

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Mubarak, dkk (2009) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain. Menurut (Setiadi, 2008) Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan dalam kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Harnilawati (2013), keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan yang tergabung karena hubungan darah, adopsi, atau kesepakatan yang tinggal bersama dalam satu atap dan memiliki peran masing-masing setiap anggota keluarga sekaligus ikatan emosional.

Menurut Departemen Kesehatan RI, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Harnilawati, 2013).

2. Tipe / Bentuk Keluarga

Tipe keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Macam-macam tipe keluarga sebagai berikut :

- a. Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
- b. Keluarga besar (*Extended family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
- c. Keluarga berantai (*Serial family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d. Keluarga duda/janda (*Single family*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- e. Keluarga berkomposisi (*Composite*) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- f. Keluarga kabitas (*Cahabitation*) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.
- g. Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (*extended family*), karena masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat (Mubarak, 2009).

3. Fungsi Keluarga

Menurut Mubarak (2009) ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

a. Fungsi biologis

- 1) Untuk meneruskan keturunan.
- 2) Memelihara dan membesarkan anak .
- 3) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- 4) Memelihara dan merawat anggota keluarga.

b. Fungsi psikologis

- 1) Memberikan kasih sayang
- 2) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- 3) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- 4) Memberikan identitas keluarga.

c. Fungsi sosialisasi

- 1) Membina sosialisasi pada anak.
- 2) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
- 3) Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

d. Fungsi ekonomi

- 1) Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- 2) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

3) Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

e. Fungsi pendidikan

1) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.

2) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.

3) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat pengembangannya.

Adapun fungsi keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan kemampuan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.
- f. Fungsi pendidikan adalah keluarga mempunyai peran dan tanggungjawab yang besar terhadap pendidikan anak-anaknya untuk menghadapi kehidupan deasanya.
- g. Fungsi religious adalah keluarga merupakan tempat belajar tentang agama dan mengamalkan ajaran keagamaan.
- h. Fungsi rekreasi adalah keluarga merupakan tempat untuk melakukan kegiatan yang dapat mengurangi ketengangan akibat berada di luar rumah.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam (Harnilawati,2013), yaitu :

a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara yang sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun dari jalur garis keturunan ayah.

b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara yang sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun dari jalur garis keturunan ibu.

c. Matrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama dengan keluarga sedarah isteri

d. Patrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama dengan keluarga sedarah suami.

e. Keluarga kawin

Adalah hubungan suami isteri sebagai dasar pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau isteri.

5. Keluarga Sejahtera

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk atas dasar perkawina yang sah mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak. Tahapan keluarga sejahtera (Mubarrak, 2011) adalah sebagai berikut :

a. Keluarga pra sejahtera.

Yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kenutuhan dasarnya secara minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indicator keluarga sejahtera tahap I.

b. Keluarga sejahtera tahap I

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memnuhi kebutuhan dasarnya minimal tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologinya, yaitu kebutuhan pendidikan, keluarga berencana (KB),

interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.

c. Keluarga sejahtera tahap II

Adalah keluarga-keluarga yang disamping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal serta telah dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologinya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

d. Keluarga sejahtera tahap III

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk : material dan kuangan untuk sosial kemasyarakatan, dan juga berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.

e. Keluarga sejahtera tahap III Plus.

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangannya telah terpenuhi serta memiliki kepedulian sosial yang tinggi pada masyarakat.

6. Tugas Kesehatan Keluarga

Adapun tugas keluarga menurut Muhlisin (2012), yaitu :

a. Mengenal masalah kesehatan.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, Perawat harus mampu mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut: keadaan penyakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, dan sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut: sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat

pemeliharaan lingkungan, upaya pencegahan penyakit, dan kekompakan antar anggota keluarga.

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut: keberadaan fasilitas keluarga, keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

2.1.2 Konsep Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Konstriksi arteriole membuat darah sulit untuk mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri (Grey dalam Suherly, 2011). Hipertensi adalah tekanan darah persisten di mana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer dalam Purwati, 2008).

Hipertensi merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya penyakit ginjal akut, penyakit ginjal kronis, hingga gagal ginjal. Sebaliknya, saat fungsi ginjal mengalami gangguan maka tekanan darah akan meningkat dan dapat menimbulkan hipertensi (Marta dalam Sarayar, 2013).

2. Klasifikasi

Hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kategori, berikut adalah klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC VIII:

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC VIII

Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat I	140-159	90-99
Hipertensi Derajat II	160-179	100-109
Hipertensi Derajat III	≥180	≥110

(Sumber : Umardani, 2018)

3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (idiopatik). Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Menurut Rudianto (2013) ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

- a. Genetik: Respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.
- b. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress Lingkungan.
- d. Hilangnya Elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Menurut Rudianto (2013) berdasarkan etiologinya Hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

- a. Hipertensi Esensial (Primer)

Penyebab tidak diketahui namun banyak factor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik,

system rennin angiotensin, efek dari eksresi Na, obesitas, merokok dan stress.

b. Hipertensi Sekunder

Dapat diakibatkan karena penyakit parenkim renal/vaskuler renal. Penggunaan kontrasepsi oral yaitu pil. Gangguan endokrin dll.

4. Faktor Resiko kejadian hipertensi

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor yang dapat di kontrol dan faktor yang tidak dapat di kontrol.

a. Faktor yang Tidak Dapat Dikontrol

1) Umur

Semakin bertambahnya umur elastisitas pembuluh darah semakin menurun dan terjadi kekakuan dan perapuhan pembuluh darah sehingga aliran darah terutama ke otak menjadi terganggu, seiring dengan bertambahnya usia dapat meningkatkan kejadian hipertensi (Gama, dkk., 2014).

Berdasarkan penelitian prevalensi hipertensi dan determinannya di Indonesia tahun 2009 didapatkan hasil kelompok usia 25-34 tahun mempunyai risiko hipertensi 1,56 kali dibandingkan usia 18-24 tahun. Risiko hipertensi meningkat bermakna sejalan dengan bertambahnya usia dari kelompok usia ≥ 75 tahun berisiko 11,53 kali (Rahajang & Sulistyowati, 2009).

2) Jenis Kelamin

Faktor gender berpengaruh pada kejadian hipertensi, dimana pria lebih berisiko menderita hipertensi dibandingkan wanita dengan risiko sebesar 2,29 kali untuk meningkatkan tekanan darah sistolik. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita. Namun, setelah memasuki *menopause*, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat. Bahkan setelah usia 65 tahun, hal ini terjadi diakibatkan oleh faktor hormon yang dimiliki wanita.

Berdasarkan penelitian *cross sectional* di Kosovo menunjukkan bahwa pria lebih berisiko menderita hipertensi dengan nilai OR= 1,4 hal ini berarti laki- laki lebih berisiko terkena hipertensi 1,4 kali dibandingkan dengan perempuan (Hashani, 2014; Aripin, 2015).

3) Keturunan

Riwayat hipertensi yang di dapat pada kedua orang tua, akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi esensial. Orang yang memiliki keluarga yang menderita hipertensi, memiliki risiko lebih besar menderita hipertensi esensial. Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga tersebut memiliki risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya antara potasium terhadap sodium (Hanyawanita, 2008; Widyaningtyas, 2009).

b. Faktor yang Dapat Dikontrol

1) Obesitas

Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Obesitas bukan satu-satunya penyebab hipertensi namun prevalensi hipertensi pada orang dengan obesitas jauh lebih besar, risiko relative untuk menderita hipertensi pada orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang berat badannya normal (Buku Pedoman Hipertensi, 2010).

