

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. H DENGAN  
HIPERTENSI DI PUSKESMAS RAPPOKALLING  
KOTA MAKASSAR TANGGAL 30 MEI S/D 02 JUNI 2022**



**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada  
Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin**

**EFRATA DURINA BASIK BASIK  
NIM :C017191004**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **EFRATA DURINA BASIK BASIK**  
NIM : C017191004  
INSTITUSI : D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. H Dengan Hipertensi di Puskesmas Rappokalling Kota Makassar Tanggal 30 Mei s/d 2 Juni 2022, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 14 September 2022



**EFRATA DURINA BASIK BASIK**

## PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. H DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS RAPPOKALLING KOTA MAKASSAR TANGGAL 30 MEI S/D 02 JUNI 2022

:

**EFRATA DURINA BASIK BASIK**  
**NIM.C017191004**

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang Program Studi D.III keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Makassar ,Juni 2022

Menyetujui :

**Pembimbing I**



**Framita Rahman , S. Kep.,Ns.,M.,Sc**  
**NIP:199007212019032022**

**Pembimbing II**



**Arnis Puspitha,S.Kep.,Ns.M.Kes**  
**NIP: 198005092009121006**

Mengetahui

**Ketua Program Studi D.III Keperawatan**



**Sumaulid, S. Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 19831219201012200**

## PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. H DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS RAPPOKALLING KOTA MAKASSAR TANGGAL 30 MEI S/D 02 JUNI 2022

Disusun dan Diajukan Oleh :

**EFRATA DURINA BASIK BASIK**  
**NIM. C017191004**

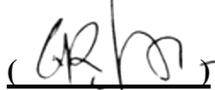
Karya tulis ini telah dipertahankan di depan tim penguji sidang Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin ,Pada :

Hari/Tanggal : 25 Juni 2022

Waktu : 13:00 WITA

Tempat : Ruang 321 Prodi D.III Keperawatan

Tim Penguji :

1. Penguji I : Framita Rahman , S. Kep.,Ns.,M.,Sc (  )
2. Penguji II : ArnisPuspitha,S.Kep.,Ns.M.Kes (  )
3. Penguji III : Andi Masyitha Irwan, S.Kep.Ns.,Man (  )
4. Penguji IV : Syahrul Said ,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D (  )

Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



  
**Nurmaulid, S. Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 198312192010122004**

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

Nama : Efrata Durina Basik Basik  
Tempat, Tanggal Lahir : Pahas , 08 Mei 2000  
Jenis kelamin : Perempuan  
Suku bangsa : Marind  
Agama : Protestan  
Nomor Telepon : 082239534974  
Email : efratabasikbasik@gmail.com  
Alamat : Jl. Pintu II Wisma 2 Unhas

### B. Pendidikan Formal

SD : SD Ypk Ermasu Merauke 2007 s/d 2013  
SLTP : SMP Negeri 2 Agats 2014 s/d 2016  
SLTA : SMA Negeri 1 Agats 2017s/d 2019

## ABSTRAK

**Efrata Durina Basik Basik 2022** ( *Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn.H dengan Hipertensi Di Puskesmas Rappokalling Kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022*) dibimbing oleh ibu Framita Rahman pembimbing (I) dan ibu Arnis Puspitha pembimbing (II)

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Salah satu aspek terpenting dari perawatan Hipertensi untuk mencegah komplikasi dengan penekanan pada unit keluarga. Peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien Hipertensi di rumah. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan asuhan, kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Metode yang dilakukan dalam pengambilan data dengan wawancara dan observasi.

Hasil studi kasus menunjukkan Tn .H mengalami Hipertensi dengan dua masalah keperawatan yaitu defisit pengetahuan dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Kesimpulan yang penulis temukan adalah secara keseluruhan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan. Saran untuk penulis selanjutnya agar meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan komprehensif kepada klien dan keluarga.

