat ukur kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan alat ukur kecemasan yang disebut HARS ( *Hamilton Anxiety Rating Scale* ) Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 simptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diberikan diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 sampai dengan 4.

Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan

- a. Skor 14-20 = kecemasan ringan
- b. Skor 21-27 = kecemasan sedang
- c. Skor 28-41 = kecemasan berat
- d. Skor 42-56 = panik

## D. Konsep Asuhan keperawatan keluarga Dengan Hipertensi

### 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya ( Mubarak dkk, 2014)

- a. Model pengkajian
  - 1) Pengkajian keluarga model Friedman
    - a) Data pengenalan keluarga
    - b) Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga
    - c) Data lingkungan

- d) Struktur keluarga
  - e) Fungsi keluarga
  - f) Koping keluarga
- 2) Pengkajian keluarga model Calgary
- a) Pengkajian model Calgary mengembangkan konsep dan teori system, komunikasi dan konsep berubah. Teori system memberikan kerangka kerja bahwa keluarga sebagai bagian dari suprasistem dan terdiri dari subsistem. Komunikasi merupakan teori bagaimana individu melakukan interaksi secara berkelanjutan (Mubarak dkk, 2014 )
  - b) Tahapan – Tahapan Pengkajian Untuk mempermudah perawat keluarga saat melakukan pengkajian dipergunakan istilah penjajakan.
    - 1) Penjajakan I
      - Data-data yang dikumpulkan dalam penjajakan 1 antara lain
        - a) Data umum
        - b) Riwayat dan tahapan perkembangan
        - c) Lingkungan
        - d) Struktur keluarga
        - e) Fungsi keluarga
        - f) Stress dan koping keluarga
        - g) Harapan keluarga

h) Data tambahan

i) Pemeriksaan fisik

2) Penjajakan II

Pengkajian yang tergolong dalam penjajakan II diantaranya pengumpulan data-data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan sehingga dapat ditegakan diagnosa keperawatan.

Adapun ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah diantaranya:

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
- d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan keluarga
- e) Ketidakmampuan keluarga fasilitas kesehatan masyarakat (Santun & Agus, 2014)



### Data Yang Harus Dikaji Pada Pasien Hipertensi

#### 1) Riwayat kesehatan dahulu:

Pernah menderita penyakit hipertensi sebelumnya, menderita kelelahan yang amat sangat dengan ansietas merasa cemas

#### 2) Riwayat kesehatan sekarang :

a) Biasanya klien pusing, cemas khawatir , lesu tidak bergairah, pucat tidak nafsu makan,

b) Setelah melakukan aktifitas/menghadapi krisis emosional

c) Merasa cemas karena berfikiran tentang penyakit yang dihidap tersebut

d) Lemah dan susah tidur

#### 3) Riwayat kesehatan keluarga

a) Riwayat keluarga hipertensi (+)

b) Riwayat keluarga (+) menderita penyakit alergi, seperti rhinitis alergi, sinusitis, dermatitis dan lain-

lain Data Dasar Pengkajian Klien

#### a) Aktivitas/istirahat

Gejala :

Kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

Tanda :

- (1) Frekuensi jantung meningkat
- (2) Perubahan irama jantung
- (3) Takipnea

b) Sirkulasi

Gejala :

Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskular.

Episcode palpitasi, respirasi

Tanda :

Kenaikan TD (pengukuran sesuai dari kenaikan tekanan darah, diperlukan untuk menegakan diagnosis)

c) Integritas Ego

Gejala :

Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral)

Factor-faktor stress meliputi (hubungan keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda :

Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak.

Gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghele, peningkatan pola bicara.

d) Ansietas/kecemasan

Gejala : Respon fisik : Nafas pendek , nadi dan tekanan darah naik, kulit kering anoreksia, diare, konstipasi, gelisah, berkeringat, tremor, sakit kepala, dan sulit tidur.

e) Pernafasan

Pada umumnya berhubungan dengan efek kardiopulmonal tahap lanjut dan hipertensi menetap/berat

Gejala :

Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal

Batuk dengan/ tanpa pembentukan sputum

Riwayat merokok

Tanda :

Distress respirasi/penggunaan otot aksesori pernafasan

Bunyi nafas tambahan (krakles/mengisianosis)

f) Keamanan

Keluhan : gangguan koordinasi/cara berjalan

Gejala :

Episode parestesia unilateral transien

Hipotensi postural

(Doenges Marilyn E, 2011)

## 2. Analisa Data

Analisa data adalah mengelompokkan data subyektif dan obyektif kemudian dibandingkan dengan standar normal sehingga didapatkan masalah keperawatan

Komponen rumus diagnose keperawatan meliputi :

- a. Masalah atau problem.
- b. Penyebab atau etiologi adalah kumpulan data subyek dan obyektif

Dalam penyusunan masalah kesehatan perawatan keluarga mengacu pada tipologi diagnose keperawatan keluarga, yaitu :

- 1) Potensial atau wellness
- 2) Risiko (Ancaman)
- 3) Aktual (nyata) (Suyanto Agus, 2014)

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Definisi diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kumpulan pernyataan uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran

dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi sampai masalah actual.

b. Struktur diagnosa keperawatan

Struktur diagnosa terdiri dari :

- 1) Problem / masalah
- 2) Etiologi / penyebab
- 3) Sign dan symptom / tanda dan gejala

c. Tipe diagnose keperawatan

Tipe- tipe diagnose keperawatan

d. Tipe diagnosa keperawatan

Tipe-tipe diagnosa keperawatan

- 1) Aktual
- 2) Resiko tinggi
- 3) Potensial

e. Tipe dan Komponen Diagnosa Keperawatan

1) Masalah keperawatan aktual

Masalah ini memberikan gambaran berupa tanda dan gejala yang jelas mendukung bahwa masalah benar-benar terjadi

2) Masalahkeperawatan resiko tinggi

Masalah ini sudah ditunjang dengan data yang akan mengarah pada timbulnya masalah kesehatan bila tidak segera ditangani

3) Masalah keperawatan potensial / sejahtera

Status kesehatan berada pada kondisi sehat dan ingin meningkat lebih optimal

f. Menetapkan Etiologi

Menetapkan penyebab atau etiologi dalam perumusan diagnosa keperawatan dengan model single diagnosis diangkat dari 5 tugas antara lain:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada (Santun & Agus, 2014 )

g. Diagnosa Keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung b. d peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- 2) Nyeri akut b. d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- 3) Kelebihan volume cairan
- 4) Intoleransi aktivitas b. d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- 5) Ketidakefektifan koping

- 6) Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- 7) Resiko cidera
- 8) Defisiensi pengetahuan
- 9) Ansietas

(Amin & Hardhi, 2015).

#### 4. Skoring/prioritas

Menetapkan prioritas masalah/diagnose keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas: Bailon dan Maglaya (1978)

**Tabel 2. 1**  
**Skoring**

No	Kriteria	Bobot	Pembenaran
1	Sifat Masalah		Pembenaran memicu pada
	a. Actual	3	tanda dan gejala yang
	b. Resiko	2	sedang terjadi
	c. Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah untuk diubah		Pembenaran memicu pada
	a. Mudah	2	memaksimalkan pola
	b. Sebagian	1	kebiasaan keluarga
	c. Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk dicegah		Pembenaran memicu pada
	a. Tinggi	3	penanganan pertama pada
	b. Rendah	2	keluarga untuk salah satu
	c. Cukup	1	anggota keluarga
4	Menonjolnya masalah		Pembenaran memicu pada
	a. Masalah segera diatasi	2	segera ditanganinnya
	b. Masalah tidak segera diatasi	1	keluhan-keluhan yang
	c. Masalah tidak dirasakan	0	dirasakan

Scoring :

1. Tentukan skor setiap kriteria
2. Skordibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan bobot

Skor X Bobot

*Angka tertinggi*

3. Jumlah skor untuk semua kriteria, dengan skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

## **5. Intervensi**

### **a. Definisi Intervensi**

ANA (1995) intervensi sebagai rencana tindakan keperawatan untuk kepentingan klien dan keluarga.

