

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Penyakit

2.1.1. Definisi

Hipertensi atau darah tinggi dapat diartikan sebagai tekanan darah yang mengalami peningkatan di daerah arteri yang biasanya sistemik alias berlangsung secara berkelanjutan dalam waktu yang cukup panjang. Hipertensi tidak akan terjadi secara terang-terangan melainkan melalui jangka proses yang berlangsung panjang. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dalam jangka waktu tertentu akan menimbulkan tekanan tinggi selamanya yang dikenal dengan sebutan hipertensi (Lanny, 2012).

Mengukur ada atau tiadanya penyakit hipertensi ini diperlukan tiga kali dalam penelitian tekanan darah dengan hari yang jelasnya berbeda. Jika pengukuran sudah tiga kali dilakukan selama 2-8 hari angka tekanan darah dalam tubuh selalu di atas normal, maka dapat disimpulkan mengindap penyakit hipertensi. Diperlukan adanya pengecekan retina pada mata agar dapat menjadi jalan dalam membantu menemukan darah tinggi pada tubuh seseorang (Lanny, 2012).

Pendapat JNC mengatakan bahwa hipertensi ini dapat terjadi saat pengukuran tekanan darah dengan kategori lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan darh tinggi merupakan suatu keadaan seseorang saat tekanan darah mengalami

peningkatan secara tidak normal dan berkepanjangan setiap melakukan pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh salah satu resiko yang tidak berjalan sesuai teorinya dalam membuat tekanan darah berada dalam garis normal (Lanny, 2012).

Hipertensi terjadi dikarenakan kenaikan sistole dan tekanan diastolik. Hipertensi juga dipahami dengan tekanan darah tinggi yang resisten dengan tekanan sistolik melampaui angka 140 mmHg serta tekanan pada diastolik melampaui angka 90 mmHg. Mayoritas pada dewasa dan manula, hipertensi diartikan sebagai tekanan sistolik menunjukkan 160 mmHg dan tekanan diastolik berada pada angka 100 mmHg (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.2 Klasifikasi

1. Klasifikasi berdasarkan etiologi :

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Faktor penyebab yang mempengaruhi terjadinya hipertensi secara primer, contohnya : Psikologis, faktor gen, stress dan dari lingkungan sekitar serta konsumsi garam dapur berlebihan. Tekanan darah yang mengalami peningkatan belum dapat dijadikan alasan satu - satunya tanda dalam hipertensi esensial ini. Mayoritas penyebabnya dapat dilihat setelah mengalami beberapa kontraksi di dalam organ tubuh pada daerah ginjal, mata, otak dan jantung.

b. Hipertensi Sekunder

Pada hipertensi sekunder, salah satu faktornya bisa dipahami dan diteliti dengan mudah sehingga menggunakan obat – obatan saja dapat menyelesaikan untuk mengontrol penyakit tersebut. Salah satu faktor terjadinya hipertensi sekunder antara lain kelainan pada area ginjal seperti tumbuh tumor, diabetes millitus, kelainan adrenal, kelainan pada darah, kelainan pada sistem kekebalan lain seperti Kegemukan, resisten insulin, hipertioridisme, dan konsumsi obat kontrasepsi oral, dan kortikosteriroid (Wijaya, 2013:53).

2. Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

a. Menurut Teori JNC VII

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Hipertensi Menurut JNV VII

Bentuk Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik(mmHg)
Normal	<120	Dan < 80
Pre-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	≥ 160	≥ 100

(Wijaya, 2013 : 53)

b. Berdasarkan Pehimpunan Ahli Jantung Eropa :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Menurut Pehimpunan Ahli Jantung Eropa

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	Dan <80
Normal	120-129	80-84
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	100-109
Hipertensi derajat III	180-209	100-119
Hipertensi terisolasi sistolik	>210	>120

(Huda N, Amin.2015.*Aplikasi Asuhan Keperawatan*.Edisi Revisi II.Yogyakarta :

Mediacion Jogja)

2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu :

1. Hipertensi esensial atau primer

Hipertensi esensial ini dapat diartikan dengan meningkatnya suatu tekanan dalam darah dengan diketahui penyebab (idiopatiknya). Diteliti

terdapat faktor yang dilansir berhubungan erat dengan melebarinya penyakit hipertensi primer berikut ini :

a. Usia

Penyakit hipertensi semakin meningkat dengan bertambahnya usia seseorang. Penyakit hipertensi yang menderita lebih dari usia 35 tahun sensitif meningkatkan kematian dan penyakit kardiovaskular.

b. Jenis Kelamin

Fakta yang terjadi jumlah pada pria cenderung meningkat tinggi dari pada wanita, karena di usia dewasa dan manula mayoritas wanita mulai mengalami peningkatan sehingga pada usia di atas 65 tahun, jumlah insiden pada wanita terjadi lebih tinggi.

c. Ras

Hipertensi yang terjadi pada ras dengan kulit kehitaman lebih besar dua kalinya dari pada ras yang memiliki kulit putih. Sehingga dilansir hipertensi ini lebih banyak menimpa ras berkulit kehitaman. Contohnya ukuran dari pasien pria berkulit kehitaman menunjukkan diastole 115 lebih tinggi 3,3 kali resisten meningkat dari pada pria dengan kulit yang putih dan jumlah insiden 5,6 kali lebih banyak pada bagi wanita berkulit putih.

d. Gaya atau Pola Hidup

Lingkungan gaya hidup mayoritas dilihat dari sudut pandang pendidikan dan penghasilan. Penghasilan rendah dalam suatu rantai

hidup yang mengarah pada pekerjaan dapat menjadikan faktor terjadinya darah tinggi menjadi lebih resisten meningkat drastis. Kegemukan dipandang menjadi penyebab resiko utamanya. Bila berat badannya menurun hingga pada angka normal. Seorang perokok dipandang menjadi salah satu dampak tertinggi bagi penderita hipertensi (tekanan darah tinggi) dan penyakit kardiovaskuler. Hiperkolesterolemia dan hiperglikemia menjadi salah satu faktor dasar berkembangnya aterosklerosis yang berhubungan dengan hipertensi. (Kowalak, 2011)

2. Hipertensi Sekunder

Dilansir dari 10% insidens penyakit hipertensi yaitu hipertensi dasar, pada suatu kondisi menyebabkan fisik tersebut dengan meningkatnya tekanan darah sehingga faktanya diambil contoh pada penyakit ginjal dan gangguan pada tiroid. Penyebab utama timbulnya darah tinggi dasar diantaranya : konsumsi kontrasepsi oral,neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatri), kehamilan, volume intravaskular meningkat, luka bakar dan stress (Kowalak, 2011).

2.1.4 Faktor Faktor Resiko Hipertensi

Faktor resiko hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat diubah.

Faktor resiko yang dapat diubah :

1. Obesitas

Faktor resiko penyebab hipertensi salah satunya yaitu obesitas (kegemukan). Dilihat dari fisiologisnya, obesitas diartikan pada suatu keadaan pengakumulasian lemak yang berlebih di tubuh. Kondisi tubuh yang mengalami obesitas ini mengalami peningkatan volume dalam daerah intravaskuler serta curah jantung. Kekuatan untuk memompa jantung dengan sirkulasi volume pada darah penderita hipertensi dengan obesitas cenderung tinggi dibandingkan dengan penderita tekanan darah tinggi yang memiliki berat badan ideal normal. (Widyanto, 2013 : 116 – 119).

2. Stress

Stress dapat terjadi karena tidak sanggup untuk mengatur ancaman yang dihadapi secara mental, fisik, emosional dan spiritual seseorang. Kondisi mental tersebut dengan mudah bisa mempengaruhi kesehatan pada daerah fisik seseorang. Hubungan antara stress dengan hipertensi ini biasanya mempengaruhi kerjanya saraf simpatis di otak. Akhirnya aktivitas kerja pada saraf mengalami peningkatan sehingga menjadi tidak menentu dalam bertindak. Jika kondisi stress ini berlanjut berkepanjangan, maka menimbulkan dampak hipertensi berada dalam angka di atas normal selalu.

3. Merokok

Merokok salah satunya menjadi faktor pencetus tekanan darah meningkat tinggi sehingga denyut jantung mengikuti gejalanya sebagai berikut :

- a. Merangsang saraf simpatis agar meninggalkan *norepineprin* dari

aktivitas saraf alergi dan *catecholamine* ditingkatkan hingga medula adrenal dapat keluar.

- b. Merangsang kemoreseptor pada daerah arteri karotis dan *aortabodies* dalam tekanan darahnya serta denyutan jantung.
- c. Secara langsung melalui otot jantung yang mempunyai efek *inotropik (+)* dan efek *chotropik*.

4. Kurang Olahraga

Olahraga teratur dengan teratur merupakan kebiasaan yang berkaitan dengan nilai tingginya berat badan, tekanan dalam darah, kadar kolestrol serta penyakit kardiovaskular. Terkait dengan tekanan darah tinggi ini di anjurkan untuk melakukan olahraga sesuai kemampuan supaya mengurangi kemampuan pada pembuluh darah, dengan meningkatnya daya tahan jantung serta paru-paru sehingga tekanan darah mengalami penurunan. (Widyanto, 2013 : 116-119).

5. Alkohol

Mengonsumsi alkohol menjadikan faktor tekanan darah diatas angka normal. Diduga katekolamin plasma dalam darah ditingkatkan melalui kandungan minuman tersebut pada tubuh seseorang..