Kata kunci : Hipertensi , Defisit Pengetahuan dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini tepat pada waktunya dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. H dengan Hipertensi di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat agar dapat menyelesaikan pendidikan dan mendapatkan gelar ahli keperawatan (Amd.Kep) di Program Studi D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan kerja sama berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof .Dr.Jamaluddin Jompa ,M Sc.,Rektor Unversitas Hasanuddin
2. Dr .Ariyanti Saleh ,S.Kp., M.Si,selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Elisa Kambu, S.Sos,Selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat
4. Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes .,Ph .D,Selaku waKIL Dekan Bidang Akademik ,Riset Dan Inovasi Fakutas Keperawatan
5. Dr. Erfina,S.Kep., Ns.,M.Kep,Selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan ,Keuangan Dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr.Takdir Tahir, S.Kep., Ns.,M.Kes, Selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan , Alumni Dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr .Suni Hariati, S.Kep .,Ns.,M.Kep, Selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan
8. Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
9. Framita Rahman , S. Kep.,Ns.,M.,Sc , Selaku Pembimbing I
10. Arnis Puspitha, S. Kep. Ns. M.Kes ,Selaku Pembimbing II
11. Andi Masyitah Irwan, S, Kep., Ns.,Mn.,PhD ,Selaku Penguji
12. Syahrul Said ,S.Kep., S. .Kep.Ns.M ,Kep.phD ,Selaku Penguji
13. Dr. Djunaidi M Dachlan ,MS Selaku pengelola program studi D. III Keperawatan Fakultas Keperawatan

14. Klien Tn. H dan keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikannya sebagai pasien.
15. Kepada Kedua orang Tua Tercinta Ayah Zadrak Basik Basik ,Roy Yohan Paliama dan Ibu Dolvina Mahuze ,Eva Yuliana Kelpitna Paliama yang menjadi motivasi besar buat saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah serta saudara-saudara saya yang selalu mendoakan saya, dan senantiasa memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik dari segi moril maupun material kepada saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
16. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Prodi D. III Keperawatan angkatan 2019 Universitas Hasanuddin Makassar .

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulisan mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah yang akan datang.

Makassar, 25 juni 2022

Penulis,

Efrata Durina Basik Basik

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
RIWAYAT HIDUP.....	v
ABSTRAK .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metodologi Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
A. Pengertian Dasar Keperawatan Keluarga.....	7
B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi .....	23
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi .....	33
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
A. Pengkajian .....	47
B. Diagnosa Keperawatan Keluarga.....	57
C. Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga .....	58

D. Intervensi Keperawatan Keluarga .....	59
E. Implementasi Keperawatan Keluarga .....	62
F. Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	63
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	64
B. Diagnosa Keperawatan Keluarga .....	65
C. Intervensi .....	65
D. Implementasi .....	66
E. Evaluasi .....	67
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	68
B. Saran .....	70
DAFTAR PUSTAKA .....	71
Lampiran .....	72

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga.....	42
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	43
Tabel 3.1 Komposisi Keluarga.....	47
Table 3.2 Pemeriksaan Fisik Keluarga.....	55
Table 3.3 Analisa Data dan Masalah Keperawatan Keluarga.....	56
Table 3.4 Skoring Masalah Keperawatan Defisit Pengetahuan.....	57
Table 3.5 Skoring Masalah Keperawatan Pemeliharaan Kesehatan.....	58
Table 3.6 Skor diagnose Prioritas.....	58
Table 3.7 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	59
Table 3.8 Implementasi Keperawatan Keluarga.....	62
Table 3.9 Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	63

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Jantung Manusia.....	23
Gambar 3.2 Dena Rumah Keluarga Tn.H.....	52

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran Logbook Konsultasi Pembimbing.....	72
---	----

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 90 pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang ) banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan ,hiperaktivitas susunan saraf simpatis ,sistem renin –angiotensien ,defek dalam eksresi Na dan peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor –faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas ,alkohol ,merokok ,serta polisitemia.(Rita Kartika Sari ,Ph Livana jurnal ilmiah stikes kendal 6 (1) 1;10,2016)

Hipertensi masih merupakan masalah besar di indonesia dengan prevalensi sebesar 25.8% .berdasarkan data dinas kesehatan kabupaten kulon progo pada tahun 2014 hipertensi termasuk dalam 10 besar penyakit dengan jumlah kasus sebanyak 48,929 kasus. Peningkatan kasus ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurangnya pengetahuan,sikap yang dimiliki masyarakat memiliki perilaku yang rendah dalam melakukan pencegahan hipertensi (publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat 2(1),171-176,2018).Liena Sofiana ,Yudha Puratmadja ,Baiq Sandi Kartika Sari,Abdul Haris R Pangulu Ika .