### **b. Indikasi Intervensi**

Wright dan Leahey dalam Friedman (1998) menganjurkan bahwa intervensi keperawatan dapat dilakukan pada :

- 1) Keluarga dengan anggota keluarga yang mempengaruhi anggota keluarga lainnya.
- 2) Keluarga dengan anggota keluarga berpenyakit yang berdampak pada anggotalainnya
- 3) Anggota keluarga dengan permasalahan kesehatan yang muncul
- 4) Salah satu cara anggota keluarga menunjukkan perbaikan atau kemunduran
- 5) Anggota keluarga yang berpenyakit pertama kali
- 6) Perkembangan anak atau remaja secara emosional
- 7) Keluarga dengan penyakit kronik
- 8) Keluarga dengan penyakit yang mematikan



c. Klasifikasi Intervensi

Friedman (1998) memberikan gambaran berkaitan dengan klasifikasi intervensi antara lain :

1) Supplemental

Intervensi ini terkait dengan pemberian pelayanan secara langsung pada keluarga sebagai sasaran.

2) Fasilitatif

Intervensi terkait dengan rencana dalam membantu keluarga dalam mengatasi hambatan dari keluarga dalam memperoleh pelayanan medis, kesejahteraan social, transportasi.

3) Developmental

Intervensi ini terkait dengan rencana perawat membantu keluarga dalam kapasitasnya untuk menolong dirinya sendiri membuat keluarga belajar mandiri dengan kekuatan dan sumber pendukung yang terdapat pada keluarga.

d. Menetapkan Tujuan Intervensi

1) Tujuan umum

Merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah. Tujuan umum ini lebih mengarah pada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran keperawatan keluarga.

## 2) Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam rencana keperawatan lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing-masing kegiatan.

### e. Menetapkan Intervensi

- 1) Rencana tindakan yang disusun harus berorientasi pada pemecahan masalah.
- 2) Rencana tindakan yang dibuat dapat dilakukan mandiri oleh keluarga
- 3) Rencana tindakan yang dibuat berdasarkan masalah kesehatan
- 4) Rencana tindakan sederhana dan mudah dilakukan
- 5) Rencana tindakan perawatan dapat dilakukan secara terus-menerus oleh keluarga.

### f. Domain Intervensi

Ada tiga domain yang bisa digunakan dalam menyusun intervensi (Calgary). Yaitu :

#### 1) Domain kognitif

Interaksi dengan domain kognitif ditujukan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

2) Domain afektif

Intervensi ini ditujukan untuk membantu keluarga berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi.

3) Domain psikomotor

Intervensi ini ditujukan untuk membantu keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.

g. Hambatan – Hambatan Intervensi

Menurut Bailon dan Maglay (1978) hambatan yang dihadapi perawat keluarga dalam melakukan intervensi keperawatan adalah:

- 1) Kurangnya informasi yang diterima keluarga
- 2) Tidak menyeluruhnya informasi yang diterima oleh keluarga
- 3) Informasi yang diperoleh keluarga tidak terkait dengan masalah yang dihadapi
- 4) Keluarga tidak mau menghadapi situasi
- 5) Keluarga berusaha mempertahankan pola kebiasaan yang sudah ada
- 6) Kegagalan mengkaitkan tindakan dengan sasaran keluarga
- 7) Kurang percaya pada tindakan yang diusulkan

(Santun & Agus, 2014 ).