6. Konsumsi garam berlebihan

Beberapa klien hipertensi, mengonsumsi garam berlebihan yang menimbulkan dampak meningkatnya tekanan dalam darah. Garam melakukan tahanan air di dalam tubuh. Maka volume darah mengalami peningkatan pada

ruang yang mulai menyempit. Peningkatan pada volume ini menimbulkan dampak penimbunan tekanan darah pada arteri. Klien hipertensi dianjurkan untuk menggunakan garam tidak lebih dari 100 mmol/perhari, 2,4 gram natrium, 6 gram natrium klorida (Widyanto, 2013 : 116-119).

7. Hiperlipidemia

Hiperlipidemia adalah kondisi kelebihan lemak dalam tubuh. Mengurangi konsumsi lemak bertujuan untuk meminimalisir kadar kolestrol darah tidak meningkat. Karena kadar kolestrol pada darah yang tinggi dapat mengakibatkan terjadinya endapan kolestrol di daerah dinding pembuluh darah. Apabila endapan ini semakin banyak dapat menyumbat dan mengganggu pembuluh darah (Widyanto, 2013 : 116-119)

Faktor resiko yang permanen

1. Usia

Tekanan darah mayoritas resisten dengan usia yang dewasa atau menula dengan kisaran diatas 40 tahun sehingga meningkat lebih tinggi. Hal ini dapat disebabkan karena dinding arteri *arteriosclerosis* yang menebal dan kaku hingga saat jantung dipompa darahnya tidak bisa berkembang spontan (Widyanto, 2013 : 116-119).

2. Jenis Kelamin

Laki - laki lebih resisten dengan tekanan darah yang tinggi dari pada perempuan. Darah tinggi pada laki – laki atau perempuan dilansir 2,29 untuk tekanan darah sistolik serta 3,6 untuk diastolik. Mayoritas pria yang cenderung

menjalani gaya hidup dapat mengakibatkan tekanan darah lebih tinggi dibanding perempuan. Tekanan darah pria mulai meningkatkan saat usia berada pada kisaran 35-50 tahun. Sedangkan pada perempuan mengidap hipertensi terjadi karena pengontrolan hormon saat terjadinya menopause (Widyanto, 2013 : 116-119).

3. Genetik

Terjadi 70-80% mayoritas seseorang mempunyai riwayat hipertensi primer turun temurun dari keluarga. Riwayat hipertensi ini di dapatkan dari orang tuanya, jadi resiko terjadinya hipertensi primer dapat dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki penyakit hipertensi pada orang tuanya. Sudut pandang keturunan ini salah satunya dilansir menjadi faktor penurunan resiko timbulnya darah tinggi yang terkait kromosom 12p dengan fenotip dengan bentuk tubuh yang pendek disertai *brachydactyly* dan efek neurovaskuler. (Widyanto, 2013 : 116-119)

2.1.5 Patofisiologi

Pengukuran tekanan darah pada dinding arteri tubuh yang meliputi pengontrolan di sistem saraf pusat menunjukkan bukti nyata dan hormonal karena dapat mengakibatkan curah jantung dan tahanan vaskuler perifer. Suatu tekanan darah dapat menjadi baroreseptor dengan kerja di bawah ini. Volume yang mengendalikan curah jantung dapat mengalir dalam darah dan frekuensi detak jantung. Jaringan perifer ini memiliki tahanan yang telah ditentukan

diameternya pada dinding arteriol. Jika diameter tersebut mengalami penurunan, maka jaringan perifer otomatis juga menurun tahanannya.

Pengaturan primer arteri pada tekanan arteri salah satunya dipengaruhi oleh baroreseptor yang terjadi di sinus karotikus dan arkus aorta, dua sinus tersebut bertugas memberi refleksi impuls ke saraf pusat simpatis pada medula oblongata. Saat terjadi tekanan arteri yang meningkat, maka ujung – ujungnya akan beresepor dan memberikan respon terhadap penghambat pusat simpatis, dan terjadilah pusat akselerasi gerak jantung terhambat, Sebaliknya, jika hal ini dapat menstimulasi pusat penghambat penggerak pada jantung yang bermanifestasi pada penurunan curah jantung. Hal lain dapat berpengaruh pada stimulasi beresepor dengan dihambatnya pusat vasomotor sehingga terjadilah vasodilatasi. Gabungan vasodilatasi dan penurunan curah jantung akan menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah.

Pada saat tekanan darah turun, maka reaksi yang terjadi lebih cepat untuk melakukan homeostasis sehingga tekanan darah berada dalam tingkatan optimal. Mekanisme lain mempunyai reaksi jangka panjang dari adanya peningkatan tekanan darah salah satunya dari faktor ginjal. Renin yang dilepaskan oleh ginjal ketika aliran darah pada saat di ginjal yang mengalami penurunan akan mengakibatkan terbantuknya angiotensin I, yang menjadi angiotensin II. Angiotensin II dapat menjadikan tekanan darah mengalami peningkatan dengan menimbulkan kontraksi secara cepat pada jaringan arteriol sehingga jaringan perifer mengalami resistensi (TPR) secara tidak langsung

hingga terjadi pelepasan jaringan aldeostoran, sedangkan retensi natrium dan air dalam ginjal serta menstimulasi perasaan haus. Pengaruh ginjal lainnya adalah pelepasan eritopoetin yang menyebabkan peningkatan produksi sel darah merah, manifestasi dari ginjal secara keseluruhan akan menyebabkan peningkatan volume darah dan peningkatan tekanan darah simultan. Saat mendapat gangguan yang tiba-tiba menyebabkan konstriksi arteriolar, dengan tahanan pada jaringan perifer mengalami peningkatan drastis diikuti meningkatnya tekanan pada arteri. Dalam menghadapi gangguan menetap, curah jantung harus di tingkatkan untuk mempertahankan keseimbangan sistem. Dalam hal ini perlu rencana untuk mengatasi tahanan, sehingga pada saat pemberian oksigen dan nutrisi ke sel serta pembuangan produk sampah sel tetap terpelihara dalam tubuh. Untuk meningkatkan curah jantung, sistem saraf simpatis akan merangsang jantung untuk berdenyut lebih cepat, meningkatkan volume dengan cara vasokonstriksi selektif pada organ perifer, dan darah yang kembali ke jantung lebih banyak. Dengan adanya hipertensi kronis, baroreseptor tersebut otomatis terpasang dengan level yang lebih tinggi dan akan merespon meskipun level yang baru tersebut sebenarnya normal.

Pada awal, mekanisme yang bersifat kompensasi. Namun, proses adaptif tersebut dapat membuka jalan lewat pemberian beban pada jantung. Sehingga pada saat yang bersamaan, terjadilah perubahan degeneratif pada daerah arteriolar yang mengalami tekanan tinggi terus menerus. Perubahan inilah yang terjadi dalam seluruh organ tubuh, termasuk jantung yang mengakibatkan

kurangnya pasokan darah ke dalam miokardium. Untuk memompa darah, jantung harus bekerja lebih keras mengatasi tekanan balik muara aorta. Akibat beban kerja ini. Otot ventrikel kiri mengalami hipertrofi atau membesar. Terjadilah dilatasi dan pembesaran jantung. Keduanya meningkatkan isi sekuncup jantung. Pada saat istirahat, respin kompensasi tersebut mungkin memadai, namun dalam keadaan pembebanan jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh, organ tersebut menjadi cepat lelah dan nafasnya pendek. (Muttaqin, 2012 :263-265)

2.1.6 Gambaran Klinis

Hipertensi merupakan penyakit yang banyak menimbulkan gejala khas sehingga tidak terdiagnosis dalam waktu yang lama. Gejala akan terasa secara tiba – tiba saat terjadi peningkatan tekanan darah . Namun demikian terdapat beberapa gejala yang mengidentifikasi terjadinya hipertensi atau pusing, telinga berdengung sehingga mengalami sulit tidur, sesak nafas, rasa berat kaku di tengkuk, mudah lelah, mimisan, dan mata berkunang - kurang meskipun jarang dilaporkan (Widyanto, 2013 : 122).

Biasanya tanda gejala tersebut menjadi peringatan untuk hipertensi atau sering disebut “*silent killer*”. Pada kasus hipertensi berat gejala yang dialami klien salah satunya sakit kepala (rasa berat di tengkuk), palpitasi, kelelahan dalam tubuh, nausea, vomiting, ansietas, keringat berlebihan, tremor otot, nyeri dada, epitaksis, pandangan kabur atau ganda, telinga berdering, atau sulit tidur (Udjianti, 2010 : 114)

2.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan klien dengan hipertensi adalah menurunkan tekanan darah sampai normal atau sampai nilai terendah yang masih dapat ditoleransi, meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi.

Penatalaksanaan hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 yaitu :

1. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis untuk mengatasi hipertensi ditekankan pada berbagai upaya sebagai berikut :

- a. Mengatasi obesitas dengan menurunkan berat badan berlebih
- b. Olahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan.
- c. Mengonsumsi buah dan sayur sebagai penambahan kalium dalam tubuh.
- d. Mengurangi asupan garam dan lemak jenuh.