Penentuan obesitas pada orang dewasa dapat dilakukan dengan pengukuran IMT, berikut merupakan klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT) orang Indonesia:

Tabel 2.2 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT)

IMT (Kg/cm ²)	Kategori	Keadaan
< 17	Kekurangan berat badan tingkat berat	Kurus
17.0 – 18,5	Kekurangan berat badan tingkat Ringan	
18,5 – 25.0		Normal
>25.0 - > 27.0	Kelebihan berat badan tingkat ringan	Gemuk
>27	Kelebihan berat badan tingkat berat	

(Sumber : Buku Pedoman Hipertensi, 2010)

Berdasarkan penelitian *case control* yang dilakukan pada laki-laki dewasa di Puskesmas Petang I Kabupaten Badung didapatkan hasil pada hasil analisis regresi logistik diperoleh nilai OR=1.664. Hal ini berarti laki-laki dewasa yang menderita obesitas di wilayah kerja Puskesmas Petang I mempunyai risiko 1.664 kali untuk mengalami hipertensi dibandingkan dengan laki-laki dewasa yang

tidak obesitas. Obesitas Meningkatkan pengeluaran insulin, suatu hormone yang mengatur gula darah. Insulin dapat menyebabkan penebalan pembuluh darah dan karenanya meningkatkan resistensi perifer. Pada orang-orang yang kegemukan rasio lingkaran pinggang terhadap pinggul yang lebih tinggi sering dikaitkan dengan hipertensi (Widyaningtyas, 2009).

2) Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu penyakit dimana kadar gula darah (gula sederhana) di dalam darah tinggi. Di Indonesia DM dikenal juga dengan istilah penyakit kencing manis yang merupakan salah satu penyakit yang prevalensinya kian meningkat. Seseorang dikatakan menderita diabetes jika memiliki kadar gula darah puasa >126 mg/dL dan pada tes sewaktu >200 mg/dL (Pudiastuti, 2011).

3) Konsumsi Alkohol

Awalnya alkohol merupakan minuman rutin (*staple drink*), karena lebih aman dan lebih bersih dari air bahkan alkohol juga digunakan sebagai pengobatan medis. Namun menjelang akhir abad kesembilan belas alkohol dipandang sebagai ancaman bagi kesehatan karena dapat menyebabkan kecanduan (White, 2012).

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan. Mekanisme peningkatan tekanan darah akibat alkohol masih belum jelas. Namun, diduga peningkatan kadar kortisol, dan peningkatan volume sel darah merah serta kekentalan darah

berperan dalam meningkatkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah dan konsumsi alkohol, efek terhadap tekanan darah baru nampak apabila mengonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya.

4) Kebiasaan Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, dan mengakibatkan tekanan darah tinggi. Merokok juga dapat menyebabkan meningkatnya denyut nadi jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri (Depkes RI, 2006).

5) Aktivitas Fisik

Berdasarkan penelitian *case control* yang dilakukan di Puskesmas Petang I Kabupaten Badung terhadap 100 orang wanita usia lanjut didapatkan hasil pada wanita lansia yang aktivitas fisiknya tidak aktif sebagian besar menderita hipertensi dengan derajat ringan (51,4%) dengan nilai OR=2,912. Artinya wanita usia lanjut yang memiliki aktivitas fisik tidak aktif memiliki risiko 2,912 kali untuk mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita usia lanjut yang aktif secara fisik (Sucipta, 2009).

6) Konsumsi Garam

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan di luar sel agar tidak keluar, sehingga akan menyebabkan peningkatan volume dan tekanan darah. Pada sekitar 60% kasus hipertensi (esensial) terjadi respons penurunan tekanan darah dengan mengurangi asupan garam. Pada masyarakat yang mengonsumsi garam 3 gram atau kurang, ditemukan tekanan darah rata-rata rendah, sedangkan pada masyarakat asupan garam sekitar 7-8 gram tekanan darah rata-rata lebih tinggi (Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2006).

7) Kopi

Kopi dapat mempengaruhi tekanan darah karena adanya polifenol, kalium, dan kafein yang terkandung di dalamnya (Uiterwaal Cuno, 2007). Polifenol dan kalium bersifat menurunkan tekanan darah. Polifenol menghambat terjadinya atherogenesis dan memperbaiki fungsi vaskuler (Krummel DA, 2004). Kalium menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik dengan menghambat pelepasan renin sehingga terjadi peningkatan ekskresi natrium dan air. Hal tersebut menyebabkan terjadinya penurunan volume plasma, curah jantung, dan tekanan perifer sehingga tekanan darah akan turun (Adroque HJ, 2007). Kafein memiliki efek yang antagonis kompetitif terhadap reseptor adenosin. Adenosin merupakan neuromodulator yang mempengaruhi sejumlah fungsi pada susunan saraf pusat

(Uiterwaal Cuno, 2007). Hal ini berdampak pada vasokonstriksi dan meningkatkan total resistensi perifer, yang akan menyebabkan tekanan darah naik.

8) Hiperkolesterol

Kolesterol merupakan factor resiko yang dapat dirubah dari hipertensi, jadi semakin tinggi kadar kolesterol total maka akan semakin tinggi kemungkinan terjadinya hipertensi (Fujikawa, Iguchi, Noguchi, & Sasaki, 2015). Peningkatan kadar kolesterol darah banyak dialami oleh penderita hipertensi, pernyataan ini diperkuat dengan berbagai penelitian yang mendukung. Di Amerika, penelitian jantung Framingham menyatakan hubungan antara kadar kolesterol dengan tekanan darah. Pada tahun 2006 para dokter di Amerika meneliti data dari ribuan wanita dan menemukan bahwa semakin tinggi kadar kolesterol pada wanita paro baya, semakin rentan dirinya mengalami hipertensi. Sebaliknya, pada wanita dengan jumlah HDL tinggi, resiko hipertensi sedikit lebih rendah (Nikolov et al., 2015). Penderita hipertensi yang memiliki kadar kolesterol total yang tinggi memiliki tekanan darah yang lebih tinggi daripada pasien yang memiliki kadar kolesterol total yang normal. yang normal (Harefa, 2009). Kadar kolesterol dalam darah