## 6. Rencana Tindakan / Intervensi Yang Sesuai Dengan Konsep

### Penyakit

**Tabel 2.2**  
**Intervensi Keperawatan**

Diagnosa	kriteria hasil	Intervensi
<p>Ansietas adalah Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objektif yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Penyebab: 1.Kebutuhan tidak terpenuhi 2.Ancaman terhadap kematian 3.kurang terpapar informasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1.Merasa bingung 2. Merasa Khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3.Sulit berkonsentrasi</p> <p>Objektif: 1.Tampak Gelisah 2. Tampak Tegang 3. Sulit Tidur</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor Subjektif: 1.Mengeluh Pusing 2.Anoreksia 3.Palpitasi 4.Merasa Tidak berdaya</p> <p>Objektif 1.Frekuensi Napas Meningkat 2.Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5.Tremor 6.Muka tampak pucat 7.Suara Bergetar 8. kontak mata buruk 9. sering berkemih 10. Berorientasi pada masala lalu</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan kepada keluarga dengan masalah Hipertensi 4x24 jam diharapkan Ansietas teratasi dengan kriteria hasil: 1. klien Perilaku Gelisah Menurun 2. klien Perilaku tegang menurun 3. klien konsentrasi membaik 4. klien pola tidur membaik</p>	<p><b>NIC</b></p> <p>Terapi Hipnosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Tentukan tujuan hipnosis bersama klien</li> <li>2.pertimbangkan penerimaan klien dalam mengunkan hipnosis</li> <li>3.evaluasi kesesuaian klien dengan mengkaji respon klien terhadap sugesti hipnosis</li> <li>4.Bangun hubungan saling percaya</li> <li>5.siapkan lingkungan yang tenang dan nyaman</li> <li>6.duduk dengan nyaman, terhadap dengan klien jika diperlukan</li> <li>7.diskusikan dengan klien sugesti hipnosis yang akan digunakan sebelum pemberian stimulus</li> <li>8.pilih teknik stimulus ( misalnya: membayangkan menuruni tangga, memejamkan mata, menarik nafas, pengulangan kata dll)</li> <li>9. gunakan bahasa klien sebanyak mungkin</li> <li>10. lakukan sikap permisif untuk membantu stimulus keadaan tak sadar</li> <li>11. gunakan suara yang berirama, lembut, dan intonasi yang sama selama menstimulus klien</li> <li>12. sesuaikan rentang perryataan dengan irama nafas klien</li> <li>13. dorong klien untuk mengambil nafas dalam untuk meningkatkan keadaan rileks dan menurunkan ketegangan .</li> </ol>

( Standar Diagnosis keperawatan Indonesia,2017 )

**Table 2. 3**  
**Interverensi keperawatan TUK I-V**

<b>Dx. Kep</b>	<b>Tujuan umum</b>	<b>Tujuan khusus</b>	<b>Evaluasi Kriteria</b>	<b>Intervensi Standar</b>	
Ansietas	Selama 7 kunjungan rumah keluarga diharapkan tekanan darah menurun	TUK 1: Selama 1 x 40 menit keluarga mampu mengenal masalah hipertensi dengan cara : 1. Menyebutkan pengertian hipertensi	Respon verbal	Hipertensi adalah tekanan darah tinggi persistem dimana tekanan sistoliknya 140 mmHg dan tekanan diastolic diatas 90 MmHg.	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang hipertensi 2. Jelaskan dengan keluarga pengertian hipertensi dengan menggunakan leaflet dan lembar balik 3. Tanyakan kembali pada keluarga pengertian hipertensi 4. Berikan reinforcement positif atas jawaban yang benar
		2. Menyebutkan penyebab Hipertensi	Respon verbal	Menyebutkan 2 dari 4 penyebab hipertensi : 1. Faktor genetic 2. Faktor lingkungan 3. Faktorgaya hidup 4. Yang tidak sehat. 5. Faktor usia	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Diskusikan bersama keluarga penyebab hipertensi dengan menggunakan leaflet 3. Motivasi keluarga dalam menyebutkan kembali penyebab hipertensi 4. Berikan reinforcement positif ata susaha yang dilakukan keluarga
		3. Menyebutkan tanda dan gejala	Respon verbal	Menyebutkan 3 dari 8 tanda dan gejala hipertensi:	1. Kaji pengetahuan keluarga