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang sangat berbahaya (silent killer ). Definsi hipertensi sendiri ialah suatu kondisi dimana terjadi kenaikan tekanan darah sistolik mencapai angka di atas sama dengan 140 mmHg dan Diastolik di atas sama dengan 90 mmHg .berdasarkan data world health organization (WHO ), di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi. Di indonesia sendiri, prevalensi hipertensi mencapai 31,7% dan sekitar 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Faktor – faktor yang menyebabkan hipertensi diantaranya faktor genetik, faktor lingkungan seperti obesitas, stres, konsumsi garam berlebih, merokok dan alkohol.

Gangguan fisiologi yang terjadi pada pengaturan aliran darah sehingga menyebabkan hipertensi diantara gangguan pada kardiak output dan resistensi perifer, gangguan pada sistem renin –angiotensin, dan gangguan pada sistem saraf otonom. Terdapat hubungan antara onset dari hipertensi dan komplikasi hipertensi. Selama jangka waktu yang panjang tersebut, serangkaian perubahan terjadi dalam sistem kardiovaskuler termasuk sirkulasi serebral. Perubahan yang terjadi seperti renovasi vaskular, peradangan, stres oksidatif, dan disfungsi barorefleksi berkontribusi dalam patogenesis stroke yang disebabkan oleh hipertensi (Ade Yonata, Arif Satri Putra Pratama, Jurnal Majority 2016).

Hipertensi dengan penyakit penyerta adalah salah satu penyebab kematian nomor satu di dunia . Hal tersebut pasti akan membahayakan jiwa pasien dan menurunkan kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien hipertensi dengan penyakit penyerta gagal jantung dan hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes meliputi di poli jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Pengambilan data dilakukan secara prospektif pada pasien rawat jalan di poli jantung selama periode desember 2015 – januari 2016. Subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi sejumlah 71 orang yang terbagi atas 58 orang (82,36%) pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes melitus . Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner short form 36 (SF 36).

Hasil penelitian menunjukkan untuk 58 orang pasien hipertensi dengan penyakit penyerta gagal ginjal 15 orang (25,86% kualitas hidup baik, dan 43 orang 74,14% kualitas hidup kurang baik, total skor kualitas hidup rata-rata yaitu 46,21 dengan nilai skor tiap dimensi yaitu fungsi fisik 48,71, fungsi emosi 64, 9, fungsi sosial 50,25, kesehatan umum 44,11, keadaan fisik 31,9, keadaan emosi 36,23, dimensi nyeri 36,85, dan fatigue 58,72. Sedangkan untuk 13 orang pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes melitus 9 orang (69,23% kualitas hidup baik 4 orang (30,77%)

kualitas hidup kurang baik, total skor tiap dimensi yaitu fungsi fisik 63,54, fungsi emosi 86,00, fungsi sosia 76,96, kesehatan umum 49,68, keadaan fisik 63,46, keadaan emosi 66,,67, dimensi nyeri 61,92 dan fatigue 70,19.

Berdasarkan hasil penelitian di poli jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura dapat disimpulkan bahwa pasien hipertensi dengan penyakit penyerta gagal jantung mayoritas memiliki gambaran kualitas hidup yang kurang baik dan pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes militus mayoritas memiliki gambaran kualitas hidup baik. (Riza Alfian, Yugo Susanto, Siti Khadizah, Jurnal Pharmascience 4(1)2017. Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanan pada unit keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok, dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan.

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris, dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapatkan dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga (Sulistyo Andarmoyo, 2012).