Hipertensi tidak akan muncul secara tiba - tiba. Tekanan darah yang meningkat biasanya faktor dari akumulasi dari gaya hidup yang tidak sehat dan sudah berlangsung dalam kurun waktu yang panjang. Kebiasaan itulah yang berakibat buruk dalam kehidupan dan pola makan yang tidak sehat akan menambah daftar buruk yang memicu terjadinya hipertensi. Maka dari itu pada penderita hipertensi harus memprioritaskan dan mengubah gaya hidup dan pola makan yang sehat (Susilo, 2012).

1) Pola makan sehat

Prinsip Diet

Prinsip diet pada penderita hipertensi adalah :

- a) Mengonsumsi makan 4 sehat 5 sempurna
- b) Bentuk, komposisi dan jenisnya disamakan dengan kondisi Penderita hipertensi.
- c) Garam yang harus memakai dengan pembatasan menurut kesehatan khususnya penderita hipertensi dan jenis makanan dalam daftar diet.

Pengaturan sumber menu makanan

Pengaturan pada menu di makanan sangat dianjurkan agar penderita dapat mengurangi bahkan mencegah peningkatan kadar kolestrol dalam darah yang mengalami peningkatan. Sehingga meminimalisir penderita mengalami dampak dari hipertensi.

Sumber makanan yang harus di hindari atau dikurangi yaitu :

- a) Makanan yang diolah dengan garam dapur (biskuit, craker, keripik dan makanan kering yang asin).
- b) Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, corned, sayur dan buah dalam kemasan kaleng, soft drink).
- c) Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
- d) Alkohol dan makanan lain yang mengandung alkohol seperti

durian, tape.

- e) Mengurangi sumber makanan berkalori tinggi jika penderita mempunyai berat badan berlebih.
- f) Makan – Makanan cukup pendek, kalsium, kalium, dan elektrolit lainnya.
- g) Banyak makan , makanan yang mengandung potasium seperti jeruk, pisang kacang-kacangan dan buah buahan lain-lainnya, bayam, wortel, kentang, kubis, dan ikan. Potasium bermanfaat menghambat imbulnya kolestrol sehingga mencegah tersumbatnya pembuluh darah.
- h) Hindari minum kopi atau minuman yang mengandung Kafein.

1.1) Diet Rendah garam

Bagi penderita hipertensi (tekanan darah tinggi) ataupun penyakit ginjal, kondisi tubuh penderita membutuhkan makanan dengan kandungan garam yang sedikit. Tujuan diit ini untuk mengurangi menurunkan tekanan darah tinggi dan membantu menghilangkan penimbunan garam atau air di dalam jaringan tubuh. Sangat mudah melakukan diit ini, dengan menyesuaikan penyakit yang diderita, membatasi konsumsi kalori, protein dan mineral, serta memberikan natrium sesuai porsi tubuh seseorang. Garam yang dimaksud disini adalah garam yang mengandung

natrium dari hampir semua bahan makanan yang berasal dari hewan maupun tumbuhan. Salah satu sumber utama garam natrium adalah garam dapur. Oleh karena itu, dianjurkan konsumsi garam dapur tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sendok teh/hari atau dapat menggunakan garam lain diluar natrium (Rifin Ahmad, 2017).

1.2) Diet Rendah Lemak

Dalam melakukan diet rendah kolesterol biasanya pada orang yang memiliki kadar kolesterol tinggi maupun penderita penyakit kardiovaskuler. Karena pada mekanismenya, kolesterol yang tinggi dapat menimbulkan sumbatan pada pembuluh darah di dalam tubuh sehingga beresiko terjadi serangan jantung.

Sebenarnya umumnya tubuh manusia yang menginginkan kolesterol guna membentuk senyawa yang dimiliki inti dari sterol contohnya vitamin B. Tujuan dari diet kolesterol adalah guna mendapatkan kadar kolesterol yang di dalam tubuh, sehingga menunjukkan bahwa proses pengurangan berat badan membutuhkan proses yang cukup lama.

Tubuh manusia yang melakukan diet ini menggunakan porsi makan yang minim namun dengan kandungan yang tinggi. Menghindari makanan yang mengandung banyak lemak jenuh, dimana pada umumnya lemak jenuh terdapat di daging sapi, kambing, babi, susu full cream atau susu murni, jeroan, mentega, kuning telur, dan

kejuu. Disamping itu lemak jenuh yang terdapat di lemak hewani tersebut, masih ada ancaman yang harus dihindari dan lemak nabati, seperti minyak kacang dan minyak kelapa sawit.

Tabel 2.3 Petunjuk dalam melakukan pengurangan Asupan Lemak

Kategori sumber makanan	Saran
Buah	<ul style="list-style-type: none"> - Mengonsumsi buah sedikit demi sedikit - Menghindari buah yang mayoritas memiliki kandungan lemak, misal kelapa dan alpukat
Sayuran	<ul style="list-style-type: none"> - Membatasi makanan syuran yang di buat dengan bumbu kacang goreng, misal Gado-gado, rujak dan yang menggunakan bumbu kacang di sangrai (menggoreng tanpa minyak) - Menghindari memakan sayur dengan sabbal yang kental dan bumbu kelapa. Contohnya : urapan
Nasi, Roti dan sereal/biji bijian	<ul style="list-style-type: none"> - Jika dapat memakan nasi beras di tumbuk dan irisan roti yang mayoritas kandunganya bekatul. Hindari sereal dan cracker yang berminyak / mengandung lemak berlebih. - Menghindari makan pagi memakai roti dibalut mentega.
Susu	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan susu cair skim, susu mengandung kedelai, serta yogurt rendah lemak. - Mengakhiri makanan dengan makanan yang mengandung serat misal susu cair skim atau agar-agar.
Protein	<ul style="list-style-type: none"> - Pilihlah daging sapi yang tidak berlemak dan berwarna cerah seperti daging ayam kampung (tanpa kulit). - Menghindari jeroan, daging dengan lemak, otak sapi/ayam, kepala serta brutu pada ayam. - Meningkatkan dalam mengonsumsi protein jenis nabati seperti tahu,

Lemak

- kacang hijau, tempe.
 - Mengurangi dalam penggunaan minyak goreng hingga 1 sendok makan/hari.
-

- e. Mengurangi minum-minuman beralkohol dan berhenti merokok.
- f. Menciptakan suasana nyaman untuk rileksasi.

2. Terapi nonfarmakologis

Terapi non farmakologi ini bertujuan untuk mengganti obat darah tinggi yang secara khusus diharapkan :

- a. Dapat meningkatkan bioavailabilitas yang tinggi dan tepat sehingga efektifitasnya dapat diperkirakan (predictable).
- b. Memiliki waktu (plasma elimination half-life) yang panjang sehingga dapat mengurangi efek seperti takikardia.
- c. *Smooth onset of action* dengan kadar puncak plasma setelah 6-12 jam yang digunakan untuk mengurangi terjadinya takikardia secara mendadak.
- d. Meningkatkan volume survival dengan menurunkan resiko penderita yang mengalami gagal jantung dan meminimalisir *recurrent* yaitu serangan balik yang dikenal *infark miokard* (Widyanto, 2013 : 123).

Jenis obat anti hipertensi yang biasa digunakan adalah sebagai berikut :

1. Diuretik thazide

Diuretik thazide adalah obat pertamma yang biasanya diberikan untuk mengobati hipertensi. Obat ini membantu ginjal membuang volume air

dan garam dalam organ tubuh, sehingga dapat menyebabkan tekanan darah turun. Mengonsumsi jenis diuretik ini menimbulkan kadar kalium menghilang lewat air kemih, Maka diberikanlah kalium dan obat penahannya untuk tambahan bagi tubuh. Obat ini bekerja seefektif mungkin dengan orang yang berkulit hitam, manula, tubuh dengan obesitas, serta penyakit ginjal bawaan bahkan penderita gagal jantung (Widyanto, 2013 : 123).

2. Penghambat andrenergik

Penghambat andrenergik merupakan sekelompok obat yang terdiri dari α -blocker, β -blocker labetol. Obat jenis ini menghambat efek sistem saraf bagian simpatis ini diartikan sebagai sistem saraf yang berguna memberi respon dengan cepat saat mengalami stress, melalui tekanan darah yang ditingkatkan. Obat jenis ini mayoritas banyak penggunaannya yaitu β -blocker, karena sangat efisien bagi penderita di usia yang terlihat muda. Klien dengan riwayat serangan jantung. Klien dengan denyut jantung yang cepat, angina pectoris (nyeri dada), dan sakit kepala sebelah (migrain) (Widyanto, 2013 : 123).

3. ACE-inhibitor (angiotensin-converting enzyme)

ACE-inhibitor menimbulkan tekanan pada darah yang turun melewati arteri yang melebarkan diri. Konsumsi obat ini bisa diberikan pada orang berkulit putih, usia yang cenderung muda, klien gagal jantung, klien proteinuria karena penyakit ginjal menahun atau penyakit ginjal

diabetic, dan klien dengan impotensi sebagai efek dari obat yang lain (Widyanto, 2013 : 123).

4. Angiotensin-II-blocker

Angiotensin-II-blocker menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan ACE-inhibitor (Widyanto, 2013 : 123).

5. Antagonis kalsium

Penggunaan obat antagonis kalsium menimbulkan pelebaran pada pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda. Obat ini efektif untuk orang berkulit hitam, lansia, klien angina pectoris (nyeri dada), takikardia, dan sakit kepala migrain. Contoh golongan obat antagonis kalsium adalah nifedipine dengan kerja yang cepat dan dapat diberikan per-oral (ditelan). Obat ini dapat menyebabkan hipotensi, sehingga pemberiannya harus diawasi secara ketat (Widyanto, 2013 : 123).