hipertensi		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri kepala.</li> <li>2. Lemas, kelelahan.</li> <li>3. Sesak nafas</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Mual</li> <li>6. Muntah</li> <li>7. Epistaksis</li> <li>8. Kesadaran menurun</li> </ol>	<p>tentang tanda dan gejala hipertensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Diskusikan bersama tanda dan gejala hipertensi</li> <li>3. Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali tanda dan gejala hipertensi.</li> <li>4. Berikan reinforcement positif atas usaha yang dilakukan keluarga.</li> </ol>
<p>TUK II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selama 2 x 60 menit kunjungan rumah mampu mengambil keputusan untuk perawatan anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan cara :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan akibat lanjut dari hipertensi jika tidak ditangani</li> </ol> </li> </ol>	Respon verbal	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menyebutkan 2 dari 4 akibat lanjut dari hipertensi apabila tidak ditangani :</li> <li>2. Dapat mengakibatkan gagal jantung kongestif</li> <li>3. Dapat mengakibatkan gagal jantung</li> <li>4. Dapat mengakibatkan kebutaan mata</li> <li>5. Dapat mengakibatkan stroke</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat lanjut dari hipertensi jika tidak ditangani</li> <li>2. Jelaskan pada keluarga tentang akibat lanjut dari tidak ditanganinya hipertensi menggunakan lifleat</li> <li>3. Diskusikan kepada keluarga tentang akibat lanjut dari tidak ditanganinya hipertensi</li> <li>5. Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali akibat dari tidak ditanganinya hipertensi dengan baik.</li> <li>4. Berikan reinforcement positif atas jawaban yang diberikan</li> </ol>

2. Memberi beberapa alternatif pemecahan masalah	Respon verbal	Menyebutkan 1 dari 2 cara alternative pemecahan masalah : 1. Pelayanan kesehatan 2. Menggunakan terapi non farmakologi	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang alternative pemecahan masalah 2. Diskusikan dengan keluarga tentang beberapa alternative pemecahan masalah 3. Motivasi keluarga untuk menyebutkan alternative pemecahan masalah.
3. Memutuskan alternatif pemecahan masalah	Non verbal/ afektif	1. Pelayanan kesehatan 2. Menggunakan terapi non farmakologi	1. Mendiskusikan dengan keluarga alternative pemecahan masalah 2. Memotivasi keluarga untuk memilih dalam pemecahan masalah. 3. Memberikan reinforcement positif atas keperawatan yang dipilih.
TUK III 1. Selama 1x60 menit kunjungan rumah keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan cara : 1. Menyebutkan cara	Respon verbal	Menyebutkan 2 dari 3 cara perawatan menurunkan tekanan darah yaitu : 1. Olahraga secara teratur 2. Kurangi konsumsi garam berlebihan 3. Konsumsi makanan yang sehat	1. Kaji kemampuan keluarga tentang cara perawatan menurunkan tekanan darah 2. Diskusikan dengan keluarga tentang perawatan menurunkan tekanan darah 3. Memotivasi keluarga untuk menyebutkan cara perawatan

	perawat menurunkan tekanan darah			menurunkan tekanan darah 4. Berikan reinforcement positif atas usaha yang dilakukan keluarga
3.	Demonstrasi cara melakukan penanganan ansietas	Responverbal psikomotor	Mendemonstarikan klien dan anggota keluarga cara melakukan rileksasi nafas dalam : 1. Telah dilakukan terapi hipnotis lima jari 2. Telah dilakukan pengkajian ansietas secara komprehensif 3. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>	Mendemonstrasikan pada keluarga tentang cara melakukan penanganan ansietas dengan cara teknik hipnotis lima jari yaitu : 1. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mendemonstrasikan penanganan ansietas 2. Berikan reinforcement positif atas usaha yang dilakukan keluarga.
TUK IV 1.	setelah 2x60 menit kunjungan rumah keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung perawatan pada anggota keluarga.	Respon verbal dan psikomotor	Menyebutkan salah satu cara memodifikasi lingkungan dengan cara : Memanfaatkan lingkungan rumah seperti di halaman rumah ditanami tanaman seperti tanaman obat-obatan tradisional/herbal	1. Jelaskan manfaat menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan penderita dirumah 2. Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal-hal yang belum dimengerti 3. Tanyakan kembali pada keluarga lingkungan yang dapat mendukung proses perawatan penderita