Menurut Friedman, dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012 salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan akan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga. Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Oleh karena itu peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien Hipertensi di rumah. Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas

penulis tertarik untuk mengangkat kasus Hipertensi dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. H dengan Hipertensi di Puskesmas Rappokalling Kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022 ”

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil pengkajian keperawatan pada kasus keluarga Tn. H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.
- b. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil diagnosa keperawatan pada kasus keluarga Tn. H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.
- c. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil intervensi keperawatan pada kasus keluarga Tn.H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.
- d. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil implementasi keperawatan pada kasus keluarga Tn. H dengan kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.
- e. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus keluarga Tn.H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.

## **C. Manfaat Penulis**

### 1. Institusi puskesmas

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada keperawatan pada keluarga

Tn.H dengan kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling

2. Institusi pendidikan

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada keperawatan pada keluarga Tn. H dengan kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.

**D. Bagi pembaca**

untuk memperoleh pengetahuan yang perawatan pada keluarga Tn.H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar.

**E. Toritis**

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. H dengan Kurangnya pengetahuan di Puskesmas Rappokalling kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 02 Juni 2022.

**F. Metodologi Penelitian**

1. Desain penelitian

Karya tulis penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional deskripsif dengan pendekatan studi kasus

2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di lakasanakan di rumah keluarga Tn. H di puskesmas Rappokalling kota Makassar. Waktu pelaksanaan dimulai pada tanggal 30 mei – 02 juni, dilakukan 3 x 40 menit kunjungan rumah.

3. Sumber data dan teknik pengumpulan data

- a. Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari subyektif penelitian dengan acara wawancara dan observasi langsung terhadap Klien Tn. H dan keluarga klien
- b. Data sekunder yaitu data yang diperoleh secara tidak langsung dengan cara menggunakan literature literatur yang ada kaitannya dengan penyakit Hipertensi.

4. Analisa data
  - a. Wawancara
  - b. Observasi
  - c. Pemeriksaan fisik
  - d. Kepustakaan
  - e. Dokumentasi

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Keperawatan Keluarga**

##### **1. Pengertian Keperawatan Keluarga**

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketegantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012). Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain diwujudkan dengan adanya saling ketegantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua atau lebih orang yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek (Sulistyo Andarmo, 2011).

##### **2. Tipe-tipe Keluarga**

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota keluarga seperti umumnya yaitu kedua orangtua dan anak. Akan tetapi, struktur keluarga ini tidak serta merta terdapat pada pola keluarga modern.

###### **a. Tipe keluarga tradisional**

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini merupakan yang paling umum kita temui dimana saja, terutama di negara-negara Timur yang menjunjung tinggi norma-norma. Adapun tipe keluarga tradisional adalah sebagai berikut:

1) Keluarga inti (Nuclear Family)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu, dan anak-anak.

2) Keluarga besar (Exstented Family)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah lagi dan memiliki anak pula. Seperti pohon yang bercabang, keluarga besar memiliki kehidupannya masing-masing mengikuti rantingnya. Anggota keluarga besar ini, semakin lama akan semakin besar mengikuti perkembangan keluarganya. Anggota keluarga besar misalnya kakek, nenek, paman, tante, keponakan, cucu dan lain sebagainya.

3) Keluarga tanpa anak (Dyad Family)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina hubungan rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dahulu.

4) Keluarga Single Parent

Single parent adalah kondisi seseorang yang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, single parent mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat.

5) Keluarga Single Adult

Rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.

b. Tipe keluarga modern (non tradisonal)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatar belakangi alasan muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga tidak hanya sebatas keluarga inti.

Relasi sosial yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi saling terikat dan terkait. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Berikut ini adalah beberapa tipe keluarga modern.

1) The Unmarriedteeneger Mother

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya, beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

2) Reconstituted Nuclear

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya baik dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

3) The Stepparent Family

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami istri, baik yang memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan the stepparent family.