6. Vasodilator langsung

Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah. Obat dari golongan ini selalu digunakan sebagai tambahan terhadap obat anti hipertensi lainnya (Widyanto, 2013 : 123).

2.1.8 Komplikasi

Tekanan darah tinggi jika tidak cepat dicegah dalam waktu cepat, maka dalam jangka lama dapat menimbulkan kerusakan pada tubuh arteri

bisa sampai ke organ yang memperoleh suplai darah dalam arteri.

Komplikasi yang terjadi di sebagian organ adalah sebagai berikut :

1. Jantung

Hipertensi ini cenderung menimbulkan komplikasi pada penderita gagal jantung serta penyakit jantung koroner. Penderita hipertensi biasanya memiliki jantung yang mempunyai beban kerja yang tinggi, otot pada jantung akan mengalami pengendoran dan elatisnya mengecil, yang akan dinamakan dekompensasi. Sehingga untuk memompa jantung tidak mampu karena cairan yang menumpuk pada paru dan jaringan tubuh lainnya hingga menimbulkan sesak nafas atau edema serta gagal jantung.

2. Otak

Terhambatnya penderita hipertensi yang terjadi di otak, dapat menimbulkan terjadinya penyakit stroke, jika tidak segera dilakukan terapi obat dengan cepat maka menimbulkan resiko terkena stroke.

3. Ginjal

Hipertensi dapat menyebabkan penyakit ginjal, tekanan darah tinggi ini dapat menimbulkan ginjal sulit melakukan penyaringan/filtrasi karena mengalami kerusakan yang berakibat ginjal sulit membuang zat yang tidak tubuh butuhkan lagi pada aliran darah, sehingga menumpuk di bagian tubuh tertentu.

4. Mata

Pada daerah mata tekanan darah tinggi ini sering menimbulkan retinopati hipertensi dan mengalami kebutaan (Wijaya, 2013).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Hitung darah lengkap meliputi pengecekan Hb, Hematokrit untuk mencari nilai viskositas dan indikator faktor resiko seperti anemia dan hiperkoagulabilitas.

2. Kimia darah

a. BUN, Kreatin : meningkatnya kadar memberi tanda bahwa perfusi atau faal renal turun.

b. Serum glukosa : hiperglikemia (diabetes melitus termasuk presipitor hipertensi) berakibat meningkatnya kadar katekolamin.

c. Kadar Kolestrol atau trigliserida : peningkatan kadar mengindikasikan predisposisi pembentukan plaque arteromatous.

d. Kadar serum aldosteron : mendeteksi aldosteronisme Primer berada dalam tubuh.

e. Studi tiroid (T_3 dan T_4) : mendeteksi adanya hipertiroidisme yang berkerja sama terhadap vasokonstriksi dan hipertensi.

a. Asam Urat : Hiperurcemia diartikan sebagai komplikasi dari faktor resiko hipertensi.

3. Elektrolit

a. Serum potasium atau kalium (hipokalemia mengumpulkan adanya aldosteronisme atau efek samping dari terapi diuretik).

b. Serum kalsium terjadi saat hipertensi mengalami kontribusi.

4. Urine :

a. Analisa urine adanya darah, protein, glukosa dalam urine mengindikasikan disfungsi renal atau diabetes.

b. Urine VMA (catecholamine metabolite) : peningkatan kadar mengindikasikan adanya pheochromocytoma.

c. Steroid urine : Peningkatan kadar mengindikasikan hiperadrenalisme, pheochromocytoma, atau disfungsi pituitary, Sindrom Cushing's, kadar renin juga meningkat.

5. Radiologi

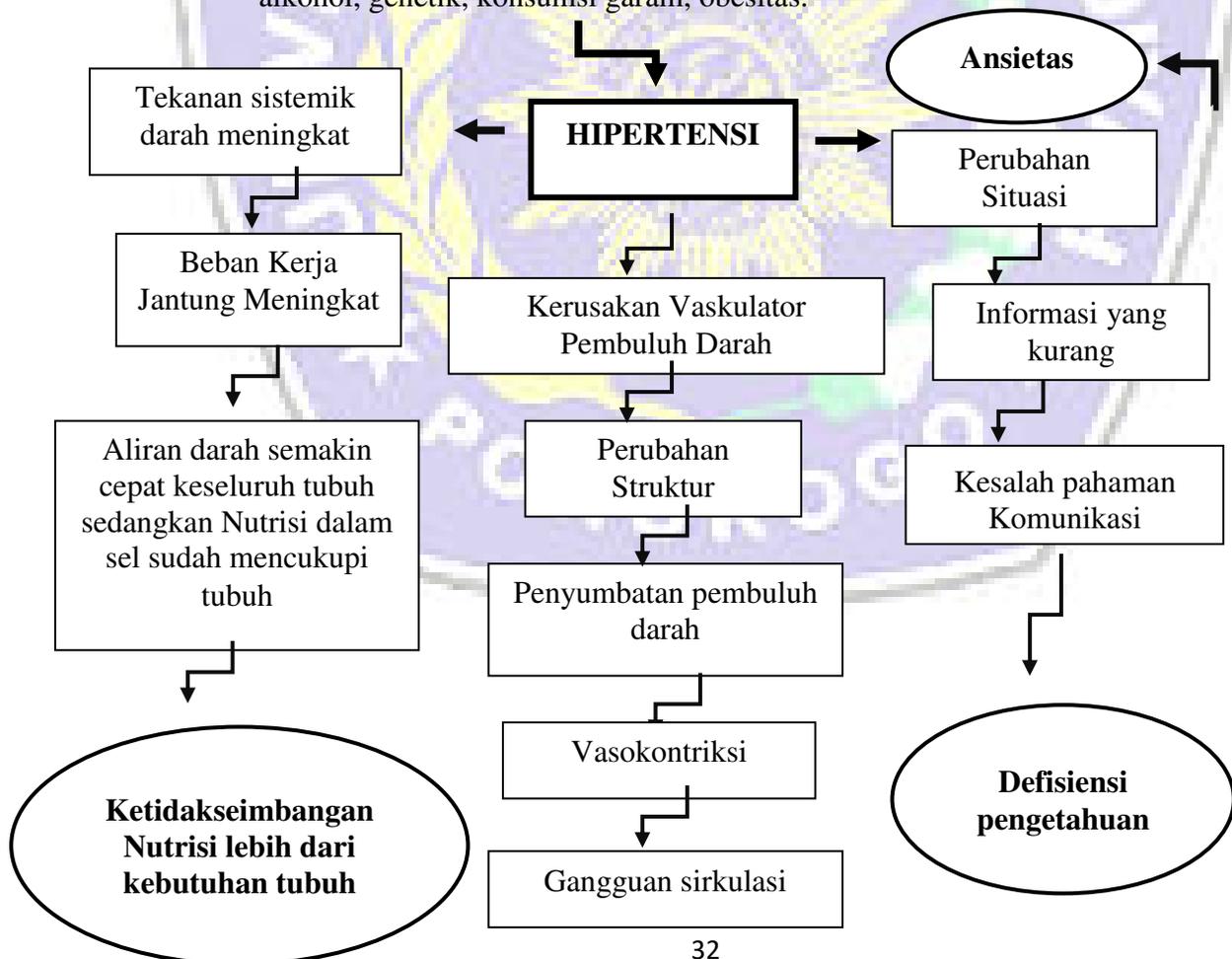
a. Intra Venous Pyelografi (IVP) : melihat timbulnya hipertensi dari renal parenchymal disease, urolithiasis, Benign Prostate Hyperplasia (BPH).

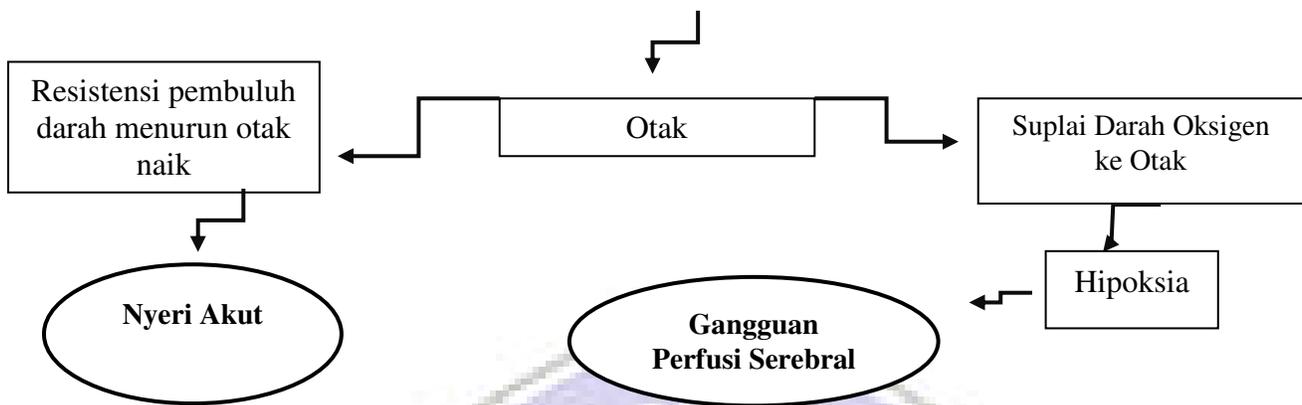
a. Rontgen toraks : melihat jika timbul klasifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta dan pembesaran jantung.