(1) Normal < 200 mg/dL

(2) sedang 200-239 mg/dL

(3) tinggi > 240 mg/dL

c. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Renin merangsang

pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

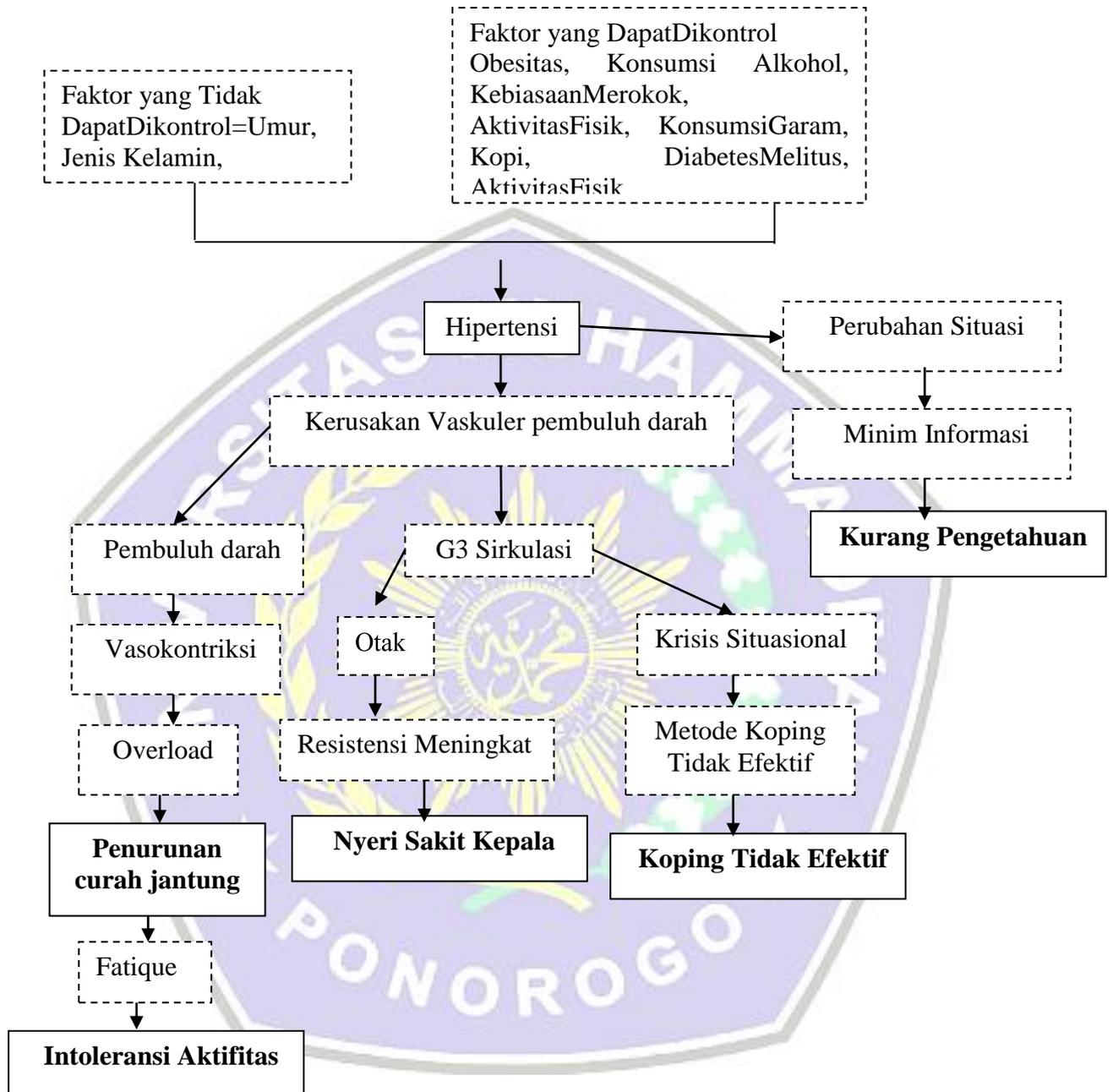
Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2001).

Pada usia lanjut perlu diperhatikan kemungkinan adanya “hipertensi palsu” disebabkan kekakuan arteri brachialis sehingga tidak dikompresi oleh cuff sphygmomanometer (Darmojo, 1999). Menurunnya tonus vaskuler merangsang saraf simpatis yang diteruskan ke sel jugularis. Dari sel jugularis ini bisa meningkatkan tekanan darah. Dan apabila diteruskan pada ginjal, maka akan mempengaruhi eksresi pada rennin yang berkaitan dengan

Angiotensinogen. Dengan adanya perubahan pada angiotensinogen II berakibat pada terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah, sehingga terjadi kenaikan tekanan darah. Selain itu juga dapat meningkatkan hormone aldosteron yang menyebabkan retensi natrium. Hal tersebut akan berakibat pada peningkatan tekanan darah. Dengan peningkatan tekanan darah maka akan menimbulkan kerusakan pada organ-organ seperti jantung. (Suyono, Slamet. 1996).



d. Pathway



Sumber: (Smeltzer dalam Purwati, 2008)

Gambar 2.1 Kerangka Teori Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Salah Satu Anggota Keluarga Mengalami Hipertensi Dengan Masalah keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit Hipertensi

e. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1) Tidak ada gejala

Tidak ada 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.

2) Gejala yang lazim

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

Menurut Rokhaeni (2001), manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu : Mengeluh sakit kepala, pusing Lemas, kelelahan, Sesak nafas, Gelisah, Mual Muntah, Epistaksis, Kesadaran menurun

Manifestasi klinis pada klien dengan hipertensi adalah :

- 1) Peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg
- 2) Sakit kepala
- 3) Pusing / migraine
- 4) Rasa berat ditengkuk
- 5) Penyempitan pembuluh darah
- 6) Sukar tidur
- 7) Lemah dan lelah

- 8) Nokturia
- 9) Azotemia
- 10) Sulit bernafas saat beraktivitas.

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Dalimartha (2008) Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu :

1) Pemeriksaan yang segera seperti :

- a) Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.
- b) Blood Unit Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- c) Glukosa: Hiperglikemi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran Kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi).
- d) Kalium serum: Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
- e) Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi
- f) Kolesterol dan trigliserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/ adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)

- g) Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
- h) Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
- i) Urinalisa: Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- j) Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- k) Steroid urin : Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- l) EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- m) Foto dada: apakah ada oedema paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.
- 2) Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :
- a) IVP :Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.
- b) CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
- c) IUP: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal.

d) Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologi: Spinal tab, CAT scan.

e) (USG) untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien

g. Komplikasi

Efek pada organ :

1) Otak

- a) Pemekaran pembuluh darah
- b) Perdarahan
- c) Kematian sel otak : stroke

2) Ginjal

- a) Malam banyak kencing
- b) Kerusakan sel ginjal
- c) Gagal ginjal

3) Jantung

- a) Membesar
- b) Sesak nafas (dyspnoe)
- c) Cepat lelah
- d) Gagal jantung

h. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1) Terapi tanpa Obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat ini meliputi:

a) Diet

Diet hipertensi untuk menanggulangi atau mempertahankan tekanan darah (Ramayulis, 2008) yaitu : Diet rendah garam, diet rendah kolesterol, diet tinggi serat, dan diet rendah kalori, membatasi minum alkohol, berhenti merokok.

b) Penurunan berat badan

Penurunan kelebihan berat badan yang dapat dilakukan dengan menerapkan gaya hidup sehat dengan olahraga dan pola makan seimbang. Cara menentukan berat badan sehat adalah dengan mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT) dan mengukur lingkar pinggang (Sheps, 2005).

c) Penurunan asupan etanol

Konsumsi minuman alkohol secara berlebihan akan berdampak buruk pada kesehatan jangka panjang. konsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka panjang akan berpengaruh pada peningkatan kadar kortisol dalam darah sehingga aktifitas rennin-angiotensin aldosteron system (RAAS) meningkat dan mengakibatkan tekanan darah meningkat (Mukhibbin, 2013)

d) Menghentikan merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti

merokok. Nikotin di dalam rokok dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung. Nikotin yang masuk ke dalam tubuh akan memberi sinyal pada otak untuk melepaskan hormon adrenalin. Hormon ini akan membuat diameter pembuluh darah menjadi mengecil, sehingga berisiko terjadinya peningkatan tekanan darah.

e) Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu: Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain. Lamanya latihan berkisar antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu.

f) Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

(1) Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal.