---

			sesuai dengan pemahaman keluarga
			4. Berikan reinforcement positif atas jawaban keluarga
			5. Jelaskan manfaat menciptakan lingkungan yang sehat dirumah
			6. Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal-hal yang belum di mengerti.
3.	Respon verbal	Menyebutkan 1 dari 2 cara menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan dirumah	1. Tanyakan kembali pada keluarga cara menciptakan lingkungan yang dapat mendukung proses perawatan penderita sesuai dengan pemahaman keluarga
	Menyebutkan cara menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan	1. Menciptakan komunikasi yang terbuka seperti : a. membina komunikasi terbuka antara anggota keluarga b. mulai berinteraksi dengan lingkungan sekitar c. belajar untuk menceritakan masalah terhadap orang lain dalam hal ini dengan pasangan atau anak	2. Beri reinforcement positif atas jawaban keluarga.
		2. Menciptakan suasana yang damai dan tenang	

---

		a. Lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT	
TUK V 1. setelah 2x60 menit kunjungan rumah keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kehatan dengan cara : a. Menyebutkan jenis-jenis pelayanan kehatan yang ada disekitar.	Respon verbal	Jenis-jenis pelayanan yang ada di sekitar : 1. Puskesmas 2. Bidan. 3. Rumah sakit.	1. Kaji pengertian keluarga tentang jenis-jenis pelayanan kehatan 2. Mendiskusikan kembali kepada keluarga tentang jenis-jenis pelayanan kehatan yang ada di sekitar. 3. Motivasi keluarga untuk menyebutkan jenis-jenis pelayanan kehatan yang ada di sekitar 4. Berikan reinforcement positif atas usaha yang di lakukan keluarga.
2. Menyebutkan kembali manfaat-manfaat kunjungan kefasilitas kehatan .	Respon verbal.	Manfaat keluarga ke pelayanan kehatan 1. Mendapatkan pelayanan kehatan.	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang manfaat pelayanan kehatan. 2. Informasikan mengenai pengobatan dan pendidikan kehatan yang dapat di keluarga klinik/puskesmas 3. Motivasi keluarga untuk menyebutkan hasil diskusi. 4. Beri reinforcement positif atas hasil yang dicapai.

## **7. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan keluarga merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya yaitu:

- a. Implementasi mengacu pada rencana perawat yang dibuat
- b. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah
- c. Kekuatan –kekuatan keluarga berupa financial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung.
- d. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakn dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab.

## **8. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan proses terus menerus yang terjadi setiap saat perawat memperbaiki rencana asuhan keperawatan. Sebelum rencana keperawatan dikembangkan atau dimodifikasi tindakan keperawatan tertentu perlu ditinjau oleh perawat dan keluarga untuk memutuskan apakah tindakan tersebut memang membantu. Hal yang direnungkan ketika sedang mengevaluasi respon keluarga:

- a. Adakah kesepakatan antara keluarga dan anggota tim kesehatan lain tentang evaluasi
- b. Apa data tambahan yang perlu dikumpulkan untuk perkembangan evaluasi
- c. Apakah ada hasil yang tidak terduga yang perlu di pertimbangkan

- d. Jika perilaku dan persepsi keluarga menunjukkan bahwa masalah belum diselesaikan secara memuaskan
- e. Apakah diagnosis, tujuan dan pendekatan keperawatan realistik serta akurat

Beberapa metode praktik keperawatan merekomendasikan penggunaan konferensi kasus berbagai kunjungan evaluasi dan observasi melakukan audit umpan balik sejawat dan memanfaatkan tinjauan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode harus disesuaikan dengan tujuan dan evaluasi intervensi .