4) Commune Family

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini berlangsung dalam waktu singkat sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

5) The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family

Tanda ikatan pernikahan ,seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya .namun dalam waktu relatif singkat

seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi tetapi tanpa hubungan perkawinan.

6) Gay and Lesbian Family

Seseorang yang berjenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama dengan pasangannya (marital partners).

7) Cohabiting Couple

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau suatu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakatan untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan keluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

8) Group-Marriage Family

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

9) Group Network Family

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

10) Foster Family

Seorang anak kehilangan orangtuannya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu sehingga ia kembali mengambil anaknya.

11) Institusional

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti.

12) Homeless Family

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

### 3. Struktur Keluarga

Maria H. Bakri, 2017 menjelaskan bahwa struktur dalam keluarga terbagi menjadi empat yaitu :

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam sebuah hubungan, tak hanya bagi keluarga melainkan berbagai macam hubungan. Tanpa ada komunikasi, tidak akan ada hubungan yang dekat dan hangat, atau bahkan tidak akan saling mengenal. Di dalam keluarga, komunikasi yang dibangun akan menentukan kedekatan antara anggota keluarga. Pola komunikasi ini juga bisa menjadi salah satu ukuran kebahagiaan sebuah keluarga. Di dalam keluarga, ada interaksi yang berfungsi dan ada yang tidak berfungsi. Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik :

- 1). Terbuka, jujur, berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga
- 2). Komunikasi berkualitas antara pembicara dan pendengar. Dalam pola komunikasi, hal ini biasa disebut dengan stimulus-respon.

Dengan pola komunikasi yang berfungsi dengan baik ini, penyampai pesan (pembicara) akan mengemukakan pendapat, meminta dan menerima umpan balik. Sementara dari pihak seberang, penerima pesan selalu dalam kondisi siap mendengarkan, memberi umpan balik, dan melakukan validasi.

Sementara bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dengan baik akan menyebabkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga. Karakteristik dari pola komunikasi ini antara lain:

- a. Fokus pembicaraan hanya pada satu orang misalnya kepala keluarga yang menjadi penentu atas segala apa yang terjadi dan dilakukan anggota keluarga
- b. Tidak hanya diskusi di dalam rumah, seluruh anggota keluarga hanya meyetujui

- c. Hilangkannya empati di dalam keluarga karna masing-masing anggota keluarga tidak bisa menyatakan pendapatnya. Akibat dari pola komunikasi dan pola asuh ini akhirnya komunikasi dalam keluarga menjadi tertutup.

1). Struktur peran

Setiap individu dalam masyarakat memiliki perannya masing – masing. Satu sama lain relatif berbeda tergantung pada kapasitasnya. Begitu pula dalam sebuah keluarga. Seorang anak tidak mungkin berperan sama dengan bapak atau ibunya. Struktur peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestik, anak dan lain sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mengerti dan mendukung. Selain peran pokok tersebut, adapula peran informal. Peran ini dijalanka dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga .misalnya seorang suami memperbolehkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal. Begitu pula sebaliknya, suami juga tidak segan mengerjakan peran informalnya dengan membantu istri mengurus rumah.

2). Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang di gunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan. Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi. Kekuatan ini dapat digunakan dengan berbagai cara. Selain itu, ada beberapa faktor yang mendasari terjadinya struktur kekuatan keluarga.

a. Legitimate power ( kekuatan/wewenang yang sah)

Dalam konteks keluarga, kekuatan ini sebenarnya tumbuh dengan sendiri, karn 12 hirarki yang merupakan konstruk

masyarakat kita. Seorang kepala keluarga adalah pemegang kekuatan interaksi dalam keluarga. Ia memiliki hak untuk mengontrol tingkah laku anggota keluarga lainnya, terutama pada anak-anak.

b. Referent power

Dalam masyarakat kita, orangtua adalah panutan utama dalam keluarga terlebih posisi ayah sebagai kepala keluarga. Apa yang dilakukan ayah akan menjadi contoh baik oleh pasangannya maupun anak-anaknya. Misalnya untuk mengajari anak melaksanakan ibadah, tidak perlu dengan kemarahan. Dengan cara orangtua senantiasa beribadah, anak akan mengikuti dengan sendirinya. Anak akan belajar dari apa yang dilihatnya.