6. EKG : Mendeteksi hadirnya hipertrofi miokard, pola strain, gangguan konduksi atau disritmia.

2.1.10 Pathway

Faktor Predisposisi : Usia, jenis kelamin, Merokok, stress, kurang olah raga, alkohol, genetik, konsumsi garam, obesitas.





Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

2.1 KONSEP KELUARGA

2.1.1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, pernikahan dengan adopsi, dalam suatu rumah tangga yang melakukan komunikasi satu dengan lainnya dalam peran serta mempertahankan suatu kebudayaan. (Salvician G. Bailon dan Maglaya, 2008)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek. Menurut Friedman (2010), mendefinisikan keluarga adalah sebuah unit dari masyarakat dan merupakan “lembaga” yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Menjelaskan bahwa keluarga adalah anggota yang terdiri dari dua, tiga atau lebih yang menjadi satu dengan ikatan

kebersamaan dan ikatan emosional dengan cara mendeteksi diri sendiri apakah layak menjadi bagian keluarga.

2.2.2 Ciri-ciri Keluarga

Ciri dari keluarga yang dikatakan Robert Mac Iver dan Charles Horton dan Ali, (2010: 5), adalah:

1. Keluarga merupakan hubungan yang terjalin dengan perkawinan.
2. Keluarga adalah suatu kelompok lembaga yang terbentuk yang berhubungan perkawinan oleh masing-masing individu.
3. Keluarga memiliki garis pengatunan nama (Nomen Clatur) dalam memperhitungkan keturunannya.
4. Keluarga memiliki sistem perekonomian untuk menjadi faktor penambah dalam mempunyai dan membersarkan anak.
5. Keluarga yang bertempat tinggal bersama di rumah dan membentuk rumah tangga. Salah satu keluarga mempunyai ciri dengan pendapat Setiadi, (2008) adalah:
 - a. Bergotong royong yang dilakukan dengan semangat dan berikatan.
 - b. Mempunyai jiwa ketimur - timuran.
 - c. Mayoritas dipimpin oleh suami walaupun mencapai mufakat dibutuhkan kerja samanya.

2.2.3. Tipe keluarga

Tipe keluarga dengan pendapat Harmoko, (2012: 22), dilihat dari sudut ilmu serta pengelompokan :

1. Sudut pandang Tradisional

- a. Nuclear Family (terdiri dari keluarga inti) merupakan komposisi keluarga yang terdapat ayah, ibu serta anak kandung ataupun adopsi.
- b. Extended Family (Keluarga besar) merupakan keluarga yang terdiri dari inti dan anggota yang lain seperti nenek, kakek, paman, dan bibi.

2. Sudut pandang Modern

- a. Tradisional Nuclear diartikan keluarga inti yang terdiri dari seorang ayah, ibu, dan anak yang bertempat tinggal di satu rumah dan mempunyai aturan serta sanksi yang legal di dalam ikatan pernikahan yang diberi kebebasan bekerja diluar rumah.
- b. Reconstituted nuclear adalah suatu kelompok baru dari sebuah keluarga inti dari pernikahan kembali pada suami dan istrinya, berkediaman di satu atap dengan keturunan (anak), dari anak keluarga lama bahkan anak dari pernikahan yang baru, serta masing – masing memiliki kebebasan meniti karier di luar.
- c. Middle Aging merupakan seorang suami yang mencari nafkah, sedangkan sang istri di rumah, dan anak – anak meninggalkan rumah karena bersekolah/bekerja/menikah.
- d. Dyadic Nuclears adalah sepasang suami dan istri yang sudah dewasa dan tidak berkesempatan memiliki anak yang menjadikan mereka dari salah satu untuk bekerja di luar rumah.

- e. Single Parents adalah salah satu orang tua dikarenakan perceraian atau kematian dari pasangannya serta anaknya diberi kebebasan tinggal di rumah atau di luar.
- f. Dual Carrier, adalah suami istri atau keduanya yang berkarier tanpa memiliki anak.
- g. Commuter Married merupakan sepasang suami istri dan meniti kerja tinggal bertempat tinggal terpisah dengan jarak yang telah disetujui keduanya. Mereka mencari pada saat waktu yang diinginkan.
- h. Single Adult, merupakan seorang laki – laki dan perempuan yang telah dewasa namun bertempat tinggal sendiri namun tidak ada keinginan untuk menikah.
- i. Three Generation merupakan keluarga yang terdiri dari 3 generasi turun temurun atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
- j. Grup Istitusional terdiri dari anak – anak atau para orang dewasa yang bertempat tinggal di panti.
- k. Comunal Group yaitu suatu rumah yang ditinggali oleh dua, tiga bahkan lebih dari pasangan jenis monogamy dengan anak – anaknya dan melakukan penyediaan kebutuhan keluarga bersama.
- l. Grup Marriage adalah perumahan yang diisi oleh orang tua serta anaknya yang berada dalam satu kesatuan keluarga dan dalam setiap individu berhak menikah dengan yang lainnya. Seluruh orang tua dari anak – anaknya.

- m. Unmarried Parents and The Child merupakan seorang ibu dan anak dengan kondisi pernikahan tidak diinginkan sehingga anaknya diharuskan diadopsi orang lain.
- n. Cohibing Couple adalah tiga atau lebih orang dari satu pasangan yang bertempat tinggal dalam satu rumah tanpa memiliki ikatan pernikahan.
- o. Lesbian and Gay Family merupakan suatu kumpulan keluarga yang dibentuk oleh pasangan manusia dengan berjenis kelamin sama.

2.2.4. Struktural keluarga

Struktur dalam sebuah keluarga memberikan gambaran tentang cara melakukan hubungan dan fungsi dari keluarga pada masyarakat sekitarnya. Menurut Padila (2012: 24), Beberapa struktur yang harus diketahui di Indonesia, inilah macamnya :

- 3. Patrilineal merupakan suatu keluarga yang mempunyai darah sama. Mereka terdiri dari beberapa saudara sedarah dari keturunan, sebagaimana hubungan ini disusun dari jalur sang ayah.
- 4. Matrilineal diartikan sebagai keluarga yang memiliki darah yang sama dari beberapa sanak saudara dari beberapa keturunan , sebagaimana hubungan ini dari garis sang ibu.
- 5. Matrilokal merupakan pasangan dari suami dan istri yang bertempat satu atap dengan keluarga yang mempunyai ikatan darah dengan ibu.

6. Patrilocal merupakan pasangan suami dan istri yang bertempat tinggal bersama keluarga yang mempunyai ikatan darah dengan ayah.
7. Keluarga yang menikah merupakan hubungan dari suami dan istri yang menjadi pusat untuk terjalinya keluarga dan saudara dengan beberapa diantaranya telah menjadi bagian dari keluarga dikarenakan hubungan suami dan istri tersebut.

2.2.5. Ciri struktur keluarga menurut Setiadi (2008: 6) adalah:

1. Terorganisasi

Artinya saling mempunyai hubungan, saling ketergantungan diantara anggota keluarga tersebut.

2. Adanya keterbatasan

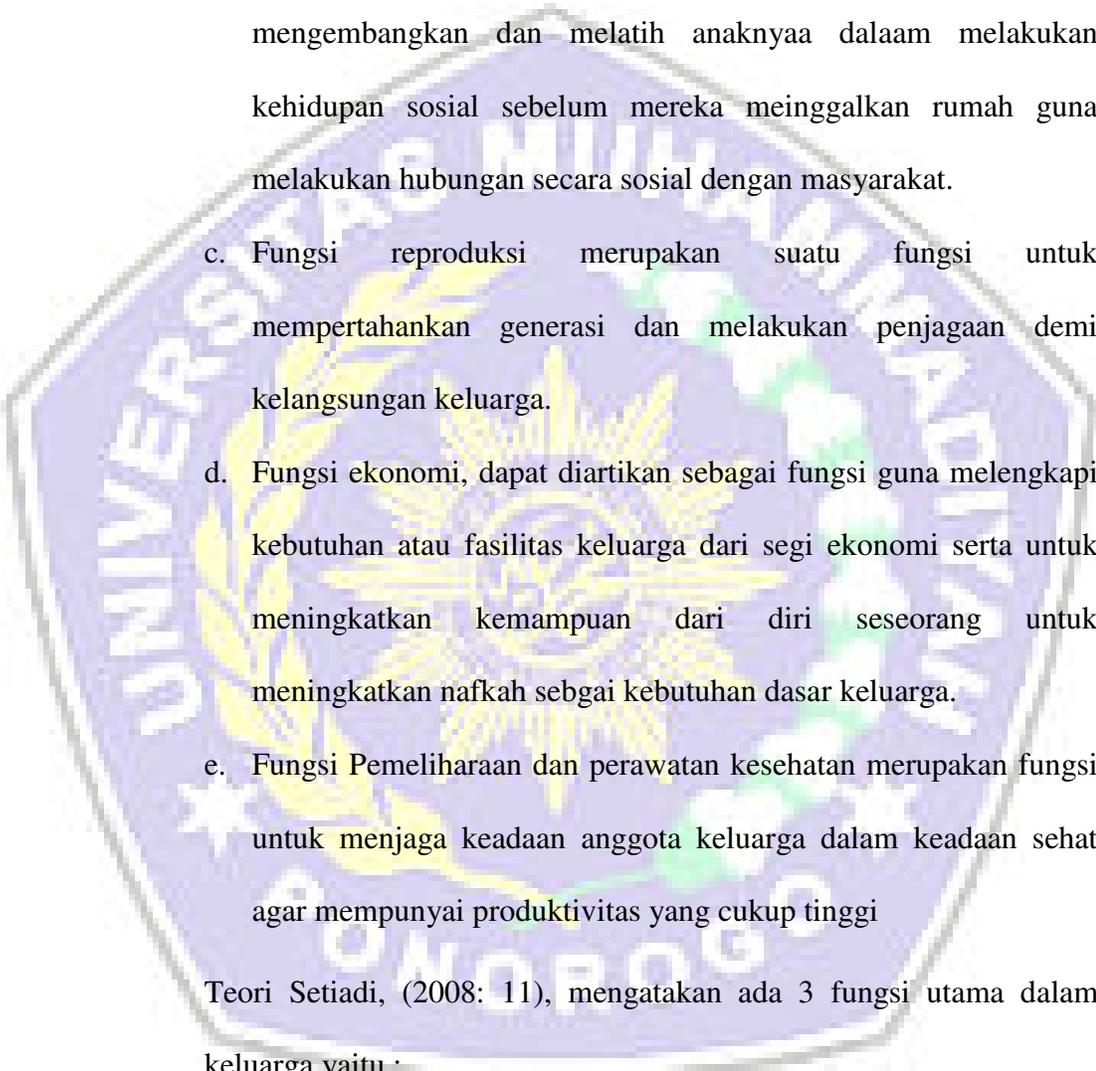
Dari masing – masing anggota keluarga mempunyai keterbatasan, namun mereka juga memiliki fungsi tersebut untuk menjalankan tugasnya masing – masing.