(2) Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga

untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

g) Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2) Terapi dengan Obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita.

Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure, USA, 1988*)

menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Pengobatannya meliputi :

a) Step 1

Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor

b) Step 2

Alternatif yang bisa diberikan :

- (1) Dosis obat pertama dinaikkan
- (2) Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
- (3) Ditambah obat ke -2 jenis lain, dapat berupa diuretika , beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator

c) Step 3 : Alternatif yang bisa ditempuh

- (1) Obat ke-2 diganti
- (2) Ditambah obat ke-3 jenis lain

d) Step 4 : Alternatif pemberian obatnya

- (1) Ditambah obat ke-3 dan ke-4
- (2) Re-evaluasi dan konsultasi
- (3) Follow Up untuk mempertahankan terapi

Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan (perawat, dokter) dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam interaksi pasien dengan petugas kesehatan adalah sebagai berikut :

- (1) Setiap kali penderita diperiksa, penderita diberitahu hasil pengukuran tekanan darahnya
- (2) Bicarakan dengan penderita tujuan yang hendak dicapai mengenai tekanan darahnya
- (3) Diskusikan dengan penderita bahwa hipertensi tidak dapat sembuh, namun bisa dikendalikan untuk dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas
- (4) Yakinkan penderita bahwa penderita tidak dapat mengatakan tingginya tekanan darah atas dasar apa yang dirasakannya, tekanan darah hanya dapat diketahui dengan mengukur memakai alat tensimeter
Penderita tidak boleh menghentikan obat tanpa didiskusikan lebih dahulu. Secepat mungkin tindakan terapi dimasukkan dalam cara hidup penderita. Ikutsertakan keluarga penderita dalam proses terapi
- (5) Pada penderita tertentu mungkin menguntungkan bila penderita atau keluarga dapat mengukur tekanan darahnya di rumah
- (6) Buatlah sesederhana mungkin pemakaian obat anti hipertensi misal 1 x sehari atau 2 x sehari
- (7) Diskusikan dengan penderita tentang obat-obat anti hipertensi, efek samping dan masalah-masalah yang mungkin terjadi

- (8) Yakinkan penderita kemungkinan perlunya memodifikasi dosis atau mengganti obat untuk mencapai efek samping minimal dan efektifitas maksimal
- (9) Usahakan biaya terapi seminimal mungkin
- (10) Untuk penderita yang kurang patuh, usahakan kunjungan lebih sering
- (11) Hubungi segera penderita, bila tidak datang pada waktu yang ditentukan.
- (12) Melihat pentingnya kepatuhan pasien dalam pengobatan maka sangat diperlukan sekali pengetahuan dan sikap pasien tentang pemahaman dan pelaksanaan pengobatan hipertensi.

i. Cara Pencegahan

Upaya pencegahan hipertensi yang dapat dilakukan menurut Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (2014) dapat dilakukan dengan pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

1) Pencegahan Primer

Pencegahan primer ditujukan kepada individu yang belum terkena hipertensi. Adapun beberapa strategi yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Penurunan berat badan dengan target mempertahankan berat badan pada kisaran indeks masa tubuh $18,5-22,9 \text{ kg/m}^2$
- b) Mengadopsi program diet sehat sesuai dengan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), yaitu banyak

mengonsumsi buah-buahan, sayuran, serta produk yang mengandung susu rendah lemak.

c) Mengurangi asupan garam sehari-hari, yaitu kurang dari 6 g Natrium Klorida atau setara dengan satu sendok teh garam dapur.

d) Meningkatkan aktivitas fisik aerobik secara teratur seperti jalan kaki selama 30 menit, dengan frekuensi 4-6 kali/minggu

e) Tidak merokok

2) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder ditujukan pada pasien hipertensi yang belum mengalami kerusakan organ target. Tujuannya untuk mencegah atau menghambat timbulnya kerusakan organ target. Dilakukan dengan penyuluhan mengenai kerusakan target organ dan pentingnya kepatuhan dan menjaga program pengobatan, pengobatan yang adekuat untuk mencapai TD target, dan deteksi dini kerusakan organ target dan risiko kardiovaskuler total sejak awal pengobatan hipertensi.

3) Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan upaya pencegahan terjadinya kecacatan lebih lanjut pada pasien hipertensi yang telah mengalami kerusakan organ. Pencegahan tersier memerlukan pendekatan interdisiplin yang dilakukan di rumah sakit rujukan. Tatalaksana terhadap kerusakan organ target yang telah terjadi harus dilakukan sedini mungkin.

2.1.3 Konsep Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2012).

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Susilo (2011) tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari :

a. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Menurut WHO (1954) pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Seperti kita ketahui bila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Masalah ini harus benar-benar dikuasai oleh semua kader kesehatan di semua tingkat dan jajaran, sebab istilah sehat, bukan sekedar apa yang terlihat oleh mata yakni tampak badannya besar dan kekar. Mungkin saja sebenarnya ia menderita batin atau menderita gangguan jiwa yang menyebabkan ia tidak stabil, tingkah laku dan sikapnya. Untuk menapai sehat seperti definisi diatas, maka orang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat.

b. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, apalagi adat kepercayaan yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak gampang itu untuk mengubahnya. Hal itu melalui proses yang sangat panjang karena kebudayaan adalah suatu sikap dan perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar.

Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan mengubah perilaku belum sehat menjadi perilaku sehat, namun perilaku tersebut ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu perilaku tersebut dikategorikan secara mendasar. Susilo membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu :

- 1) Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan pada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
- 2) Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Itulah sebabnya dalam hal ini Pelayanan Kesehatan Dasar (*PHC = Primary Health Care*) diarahkan agar dikelola sendiri oleh masyarakat, dalam hal bentuk yang nyata adalah PKMD. Contoh PKMD adalah Posyandu. Seterusnya dalam kegiatan ini diharapkan adanya langkah-langkah mencegah timbulnya penyakit.
- 3) Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Susilo (2011) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan di Indonesia adalah:

- a. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
- b. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja.

Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama swasta maupun negeri.

- c. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individu.

4. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu :

- a. Metode Individual (Perorangan)

Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu :

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*)
- 2) Wawancara (*interview*)

- b. Metode Kelompok

Metode kelompok ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

- 1) Kelompok besar

- a) Ceramah Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

b) Seminar Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar sendiri adalah presentasi dari seorang ahli atau beberapa orang ahli dengan topik tertentu.

2) Kelompok kecil

a) Diskusi kelompok

Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.

b) Curah pendapat (*Brain storming*)

Merupakan hasil dari modifikasi kelompok, tiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut di tulis di papan tulis, saat memberikan pendapat tidak ada yang boleh mengomentari pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi.

c) Bola salju (*Snow balling*)

Setiap orang di bagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok

yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbulah diskusi.

d) Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok di bagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

e) Bermain peran (*Role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat atau bidan, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau masyarakat.

f) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk memainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber.

c. Metode Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa.