c. Reward power

Kekuasaan penghargaan berasal dari adanya harapan bahwa orang yang berpengaruh dan dominan akan melakukan sesuatu yang positif terhadap ketaatan seseorang. Imbalan menjadi hal penting untuk memberikan pengaruh kekuatan dalam keluarga. Hal ini tentu sering terjadi di masyarakat kita, yang menjanjikan hadiah untuk anaknya jika berhasil meraih nilai terbaik dalam sekolah. Dengan hadiah tersebut, anak akan berusaha untuk menjadi anak yang terbaik agar keinginannya terhadap yang dijanjikan orangtua dapat terpenuhi.

Ancaman dan hukuman menjadi pokok dalam membangun kekuatan keluarga. Kekuatan ini sebagai kekuasaan dominasi atau paksaan yang mampu untuk menghukum bila tidak taat. Bagi sebagian orangtua, mereka memilih tidak menggunakan kekuasaan ini, namun bagi sebagian lainnya sangat membutuhkan karena merasa putus asa dalam mendidik anak. Setiap anak memiliki karakter unik yang berbeda-beda, oleh karena itu pola asuh juga tidak bisa disamaratakan. Orangtua memilih pola asuh tentu atas berbagai pertimbangan yang membuat anak menjadi lebih positif

1) Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Dalam suatu kelompok selalu terdapat nilai-nilai yang

dianut bersama, meski tanpa tertulis. Nilai-nilai tersebut akan terus bergulir jika masih anggota kelompok yang melestarikannya. Artinya sebuah nilai akan terus berkembang mengikuti anggotanya. Demikian pula dalam keluarga. Keluarga sebagai kelompok kecil dalam sistem sosial memiliki nilai yang diterapkan dalam tradisi keluarga. Misalnya tradisi makan bersama, yang memiliki nilai positif dalam membangun kebersamaan dan melatih untuk berbagi.

2) Nilai merupakan suatu sistem

Sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri, melainkan juga warisan yang dibawa dari keluarga istri maupun suami. Perpaduan dua nilai yang berbeda inilah yang kemudian melahirkan nilai-nilai baru bagi keluarga.

3) Fungsi keluarga

Keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala atau tidak taat, organisasi keluarga akan terhambat. Hal ini akan berakibat buruk akan tertundanya tujuan yang sudah direncanakan. Misalnya seorang anak yang sedang sekolah, maka ia harus merampungkan sekolahnya tersebut. Namun jika ia tidak taat, mungkin karena sering membolos sekolah menjadikannya tidak naik kelas. Hal ini tentu menghambat tujuan keluarga tersebut yang menjadikan anaknya pandai dalam bidang akademik. Friedman dalam Maria H. Bakri, 2017 mengelompokkan fungsi pokok keluarga dalam 5 poin yaitu:

a). Fungsi afektif keluarga.

Fungsi ini hanya bisa diperoleh dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif yaitu saling mendukung, menghormati, dan saling asuh. Intinya, antara anggota keluarga satu dengan anggota yang lain berhubungan baik secara dekat. Dengan cara inilah. seorang anggota keluarga merasa mendapatkan perhatian, kasih sayang, dihormati, kehangatan dan lain sebagainya. Pengalaman di dalam keluarga ini akan mampu membentuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga.

b). Fungsi sosial keluarga.