3. Adanya hal yang berbeda dan khusus

Anggota keluarga masing – masingnya mempunyai peran bahkan fungsi.

4. Fungsi Keluarga

Menurut Friedmann (2010), dalam jangka luas fungsi keluarga itu dibagi menjadi 5 kelompok yaitu :

- 
- a. Fungsi afektif, merupakan fungsi dalam keluarga yang paling dasar guna menjadi alasan pada setiap keluarga untuk melakukan persiapan anggota dalam berhubungan dengan orang asing.
 - b. Fungsi Sosialisasi diartikan sebagai fungsi dalam mengembangkan dan melatih anaknyaa dalaam melakukan kehidupan sosial sebelum mereka meinggalkan rumah guna melakukan hubungan secara sosial dengan masyarakat.
 - c. Fungsi reproduksi merupakan suatu fungsi untuk mempertahankan generasi dan melakukan penjagaan demi kelangsungan keluarga.
 - d. Fungsi ekonomi, dapat diartikan sebagai fungsi guna melengkapi kebutuhan atau fasilitas keluarga dari segi ekonomi serta untuk meningkatkan kemampuan dari diri seseorang untuk meningkatkan nafkah sbgai kebutuhan dasar keluarga.
 - e. Fungsi Pemeliharaan dan perawatan kesehatan merupakan fungsi untuk menjaga keadaan anggota keluarga dalam keadaan sehat agar mempunyai produktivitas yang cukup tinggi

Teori Setiadi, (2008: 11), mengatakan ada 3 fungsi utama dalam keluarga yaitu :

- 1) Asih dapat diartikan dengan menumpahkan kasih dan sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada seluruh anggota

keluarga sehingga dapat tumbuh dan berkembang menjadi pribadi yang normal seusianya

- 2) Asuh merupakan suatu kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadi mereka anak-anak yang sehat fisik maupun mental.
- 3) Asah merupakan kebutuhan pendidikan pada, sehingga siap menjadi manusia yang mandiri untuk menyiapkan masa depannya.

Menurut Setiadi, 2008 fungsi keluarga dikembangkan menjadi :

- 1) Fungsi biologis

Memberikan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi bagi keluarganya dengan merawat bahkan memelihara anggota keluarga.

- 2) Fungsi psikologis

Memiliki kasih sayang dan rasa keamanan yang akan ditumpahkan pada setiap anggota keluarganya.

- 3) Fungsi sosialisasi

Memberikan pendidikan sosial pada anak untuk membentuk norma dan tingkah laku yang baik dalam membentuk perkembangan anak dalam nilai budaya di dalam keluarganya.

- 4) Fungsi ekonomi

Meberikan sumber pencarian untuk bekerja memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga dimasa yang sekarang dan jaminan pada harii tuanya serta memcari biaya untuk pendidikan anak- anaknya.

5) Fungsi pendidikan

Memberikan pendidikan dengan menyekolahkan keturunan kita agar mendapatkan pendidikan yang layak, berketrampilan baik dan memiliki suatu sikap dan perilaku berbakat dengan bertujuan untuk kehidupan yang mereka alami saat dewasa nanti.

2.2.6. Peran Keluarga

Peran merupakan suatu yang diingikan tulus dari dalam diri seseorang untuk mengenal situasi sosial tertentu agar bisa memenuhi setiap keinginan dan cit – citanya. Peran keluarga dalam bertingkah laku tersebut sangat dekat dan sensitif sehingga banyakk diharapkan oleh banyak orang melalui kelompok keluarga. Menjadi peran keluarga dapat memberi contoh sekilas pada sikap dan perilaaku setiap individu dari berbagai sifat, kegiatan yang menjadi hubungan dengan diri orang lain. Individu dalam melakukan peran dalam keluarga didasari dengan suatu keinginan dan pola dalam berperilaku dari dalam keluarga dan kelompok bahkan masyarakatnya.

Menurut Setiadi, 2008 dari berbagai anggota keluarga memiliki peranya yaitu :

1. Ayah menjadi kepala rumah tangga artinya bertugas memimpin keluarga hingga memiliki peran pencari penghasilan untuk mendidik keluarga dan menjadi pelindung, memberikan perasaan nyaman dan aman untuk anggota keluarga dapat berkomunikasi dan bersikap sosial dalam masyarakat dan kelompok sosial.
2. Ibu bertugas menjadi ibu rumah tangga yaitu guna mengurus rumah tangganya sebagai pengasuh dan mendidik anaknya juga menjadi peindung bagi mereka. Agar si anak mempunyai jiwa yng berperan pada perkembangan fisik, mental, spriritual dan sosialnya.

2.3. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu cara yang dasar dengan melakukan endekan yang ringkkas untuk melakukan gotong royong yang menjadi targetnya adalah keluarga dan individu yang berada di dalamnya. Kelompok dan tingkatan bertahap dari cara melakukan proses keperawatan keluarga ini dengan tahap pengkajian pada anggota keluarga, mencari diagnosa keperawatan yang timbul dari setiap masalah di dalam keluarga, melakukan penyusunan untuk rencana asuhan keperawatan dan penelitian (Bakri, 2017).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga

1. Data umum

Menurut Padila (2012), pada keluarga pengkajian terkaji dengan melakukan pendataan umum keluarga yaitu meliputi :

- a. Nama Keluarga (KK)
- b. Alamat keluarga dan nomor tlp
- c. Pekerjaan setiap individu keluarga
- d. Pendidikan pada setiap individu keluarga
- e. Populasi dalam keluarga terdiri dari siapa saja

Menjelaskan anggota keluarga pada mereka yang telah melakukan penelitian pada setiap individu keluarga. Komposisi ini tidak hanya mencatat yang bertempat tinggal di dalam rumah namun juga anggota yang lain ikut jadi bagian di keluarga tersebut. Suatu bentuk populasi dalam keluarga adalah meneliti dan catat siapa saja anggota keluarga yang berusia dewasa, lalu selanjutnya keluarga yang mempunyai usia di bawahnya begitupun seterusnya, baik sesuai dengan usia yang lebih tua kemudian mencantumkan jenis kelamin dan berhubungan sebagai apa individu tersebut di dalamnya, bertempat tinggal serta lahir dimana, mengenai pekerjaannya apa dan riwayat pendidikannya sampai mana.

- f. Genogram

Menurut Padila (2012) Genogram adalah suatu bentuk silsilah dalam keluarga yang menuliskan dan menggambarkan suatu pohon yang mengalami masalah. Petunjuk membuat genogram adalah sebagai berikut :

- 1) Diagram ditulis pada bagian tengah halaman kertas
- 2) Laki – laki diletakkan pada sebelah kiri dengan tanda kotak dan perempuan diletakkan sebelah kanan dengan tanda lingkaran.
- 3) Berikan tanda
- 4) Gunakan garis horisontal antara kotak dan lingkaran untuk perkawinan.
- 5) Gunakan garis vertikal ke bawah untuk menggambarkan garis keturunan dimulai dengan anak yang paling tua sebelah kiri.
- 6) Gunakan simbol penomoran romawi dengan generasi yang paling atas.
- 7) Meliputi tiga generasi : kakek, orang tua, keturunan, bibi paman dan saudara sepupu yang pertama

g. Tipe pada Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut (Padila, 2012).

h. Tipe pada Bangsa

Suku di dalam bangsa dan budaya dalam pasien dan keluarganya akan kita kaji, hanya yang berhubungan dengan kesehatan saja. Mayoritas keluarga hanya mengetahui secara umum penyebab penyakit, tanpa mengetahui secara detailnya faktornya (Bakri, 2017).

i. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Hal ini bisa menjustifikasi melalui

dogma agama, melainkan untuk mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Bakri, 2017). Adapun menurut teori Elzaky (2011) khusyuk dalam sholat dapat menjadi sebuah meditasi dengan tingkatan yang paling tinggi, karena tidak hanya melibatkan pemusatan pikiran yang mendalam serta gerakan – gerakan tubuh yang tidak dilakukan pada saat meditasi. Sedangkan zikir akan menimbulkan rasa tenang dan tentram dalam hati, situasi itu akan menekan sistem saraf simpatik sehingga produksi hormon epinefrin dan nonepinefrin dalam darah akan menurun, menyebabkan kerja jantung untuk memompa darah pun akan menurun sehingga tekanan darah akan ikut menurun.

j. Keadaan ekonomi di keluarga

Keadaan ekonomi dan sosial keluarga ditentukan dari mana keluarga tersebut memelihara kesehatannya dan anggotanya. Meski hal ini tidak bisa digeneralisir, namun untuk anggota yang mempunyai pendapatan diatas rata – rata, mereka berhak memiliki perawatan yang memadai.