5. Model Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam (2008) perawat sebagai pendidik harus memiliki kemampuan untuk mengkaji kekuatan dan dampak yang ditimbulkan oleh intervensi keperawatan terhadap perilaku subyek yang dapat

memperkaya, memberikan informasi dan melengkapi perilaku subyek yang diinginkan. Model pendidikan kesehatan yang dapat digunakan oleh perawat adalah sebagai berikut:

a. Model Perilaku Individu

Ada dua model yang sering digunakan untuk menjelaskan faktor penentu dari perilaku preventif, yaitu model nilai kesehatan dan model promosi kesehatan. Secara mendasar model nilai kesehatan ditunjukkan untuk promosi peningkatan perilaku sehat daripada mengulangi faktor penyebab. Model ini berfokus pada orientasi mencegah penyakit yang spesifik. Dimensi yang digunakan pada model nilai kesehatan meliputi kepekaan, keparahan, penghalang yang dirasakan, variabel struktural serta sosiopsikologis lainnya. Sedangkan model promosi kesehatan merupakan modifikasi nilai kesehatan dan lebih memfokuskan pada prediksi perubahan perilaku akibat promosi kesehatan.

b. Model Pemberdayaan Masyarakat

Perubahan perilaku yang terjadi pada individu belum membawa dampak yang berarti pada perubahan perilaku di masyarakat. Sehingga perawat perlu membantu individu dan keluarga yang telah berubah perilakunya yang ditampilkan pada komunitas. Fokus proses pemberdayaan masyarakat adalah komunikasi, informasi, dan pendidikan kesehatan (WHO, 1994). Di Indonesia sering disebut komunikasi informasi dan edukasi (KIE) yang ditujukan pada individu, keluarga, dan kelompok. Strategi yang dapat digunakan oleh

perawat dalam rangka KIE adalah pembelajaran pemecahan masalah (problem solving), memperluas jaringan kerja (networking), bernegosiasi dengan pihak yang bersangkutan (negotiating), pendekatan untuk mempengaruhi orang lain (lobbying) dan pencarian informasi (information seeking) untuk meningkatkan derajat kesehatan kliennya.

6. Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam (2008) media pendidikan kesehatan adalah saluran komunikasi yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan. Media dibagi menjadi 3, yaitu: cetak, elektronik, media papan (billboard).

a. Media cetak

- 1) Booklet : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk pesan tulisan maupun gambar, biasanya sasarannya masyarakat yang bisa membaca.
- 2) Leaflet : penyampaian pesan melalui lembar yang dilipat biasanya berisi gambar atau tulisan atau biasanya kedua-duanya.
- 3) Flyer (selebaran) : seperti leaflet tetapi tidak berbentuk lipatan.
- 4) Flip chart (lembar balik) : informasi kesehatan yang berbentuk lembar balik dan berbentuk buku. Biasanya berisi gambar dibaliknya berisi pesan kalimat berisi informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai hal yang berkaitan dengan hal kesehatan.

6) Poster :berbentuk media cetak berisi pesan-pesan kesehatan biasanya ditempel di tembok-tembok tempat umum dan kendaraan umum.

7) Foto : yang mengungkapkan masalah informasi kesehatan.

b. Media elektronik

1) Televisi : dalam bentuk ceramah di TV, sinetron, sandiwara, dan vorum diskusi tanya jawab dan lain sebagainya.

2) Radio :bisa dalam bentuk ceramah radio, sport radio, obrolan tanya jawab dan lain sebagainya.

3) Vidio Compact Disc (VCD).

4) Slide : slide juga dapat digunakan sebagai sarana informasi.

5) Film strip juga bisa digunakan menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (bill board) Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dan dapat dipakai dan diisi pesan-pesan kesehatan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.2.1 Keperawatan Keluarga

1. Pengertian

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehtan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan intisari dari keperawatan yang menjadi pusat semua tindakan keperawatan. Langkah-langkah proses keperawatan keluarga, (Ali, 2010)

Menurut teori / *model family center nursing* friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu : Tahapan dari proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut :

2. Pengkajian

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

Pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan genogram.

2) Komposisi kepala keluarga

Dikaji tentang daftar anggota keluarga dan genogram.

3) Genogram

Genogram adalah suatu alat bantu berupa peta skema (visual map) dari silsilah keluarga pasien yang berguna bagi pemberi layanan kesehatan untuk segera mendapatkan informasi tentang nama anggota keluarga pasien, kualitas hubungan antar anggota keluarga.

Genogram adalah biopsikososial pohon keluarga, yang mencatat tentang siklus kehidupan keluarga, riwayat sakit di dalam keluarga serta hubungan antar anggota keluarga. Unsur-unsur Genogram

Di dalam genogram berisi :

- a) Nama
- b) Umur
- c) status menikah
- d) riwayat perkawinan
- e) anak-anak

- f) keluarga satu rumah
- g) penyakit-penyakit spesifik
- h) tahun meninggal dan
- i) pekerjaan.

4) Tipe keluarga

Pada tipe keluarga ini yang dikaji yaitu tentang jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan tipe tersebut

5) Suku bangsa

Kaji identifikasi budaya suku bangsa tersebut.

6) Agama

Pada pengkajian ini yang perlu dikaji yaitu panutan keluarga tersebut dan bagaimana keluarga tersebut menjalankan ibadahnya.

g) Status social ekonomi keluarga

Pada status sosial ekonomi yang dikaji yaitu tentang pekerjaan , tempat kerja, dan penghasilan setiap anggota yang sudah bekerja, sumber penghasilan, berapa jumlah yang dihasilkan oleh setiap anggota keluarga yang bekerja.

7) Aktifitas rekreasi keluarga

Dimana pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga pergi bersama ketempat rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga ini.

- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

c. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (status imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

Riwayat keluarga sebelumnya Menjelaskan mengenai riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular pada keluarga serta riwayat kebiasaan / gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

d. Pengkajian lingkungan

- 1) Karakteristik rumah yang meliputi : ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi / WC, denah rumah.
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal, Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

- 3) Mobilitas geografis keluarga Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat.
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul bersama, serta perkumpulan yang ada. Se jauhmana keluarga berinteraksi dengan masyarakat (organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga)
- 5) Sistem pendukung keluarga Yang termasuk pada system pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi dan dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

e. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga serta cara keluarga memecahkan masalah.
- 2) Struktur kekuatan keluarga Menjelaskan kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah, serta power yang digunakan keluarga.
- 3) Struktur peran Menjelaskan peran dari masing–masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

- 4) Nilai dan norma keluarga. Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan keluarga.

f. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif Hal yang perlu dikaji adalah gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- 2) Fungsi sosialisasi Hal yang perlu dikaji adalah bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauhmana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku, serta bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan Fungsi perawatan kesehatan terkait 5 fungsi kesehatan keluarga yaitu bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan, dan memodifikasi lingkungan. Kondisi perawatan kesehatan ditujukan pada seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi / promosi).
- 4) Fungsi reproduksi Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksikeluarga adalah: Berapa jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga , bagaimana keluarga merencanakan jumlah anggota keluarga, adakah penggunaan alat kontrasepsi.

g. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan stressor jangka panjang

Stesor jangka pendek yaitu stesor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan. Stesor jangka panjang yaitu stesor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2) Respon keluarga terhadap stress

Hal yang perlu dikaji adalah sejauhmana keluarga berespon terhadap situasi / stesor.

3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan. Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive.

h. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada

i. Pemeriksaan Fisik (Setiap individu anggota keluarga)

3. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

4. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang pasien. Diagnosa keperawatan berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah pasien yang dapat ditangani oleh perawat, (Andarmoyo, 2012). Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnose keperawatan meliputi :

1) Masalah (Problem)

Adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah (tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga atau anggota keluarga) yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian. Tujuan penulisan pernyataan masalah adalah menjelaskan status kesehatan secara jelas dan sesingkat mungkin. Daftar diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) dalam Setiadi (2008:50) adalah sebagai berikut:

- a) Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan
- b) Perubahan pemeliharaan kesehatan
- c) Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
- d) Perilaku mencari pertolongan kesehatan
- e) Ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik keluarga
- f) Resiko terhadap penularan penyakit

2) Penyebab (etiologi)

Adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga yaitu sebagai berikut:

- a) Mengetahui masalah kesehatan keluarga
- b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan atau etiologi dari diagnosis keperawatan keluarga menurut Mubarak (2011) adalah:

- a) Ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, dan kesalahan persepsi).
- b) Ketidakmauan (sikap dan motivasi).
- c) Ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga, baik financial, fasilitas, system pendukung, lingkungan fisik, dan psikologis).

3) Tanda (sign)

Adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab, (Suprajitno, 2004). Tipologi diagnosa keperawatan keluarga menurut Suprajitno (2004) dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu:

- a) Diagnosis aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
- b) Diagnosis risiko/risiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
- c) Diagnosis potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

5. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu masalah. Prioritas masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan proses skoring sebagai berikut.

Tabel 2.3 Skala Bailon dan Maglaya (1978)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		1
	-Tidak/kurang sehat	3	
	-Ancaman kesehatan	2	
	-Krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	-Dengan mudah	2	
	-Hanya sebagian	1	
	-Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk dicegah		1
	-Tinggi	3	
	-Cukup	2	
	-Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		1
	-Masalah berat dan harus segera diatasi	2	
	-Masalah dirasakan tetapi tidak perlu segera diatasi	1	
	-Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber : (Wahit Iqbal Mubarak, 2011 : 105)

Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan

$\frac{\text{Skorx Bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$

- c. Jumlahkan skor untuk semua criteria, (Andarmoyo, 2012).

6. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga adalah kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan / masalah keperawatan yang telah diidentifikasi, (Mubarak, 2011). Langkah-langkah yang dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga menurut Wahit Iqbal Mubarak (2011) adalah:

- a. Menentukan sasaran atau goal

Sasaran merupakan tujuan akhir yang akan dicapai melalui segala upaya.

- b. Menentukan tujuan atau objektif

Objektif merupakan pernyataan yang lebih spesifik atau lebih terperinci tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan.

- c. Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan

Tindakan keperawatan yang dipilih sangat bergantung pada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk memecahkan masalah.

d. Menentukan kriteria dan standart kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standar menunjukkan tingkat penampilan yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai.

Klasifikasi intervensi menurut Wright dan Leahay dalam Sulisty Andarmoyo (2012).

- a. Kognitif Intervensi diarahkan pada aspek kognitif pada fungsi keluarga, yang meliputi pemberian informasi, gagasan baru tentang suatu keadaan dan mengemukakan pengalaman.
- b. Afektif Intervensi diarahkan pada aspek afektif fungsi keluarga, dirancang untuk mengubah emosi keluarga agar dapat memecahkan masalah secara afektif.
- c. Psikomotor Intervensi diarahkan untuk membantu keluarga berinteraksi / bertingkah laku, berkomunikasi secara afektif dengan anggota keluarga lainnya yang sifatnya berbeda-beda.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga untuk mendapatkan perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada asuhan keperawatan yang telah disusun, (Harmoko 2012).

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Bila hasil evaluasi tidak atau berhasil sebagian, perlu disusun rencana keperawatan yang baru. Metode evaluasi

1. Evaluasi formatif (proses)

Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP.

2. Evaluasi sumatif (hasil)

Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau laporan ringkasan

2.2.2 Asuhan Keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderit

Hipertensi

1. Pengertian

Asuhan keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini biasanya disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu teknik dan keterampilan intervensional dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien (Doengoes ; 2001)

2. Identitas Umum Keluarga

a. Identitas Kepala Keluarga

b. Nama, pendidikan, umur, pekerjaan, agama, alamat , dan suku.

c. Komposisi Keluarga

Jumlah seluruh anggota keluarga meliputi nama, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pekerjaan, pendidikan, status kesehatan, imunisasi, masalah kesehatan, dan tindakan yang telah dilakukan

d. Genogram

e. Tipe Keluarga

1) Jenis tipe keluarga

2) Masalah yang terjadi dengan tipe tersebut

f. Suku Bangsa

1) Asal suku bangsa

2) Budaya yang berhubungan dengan kesehatan

g. Agama dan Kepercayaan

h. Status Sosial Ekonomi Keluarga

1) Anggota keluarga yang mencari nafkah

2) Penghasilan

3) Upaya lain yang dilakukan

4) Harta benda yang dimiliki

5) Kebutuhan yang dikeluarkan tiap bulan

6) Tabungan

- i. Aktivitas Rekreasi Keluarga

3. Identitas Keluarga

- a. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini
- 2) Riwayat keluarga inti

- b. Pengkajian Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Denah rumah
- 3) Karakteristik tetangga dan komunitas

- c. Struktur Keluarga

- 1) Pola / cara komunikasi keluarga
- 2) Struktur kekuatan keluarga
- 3) Struktur peran

- d. Fungsi Keluarga

- 1) Fungsi afektif
- 2) Fungsi sosialisasi
- 3) Fungsi perawatan kesehatan
- 4) Fungsi reproduksi

- e. Stres Dan Koping Keluarga

- 1) Stressor jangka pendek
- 2) Stressor jangka panjang
- 3) Strategi koping
- 4) Strategi adaptasi disfungsional

f. Keadaan Gizi Keluarga

- 1) Pemenuhan gizi
- 2) Upaya lain

g. Harapan Keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan
- 2) Terhadap petugas kesehatan

4. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Adapun pengkajian pada pasien hipertensi adalah: Data dasar pengkajian pasien (Doengoes, Marilyn E : 2000) adalah sebagai berikut:

a. Aktivitas/ Istirahat

- 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- 2) Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

b. Sirkulasi

- 1) Gejala : Riwayat Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit cerebroaskuler, episode palpitasi, perspirasi.
- 2) Tanda : Kenaikan TD, Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, tikikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin

(vasokonstriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/ bertunda.

c. Integritas Ego

1) Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

2)Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu).

e. Makanan/cairan

1) Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir akhir ini (meningkat/turun) Riwayat penggunaan diuretik

2) Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria.

f. Neurosensori

1) Gejala : Keluhan pening/pusing, sakit kepala, subojksipital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam) Gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistakis).

2)Tanda : Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggam tangan.

g. Nyeri/ ketidaknyaman

Gejala : Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), sakit kepala.

h. Pernafasan

1) Gejala : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

2) Tanda : Distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan (krakties/mengi), sianosis.

i. Keamanan

Gejala : Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. (Aziz Alimul; 2009) Nanda menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, Keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial. Sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data. Dimana menurut Nanda diartikan sebagai defensial

karakteristik definisi karakteristik tersebut dinamakan tanda dan gejala suatu yang dapat diobservasi dan gejala sesuai yang dirasakan oleh klien.