Status sosial tak selalu ditentukan oleh pendapatannya meski hal tersebut sangat mempengaruhi. Bisa jadi seseorang mendapatkan status sosial karena pengaruhnya di masyarakat atau komunitas. Selain itu kebutuhan atau pengeluaran keluarga juga menjadi penyebab berikutnya. Mayoritas pendapatan juga mempengaruhi beberapa keluarga untuk mendapatkan pengetahuan yang lebih luas (Bakri, 2017).

k. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama- sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun juga penggunaan waktu senggang misalnya dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2012:95).

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

d. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga ini.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum dipenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala – kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi (Padila, 2012 : 96).

b. Riwayat Kesehatan keluarga inti

Menjelaskan tentang riwayat kesehatan keluarga ini, yang meliputi : riwayat keturunan, riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman – pengalaman terhadap pelayanan kesehatan (Padila, 2012 :96).

c. Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat keturunan tentang penyakit hipertensi pada kesehatan keluarga dari pidak suami dan istri (Padila, 2012 : 96).

3. Data Lingkungan

a. Karakteristik rumah

- 1) Tipe tempat tinggal dan kepemilikan rumah.
- 2) Kondisi rumah
- 3) Dapur
- 4) Kamar mandi
- 5) Pengaturan kamar tidur didalam rumah
- 6) Keadaan umum keberhasilan dan sanitasi rumah
- 7) Perasaan – perasaan subjektif keluarga terhadap rumah
- 8) Pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai
- 9) Pembuangan sampah, Menurut Sukamto (2012), metode pembakaran merupakan metode yang sering diambil masyarakat tanpa pertimbangan, karena sampah yang dibakar sebaiknya jauh dari pemukiman. Palsanya pembakaran sampah dapat menghasilkan dioksin, yaitu ratusan jenis senyawa kimia berbahaya seperti CDD (Chlorinated dibenzop-dioxin) dan CDF (Chlorinated dibenzo furan).

10) Kaji perasaan puas atau tidak puas dari anggota keluarga secara keseluruhan dengan pengaturan/penataan rumah.

b. Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal yang lebih luas

- 1) Tipe lingkungan atau komunitas
- 2) Tipe tempat tinggal di lingkungan
- 3) Keadaan tempat tinggal dan jalan raya
- 4) Sanitasi jalan
- 5) Adanya jenis – jenis industri dari lingkungan dan komunitas
- 6) Karakteristik demografis dari lingkungan dan komunitas.
- 7) Kelas sosial dan karakteristik etnis penghuni
- 8) Lembaga – lembaga kesehatan
- 9) Telah dimudahkan sekolah dengan berbagai akses kendaraan dan komunikasi walaupun situasi dan kondisinya yang kurang baik.
- 10) Tersedianya transportasi umum.
- 11) Bagaimana insiden dilingkungan keluarga dan komunitas.

c. Mobilitas Geografis pada Keluarga

Mobilitas geografis keluarga berpedoman dengan melihat aktivitas keluarga yang sering migrasi.

d. Perkumpulan keluarga serta komunikasi dengan kumpulan masyarakat

Memberi penjelasan pada waktu guna memberi jalan keluarga berkumpul dan berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat

tinggal. Interaksi ini bisa digunakan untuk mencari dari mana penyakit itu timbul dan diderita oleh pasien.

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Pada komunikasi keluarga menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar keluarga meliputi :

- 1) Bagaimana dengan anggota keluarga menggunakan kebutuhan, fasilitas dan kekhawatiran dengan jelas dan ringkas.
- 2) Bagaimana anggota keluarga mendapat dan memberi respon yang baik kepada lainnya.
- 3) Apa dari anggota keluarga dapat dengar dan memperoleh pesan .
- 4) Bahasa komunikasi yang telah dilakukan keluarga untuk menyampaikan pesan bagaimana.
- 5) Tahap dan pola yang dilakukan keluarga dalam melakukan penyampaian pesan secara langsung maupun tidak langsung bagaimana.
- 6) Jenis fungsional yang dilakukan saat berkomunikasi dalam bentuk keluarga. (Padila, 2012).

b. Struktur kekuasaan

- 1) Keputusan dalam keluarga (yang berhak memberikan mufakat di dalam suatu keluarga)
- 2) Teknik dalam keluarga saat mengambil sebuah mufakat (otoriter,

musyawarah/kesepakatan, dilakukan oleh setiap individu).

- 3) Model yang telah dikuasai anggota keluarga dalam mencapai keputusan (dengan kekuatan yang sewenang – wenang, ketrampilannya, penghargaannya, dengan paksaan, dengan keluasaan berdasarkan kekuatan aktif) .

c. Struktur Peran

- 1) Struktur peran formal yang terdapat dalam keluarga seperti mencari nafkah.
- 2) Struktur peran informal yang bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan diamankan hanya untuk memenuhi kebutuhan – kebutuhan emosional untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga seperti sebagai pendorong, pengharmonis, pendamai, dan penghalang.
- 3) Peran – peran informal bersifat disfungsional. Peran perawat dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga sebagai fasilitator, menjadikan pelayanan kesehatan itu mudah dijangkau dan perawat dengan mudah menampung permasalahan yang dihadapi keluarga dan memantau mencari jalan pemecahnya.

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif

Suatu masalah yang diharuskan untuk diteliti mengenai gambaran di setiap diri individu dalam keluarga, yang menunjukkan perasaan ingin dimiliki dan memiliki, dalam memberikan motivasi di anggota keluarga

yang lain, dengan menciptakan kenyamanan dan kehangatan pada setiap anggota keluarga untuk menciptakan sikap saling menghormati dan menghargai.

b. Fungsi Sosialisasi

Diteliti dengan menunjukkan cara menjalin interaksi di dalam keluarga, sampai mana sebuah keluarga memberikan pendidikan disiplin, norma budaya serta perilaku yang dimiliki. (Padila : 2012 : 99).

c. Fungsi perawatan Kesehatan

- 1) Keyakinan – keyakinan nilai – nilai dan perilaku keluarga
- 2) Konsep dan kurangnya tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat/sakit.
- 3) Praktek diet keluarga
- 4) Kebiasaan tidur dan istirahat
- 5) Latihan dan rekreasi
- 6) Kebiasaan penggunaan obat- obatan dalam keluarga
- 7) Peran keluarga dalam praktik perawatan mandiri
- 8) Praktik lingkungan
- 9) Cara – cara pencegahan penyakit
- 10) Riwayat kesehatan keluarga
- 11) Pelayanan perawatan kesehatan yang diterima
- 12) Perasaan dan persepsi menyangkut pelayanan perawatan kesehatan

- 13) Pelayanan kesehatan darurat
- 14) Sumber pembiayaan
- 15) Transportasi untuk mendapat perawatan.

d. Fungsi reproduksi

Jumlah, melihat dari mana keluarga melakukan perencanaan jumlah dari anggota keluarga, menggunakan metode apa dan dikendalikan dengan cara bagaimana dalam melakukan penghentiannya. (Padila, 2012 : 103).

e. Fungsi sosial dan ekonomi

Hal yang perlu dilihat dari fungsi apasaja di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Seberapa jauh sebuah keluarga tersebut menyeduiakan kebutuhannya setiap hari ?
- b. Seberapa jauh keluarga tersebut memanfaatkan sumber daya yang telah tersedia di dalam masyarakat guna untuk meningkatkan status kesehatannya bagi masyarakatnya ?

(Bakri, 2017)

6. Stress dan Koping Keluarga

Menurut Padila (2012) stress dan koping keluarga meliputi :

- a. Stressor jangka pendek dan panjang.
 - 1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.

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

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana berespon terhadap stressor.

4) Strategi koping yang digunakan.

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan stres.

5) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan melalui 4 tekni yaitu palpasi, auskultasi, dan pemeriksaan fisik lainnya seperti CRT (Nursalam, 2008 :40).

1. Tanda – tanda vital

Tanda – tanda vital ini meliputi tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi.

Dikatakan hipertensi bila tekanan sistolik kurang lebih diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik kurang lebih 90 mmHg

2. Antropometri

Berat badan meningkat (obesitas) merupakan faktor resiko hipertensi (Bakri, 2017).

3. Pemeriksaan kepala leher

Pada hipertensi pasien akan mengeluh sakit kepala bagian belakang atau pusing dan kaku kuduk. Pada leher kemungkinan adanya pembengkakan vena jugularis (Bakri, 2017).

4. Pemeriksaan Thorak

a) Inspeksi Thorak

Perawat mengobservasi kesimetrisan, irama pernafasan, edema, dan kekuatan dari pada denyut jantung.

b) Pemeriksaan paru

Palpasi : Kaji adanya nyeri tekan, masa, pernafasan (pendek)serta vokal premitus

Perkusi : Kaji bunyi paru, normal suara resonan.

Auskultasi : Kaji suara nafas, baik intensitas maupun durasi.

c) Pemeriksaan Penunjang

Inspeksi : Kekuatan denyut jantung dapat diobservasi dengan mengamati gerakan jantung pada dada.

Palpasi : Untuk mengenal ukuran jantung dan denyut nadi. Pembesaran yang terjadi mungkin karena hipertrofi.

Auskultasi : Terdengar S2 pada dasar, S3 (CHF dini) dan S4 (pergeseran ventrikel kiri/hipertrofi ventrikel kiri).

Perkusi : Cara menentukan besar dan batas jantung normal :

Kanan atas : intercostalis II linea para Sternal Dexstra

Kanan bawah : intercostalis IV linea para sternalis dexstra

Kiri atas : intercostalis II linea para sternalis sinistra

Kiri bawah : intercostalis IV linea Medio Clavicularis

Sinistra.

Perkusi dilakukan pada sela iga ketiga, keempat dan kelima dari garis aksilaris anterior kiri ke garis aksilaris anterior kanan. Biasanya ada perubahan dari perkusi ke sonor ke redup kira-kira 6 cm disebelah lateral kiri sternum. Redup ini disebabkan adanya jantung.

d) Pemeriksaan integument

Observasi terhadap warna, kulit pucat, dan diaphoresis (kongesti, hipoksemia). Dia Bisa juga kulit berwarna kemerahan (feokromositoma)(Bakri, 2017).

e) Pemeriksaan Ekstremitas

Adanya perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi) (Bakri, 2017).

f) Harapan pada Keluarga

Di dalam akhir penelittian/pengkajian yang dilakukan perawat berhak memberikan pertanyaan tentang keinginan keluarga kepada perawat dan petugas kesehatan lainnya (Bakri, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjectif

dan objectif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan memberi pelayanan.

1. Dalam diagnosis keluarga kemungkinan akan muncul permasalahan menurut NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2012) dalam Setiadi (2008) antara lain adalah :

- a. Ketidakmampuan coping pada keluarga nonefektif
- b. Perubahan dalam memelihara kesehatan
- c. Memiliki potensial dalam meningkatnya pemeliharaan kesehatannya
- d. Perilaku yang membutuhkan petugas medis
- e. Ketidakefektifan dalam melakukan penatalaksanaan aturan terapiutik pada keluarga.
- f. Dampak dari resiko tertularnya penyakit.

2. Penyebab (etiologi)

Merupakan suatu fakta yang disebabkan dari masalah pada keluarga yang mengacu pada lima tugas keluarga antara lain sebagai berikut :

- a. Keluarga tersebut mampu mengenal kesehatan keluarga.
- b. Keluarga mampu memutuskan dari tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang jatuh sakit.
- d. Keluarga mampu memberikan suasana rumah yang sehat.

- e. Keluarga selalu menggunakan fasilitas kesehatan yang telah disediakan oleh masyarakat.

Dilihat dari berbagai faktor tersebut yang mempunyai hubungan dan etiologi dari suatu diagnosa masalah keperawatan keluarga menurut pendapat Mubarak (2011) sebagai berikut :

- a. Ketidaktahuan (kurangnya dalam pengetahuan, mengambil kesimpulan dan pemahaman persepsi).
- b. Ketidakmampuan (dalam sikap, perilaku dan motivasi)
- c. Ketidakmampuan (tindakan dalam menghasilkan sumber daya, secara finansial, fasilitas di keluarga, lingkungan, serta psikologis mengalami kekurangan).

3. Tanda (sign)

Merupakan berkumpulnya suatu data yang diperoleh secara langsung maupun dengan pengamatan dari wawancara pada salah satu anggota individu keluarga oleh perawat sehingga terlihat suatu etiologi dan penyebab terjadinya masalah. Strategi di dalam suatu diagnosa masalah keperawatan keluarga menurut Suprajitno (2009: 43) dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu :

- a. Diagnosis secara aktual merupakan suatu masalah yang timbul dalam suatu keluarga yang mengancam sehingga memerlukan bantuan dari petugas kesehatan salah satunya perawat dalam waktu cepat. Diagnosa dengan resiko tinggi ini dapat menjadi akar masalah dan juga menjadi

tanda terciptanya masalah yang aktual terjadi secara mendadak dalam waktu singkat apabila tidak segera diselesaikan.

- b. Diagnosis potensial diartikan sebagai keadaan sejahtera dari keluarga yang memiliki kebutuhan dan fasilitasnya untuk memenuhi kekurangan kesehatannya.

Dalam Masalah asuhan keperawatan hipertensi maka Diagnosis keperawatan yang muncul dalam buku NANDA, 2015 adalah :

- 1. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

2.3.3 Rencana Tindakan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Stressor	TUJUAN dan Kriteria Hasil	INTERVENSI
----	----------------------	----------	---------------------------	------------

1 **Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah kesehatan, diet rendah garam.**

Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Batasan Karakteristik :

1. Perilaku Hiperbola
2. Ketidakakuratan mengikuti perintah
3. Ketidak akuratan mengikuti tes
4. Perilaku tidak tepat.
5. Pengungkapan masalah.

Faktor yang Berhubungan :

1. Gangguan yang terjadi pada sistem kognitif
2. Gangguan pada ingatan
3. Kurangnya Informasi/pengetahuan
4. Kemauan dalam belajar tidak ada
5. Sumber pengetahuan minim
6. Salah pengertian terhadap orang lain.

Jangka Pendek : Pasien mengeluh pusing

Jangka Panjang : Pasien mengatakan khawatir tekanan darahnya semakin tinggi dan akan mengalami dampak dari penyakit ini.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan kunjungan ke rumah selama 4 hari diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan.

Tujuan khusus : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 45 menit keluarga mampu :

1. Mampu mengenal definisi, penyebab dan dampak lanjut dari penyakit hipertensi.
2. Keluarga mampu memutuskan tindakan perawatan klien yang tepat .
3. Keluarga mampu mengetahui definisi diit hipertensi, cara melakukan dan sumber makanan yang dianjurkan dan dihindari untuk dikonsumsi.
4. Keluarga

1. Memberikan Penyuluhan Kesehatan ke klien dan keluarga tentang :

- a. Pengertian hipertensi (Konsep tekanan darah, sistole dan diastole).
 - b. Tanda dan Gejala hipertensi.
 - c. Faktor resiko hipertensi (hindari makanan yang mengandung natrium, kurangi lemak minuman beralkohol).
 - d. Dampak lanjut dari penyakit hipertensi.
2. Bersama pasien keluarga mendiskusikan tentang perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dampak hipertensi.
 3. Melakukan penyuluhan pada pasien dan keluarga tentang
 - a. Pengertian hipertensi.
 - b. Cara melakukan

mampu mengetahui manfaat untuk melakukan cek rutin ke posyandu lansia atau Puskesmas terdekat dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
(Sunaryo,2015)

diit hipertensi
c. Mengkonsumi makanan yang dianjurkan dan hindari pasien hipertensi
4. Menjelaskan pada keluarga mana melakukan kontrol rutin di Posyandu atau Puskesmas terdekat dan minum obat hipertensi secara teratur.

Sumber :

1. Mary Baradero, Wilfrid D, Mary, dan Yakobus Siswandi MSN.2008.*Klien Gangguan Kardiovaskuler : Seri Asuhan Keperawatan cetakan ke 1*.Buku Kedokteran EGC.Jakarta
2. Nanda Internasional.2015. *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*.Ed 10.Alih Bahasa : Prof. Dr. Budi Anna K, Jakarta :EGC
3. Sulistyono Andarmoyo.2012.*Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*.Yogyakarta.Graha Ilmu
4. Sunaryo.2015.*Asuhan Keperawatan Gerontik Ed. 1*. Yogyakarta : CV. ANDI OFFSET

Tabel 2.5 Prioritas Masalah

KRITERIA	SKOR	BOBOT	NILAI	PEMBENARAN
Sifat masalah	3/3 x 1 = 1	1	1	Keadaan keluarga dalam tidak/kurang sehat karena yang timbul dianggap masalah serius.
-Aktual			1	
-Resiko			1	
-Potensial				

Kemungkinan masalah untuk Diubah	$1/2 \times 2 = 1$	2	2 1 0	Masalah dapat diatasi setelah diberikan motivasi dapat menggali informasi H dari masyarakat, media pelayanan kesehatan puskesmas, polindes
Potensial masalah untuk dicegah	$2/3 \times 1 = 2/3$	1	3 2 1	Dengan memberikan pe maka potensial masalah dicegah.
Penonjolan masalah	$2/2 \times 1 = 1$	1	2 1 0	Keadaan yang membuat mengetahui lebih jauh hipertensi dan dampak perawatan yang salah, menganggap masalah yang termasuk masalah sepele/bias
TOTAL		11/3	4	

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan di tujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. (Nursalam, 2008).

1.3.4. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dri diagnosis keperawatan, rencana keperawatan dan implementasinya. Meskipun tahap evaluasi

diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2008)