Menurut (Doengoes ; 2001), diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada pasien dengan hipertensi adalah :

- a. Resiko Tinggi Penurunan Curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertrofi ditandai dengan tidak dapat diterapkan adanya tanda-tanda dan gejala yang menetapkan diagnosis actual
- b. Nyeri sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral ditandai dengan melaporkan tentang nyeri berdenyut yang terletak pada regiu suboksipital. Terjadi pada saat bangun dan hilang secara spontan setelah beberapa waktu
- c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum ditandai dengan laporan verbal tentang kelebihan atau kelemahan
- d. Koping, individual, infektif berhubungan dengan krisis situasional/maturasional, perubahan hidup beragam ditandai dengan menyatakan ketidak mampuan untuk mengatasi atau meminta bantuan
- e. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan / daya ingat ditandai dengan menyatakan masalah, meminta informasi.

6. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat

yang diinginkan dalam hasil yang sudah diharapkan (Dongoes ; 2000).

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan hipertensi adalah :



Rencana asuhan keperawatan keluarga (NANDA NIC-NOC 2013) dapat dilihat pada tabel dibawah ini
Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga Berdasarkan NANDA NIC-NOC 2013

NO DX	DIANGOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
5	<p>Defisiensi pengetahuan Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perilaku hiperbola Ketidakkuratan mengikuti perintah Ketidakkuratan melakukan tes Perilaku tidak tepat Pengungkapan masalah <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keterbatasan kognitif Salah interpretasi informasi Kurang pujanan Kurang minat dalam belajar Tidak familier dengan 	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kowlwdge : disease process</i> <i>Knowledge : health Behavior</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. 	<p>NIC : Teaching : disease Process</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat Hindari harapan yang kosong Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan

	sumber informasi	<p>atau proses pengontrolan penyakit</p> <ol style="list-style-type: none">10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat14. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
--	------------------	---



Tabel 2.5 Analisa Jurnal *Teaching : disease Process* Peningkatan Pengetahuan Keluarga tentang Hipertensi

No	Judul	Sumber-Tahun	Nama peneliti	Latar belakang	Metode	kesimpulan
1	Pendidikan Kesehatan Dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Keluarga Dengan Hipertensi	<i>Jurnal Ilmu Keperawatan</i> ISSN: 2338-6371 Tahun 2018	Ainal Mardhiah Dkk	Hipertensi merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat, bila tidak ditangani dengan baik sedini mungkin bisa menjadi <i>the silent killer</i> , peran keluarga sangat penting, namun pengaruh intervensi pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dengan hipertensi masih kurang <i>evidence</i> terutama di Aceh	Jenis penelitian kuantitatif dengan desain <i>pre experimental</i> berupa <i>the one group pretest-posttest design</i> , <i>sampling simple random sampling</i> . Instrumen penelitian kuesioner. Teknik analisa data menggunakan uji statistik parametrik <i>Paired T-test</i> .	Hasil penelitian Nilai rata-rata (<i>mean</i>) pengetahuan responden <i>pretest</i> 46,62 dan <i>posttest</i> 69,86 (0,0001) menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dengan hipertensi. Nilai rata-rata (<i>mean</i>) sikap responden <i>pretest</i> 80,16 dan <i>posttest</i> 88,05 (0,0001) menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan sikap keluarga dengan hipertensi. Nilai rata-rata (<i>mean</i>) keterampilan responden <i>pretest</i> 20,72 dan <i>posttest</i> 86,49 (0,0001) menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan keterampilan keluarga dengan hipertensi.
2	Efektifitas Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan	<i>Mutiara Medika</i> Vol. 15 No. 1: 67 - 74, Januari Tahun 2015	Chandra Hadi P	Dalam keluarga tentunya mempunyai berbagai masalah kesehatan salah satunya adalah masalah hipertensi yang menjadi	Desain penelitian ini kuasi eksperimen <i>one group pretest-posttest design</i> , <i>purposive sampling</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan asuhan keperawatan pada keluarga sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan kurang (72,5%) dan

	Pengetahuan Keluarga tentang Hipertensi			<i>silent killer</i> karena pada sebagian besar kasus, tidak menunjukkan gejala apapun hingga pada suatu hari hipertensi menjadi stroke dan serangan jantung yang menjadikan penderitameninggal	Analisis data menggunakan analisis bivariat dengan menggunakan uji T <i>dependent</i> .	setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang penyakit hipertensi secara efektif sebagian besar tingkat pengetahuan keluarga adalah baik (77,5%). Kesimpulan terdapat pengaruh yang signifikan pemberian Askep keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga (<i>p value</i> =0,000).
3	Upaya Peningkatan Pengetahuan Keluarga Melalui Pendidikan Kesehatan Hipertensi	<i>Jurnal Ilmu Keperawatan</i> Vol. 1, No. 2	Previa Dyah Widyaningrum' Nita Yunianti Ratnasari	Keluarga merupakan sebuah sistem, dimana sebagai sistem keluarga di dalamnya mempunyai anggota, yaitu ayah, ibu dan anak atau semua individu yang tinggal di dalam rumah tangga. Anggota keluarga saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka, sehingga dapat dipengaruhi oleh	Metode yang digunakan adalah penelitian Study Kasus. dengan jumlah responden sebanyak 3 orang penderita Hipertensi. Dengan kriteria inklusi yaitu responden dengan penderita Hipertensi berusia 55 sampai 65 dan bersedia menjadi responden peneliti	Hasil penelitian adanya perbedaan tingkat pengetahuan antara keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan. Instrumen penelitian adalah dengan menggunakan kuesioner

				<p>suprasistemnya, yaitu lingkungan dan masyarakat. Sebaliknya, sebagai subsistem dari lingkungan atau masyarakat, keluarga dapat memengaruhi masyarakat (suprasistem). Oleh karena itu pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko- sosial dan spiritual</p>		
--	--	--	--	--	--	--



7. Implementasi

Implementasi adalah proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategis keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan. (Doengoes ; 2001). Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan pencegahan penyakit. Pemulihan kesehatan dan memfasilitas koping perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik. Jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan selama tahap pelaksanaan perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien tindakan.

8. Evaluasi

keperawatan menurut (Kozier, 2010) adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar, 2007). Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang klien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada klien hipertensi dengan kesiapan peningkatan pengetahuan adalah :

a. Pasien memiliki ketertarikan dalam belajar

- b. Pasien dapat mengidentifikasi sumber informasi yang akurat
- c. Pasien secara aktif mengungkapkan secara verbal informasi yang dapat digunakannya
- d. Pasien dapat menggunakan informasi yang diperoleh dalam meningkatkan kesehatan atau mencapai tujuan

2.3 Keperawatan Hipertensi Dari Segi Agama

Religiusitas adalah ukuran seberapa jauh pengetahuan, seberapa kokoh keyakinan, seberapa besar pelaksanaan akidah dan seberapa dalam penghayatan atas agama yang dianutnya (Ancok, 2006). Faktor religiusitas seseorang memegang peranan cukup penting terhadap seseorang dalam menangani stressor sosial psikologik seseorang. Dalam ranah psikologi Islam, seseorang yang mengenali dirinya, ia akan tunduk dan patuh pada Tuhannya (Mubarok, 2009). Secara alamiah manusia adalah fitrah manusia adalah fitrah, yang berpotensi baik atau buruk dimana aktualisasinya tergantung pilihannya. Komponen terpenting manusia adalah hati. Perilaku manusia tergantung pada hatinya, dengan kekuatan hati menjadikan manusia cenderung kepada yang benar, termasuk memiliki kearifan, kesabaran dan keikhlasan (Mujib, 2006). Religiusitas sangatlah erat hubungannya dengan agama, oleh karena itu, religiusitas sangatlah penting dalam kehidupan sehari-hari. Apabila agama kita bagus, kita tidak pernah takut dengan apa yang akan terjadi pada diri kita, terutama dalam menghadapi bencana sekalipun. Kita hanya bisa pasrah pada Allah SWT dan menerima apapun yang telah Allah berikan kepada kita. Kita tidak perlu merasa cemas dalam menghadapi

apapun. Seperti dalam surat Al-Baqarah ayat 112:

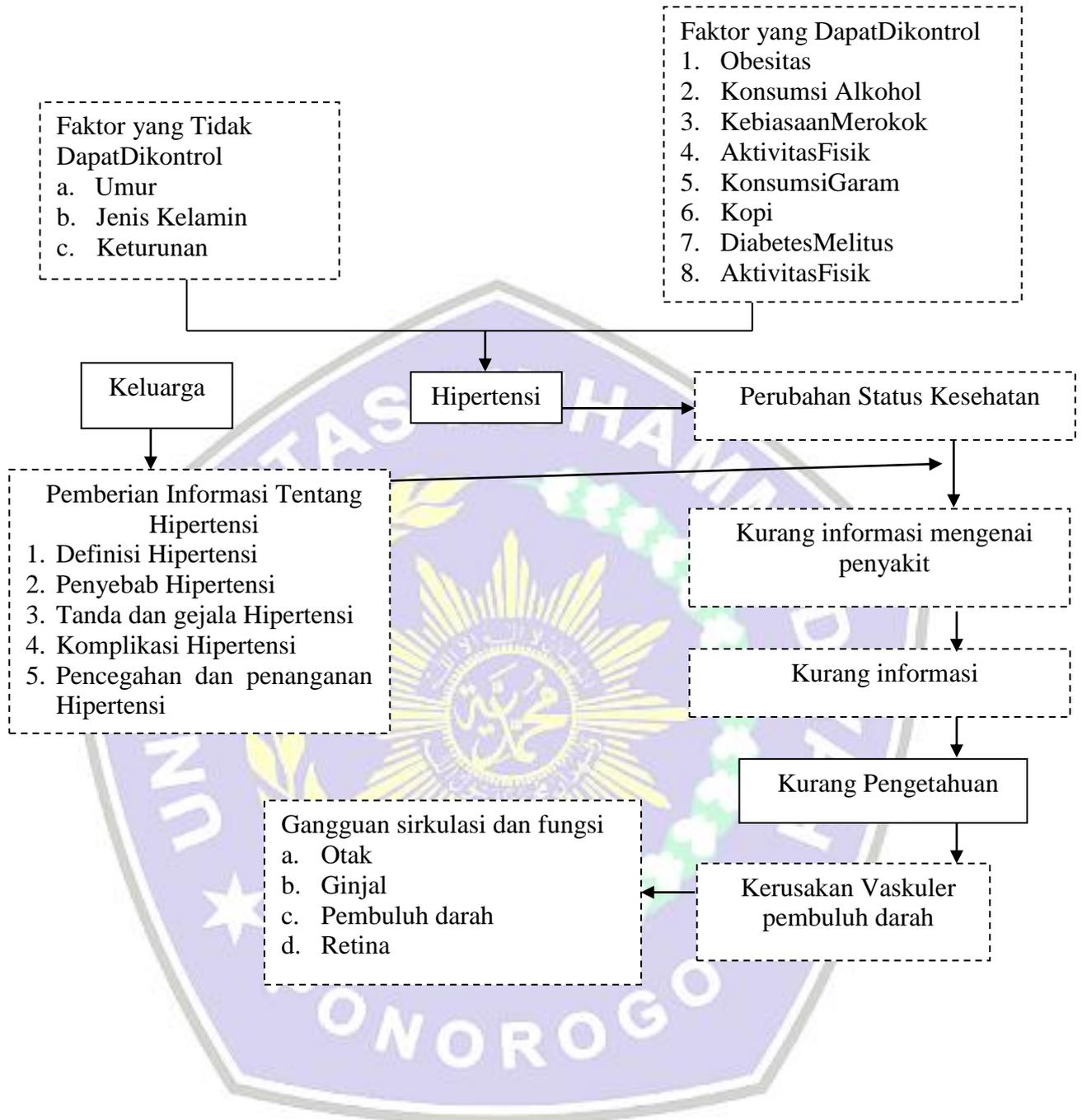
(Tidak demikian) bahkan barangsiapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati.

Salah satu terapi yang diberikan selain farmakologi berupa obat antihipertensi adalah terapi psikologis digunakan sebagai terapi tambahan yang dibutuhkan karena reduksi terhadap stress psikologi yang dialami dan meningkatkan coping terhadap stress dapat memediasi turunnya tekanan darah pada penderita hipertensi (Linden dkk., 2001 dalam Anggraeni 2014). Terapi komplementer disarankan untuk dilakukan seperti manajemen stress, biofeedback, relaksasi yoga, pilates, psikoterapi, hypnosis, meditasi transdental, meningkatkan spiritualitas dan religiusitas (Rice, 1999 dalam Anggraeni 2014). Pendekatan pada agama menjadi salah satu bentuk coping dalam menghadapi kecemasan dan stress. Religiusitas dapat menjadi medikasi terapeutik tanpa memandang agama, ras dan warna kulit, misalnya dalam meningkatkan coping, dukungan sosial, optimis dan harapan, mengurangi depresi dan kecemasan, serta mendukung perasaan relaksasi.

Al-Qur'an merupakan obat yang komplit untuk segala jenis penyakit, baik penyakit hati maupun penyakit fisik, baik penyakit dunia maupun penyakit akhirat (Ad-Dihami, 2005). Al-Qur'an yang berisi tartil yang berupa doa yang lembut berefek memberikan vibrasi yang kuat kepada perubahan mental dan mengandung kekuatan penyembuhan dapat menghibur perasaan sedih, menenangkan jiwa yang gelisah dan membersihkan serta melunakkan

hati yang keras serta mendatangkan petunjuk. Ketenangan dan kebahagiaan jiwa merupakan hal yang prinsipil dalam kesehatan mental dan manfaat tersebut menjadi landasan dalam psikoterapi (Sangkan, 2004). Membaca Al-Qur'an mempengaruhi proses kimiawi yang terjadi dalam tubuh manusia sehingga dapat berfungsi aktif dan sempurna. Persenyawaan kimia gen yang melibatkan ADN (Asam Deoksiribo Nukleat) dan ARN (Asam Ribo Nukleat) mengatur kode-kode, kemudian diterjemahkan dalam bentuk hormon-hormon dan enzim-enzim. Semuanya dapat dipengaruhi sekaligus menurunkan emosi (temperamental) pada diri manusia secara kimiawi (Cambell D, 2002). Ketika diperdengarkan Muratt al, maka harmonisasi dalam Muratt al yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam serta menggetarkan sel-sel rambut di dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanandan otak kiri. Hal ini akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena Muratt al dapat menjangkau wilayah kiri kortek cerebri (Purna, 2006).

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.1 Hubungan antar konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Salah Satu Anggota Keluarga Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit Hipertensi.