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Dalam hal ini, anggota keluarga belajar disiplin, norma-norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dengan anggota keluarganya

c). Fungsi reproduksi keluarga

Sebuah peradaban dimulai dari rumah yaitu dari hubungan suami-istri terkait pola reproduksi. Sehingga adanya fungsi ini ialah untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga

d). Fungsi ekonomi keluarga

Fungsi ekonomi keluarga meliputi keputusan rumah tangga, pengelolaan keuangan, pilihan asuransi, jumlah uang yang digunakan perencanaan pensiun dan tabungan. Kemampuan keluarga untuk memiliki penghasilan yang baik dan mengelola finansialnya dengan bijak merupakan faktor kritis untuk kesejahteraan ekonomi.

e). Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini penting untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Adapun tugas keluarga dibidang kesehatan yaitu:

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Tidak satu pun keluarga yang diperbolehkan menyepelekan masalah keluarga. Zaman yang semakin maju dan berkembang juga

mendukung hadirnya berbagai penyakit yang dulu tidak ditemukan. Untuk itu, keluarga harus semakwaspada, tetapi tidak dalam bentuk mengekang sehingga melarang berbagai hal untuk anggota keluarganya.

2. Kemampuan keluarga memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

1) Mencari pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu peran keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat. Kontak keluarga dengan sistem akan melibatkan lembaga kesehatan profesional ataupun praktisi lokal (dukun/pengobatan alternatif) dan sangat bergantung pada :

2) Sakit apa yang dirasakan?

3) Apakah keluarga tidak mampu menanganinya?

4) Apakah ada kekhawatiran akibat terapi-terapi yang akan dilakukan?

5) Apakah keluarga percaya kepada petugas kesehatan?

3. Kemampuan keluarga melakukan perawatan terhadap keluarga yang sakit

Bagi anggota keluarga yang sakit, biasanya dibebaskan dari peran dan fungsinya secara penuh. Beberapa tanggung jawab ditanggihkan terlebih dahulu atau bahkan diganti oleh anggota keluarga lainnya. Pemberian perawatan secara fisik merupakan beban yang paling berat dirasakan keluarga. Keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga. Terkadang, sebuah keluarga memang memiliki alat-alat atau obat-obatan yang dapat dijadikan pertolongan pertama, namun hal ini jelas terbatas baik alat maupun pengetahuan kesehatan. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dapat dikaitkan dengan pertanyaan berikut:

a) Apakah keluarga aktif dalam merawat pasien?

b) Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien?

4. Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Yang dimaksud di sini adalah bagaimana keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu keluarga perlu mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah. Jika memungkinkan untuk menanam pohon, sebaiknya hal ini dilakukan karena akan membantu sirkulasi udara dan lain sebagainya.

5. Kemampuan keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang sudah disediakan pemerintah. Alasan biaya biasanya menjadi masalah. Akan tetapi belakangan ini, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi.

6. Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Yang dimaksud di sini adalah bagaimana keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu keluarga perlu mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah. Jika memungkinkan untuk menanam pohon, sebaiknya hal ini dilakukan karena akan membantu sirkulasi udara dan lain sebagainya.

7. Kemampuan keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang sudah disediakan pemerintah. Alasan biaya biasanya menjadi masalah. Akan tetapi belakangan ini, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi.

8. Stress dan Koping Keluarga

Stressor jangka pendek dan jangka panjang

- a) Sebutkan stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan stressor jangka panjang (>6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga. Apakah keluarga dapat mengatasi stressor biasa dan ketegangan sehari-hari?
- b) Bagaimana keluarga mengatasi tersebut? jelaskan strategi koping apa yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi masalah-masalah? (koping apa yang dibuat?) Apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara koping terhadap masalah-masalah mereka sekarang? jelaskan

**4. Tahap Perkembangan Keluarga**

1) Tahap 1 : Keluarga pemula

Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim. Tugasnya yaitu:

- c) Membina hubungan intim yang memuaskan
- d) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial
- e) Mendiskusikan rencana memiliki anak

2) Tahap II : Keluarga yang sedang mengasuh anak

Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berumur 30 bulan. Biasanya orang tua bergetar hatinya dengan kelahiran anak pertama mereka, tapi agak takut juga. Kekhawatiran terhadap bayi biasanya berkurang setelah beberapa hari, karena ibu dan bayi tersebut mulai mengenal. Ibu dan ayah tiba-tiba berselisih dengan semua peran-peran mengasyikkan yang telah dipercaya kepada mereka. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru. Tugasnya yaitu :

- a) Mempersiapkan menjadi orang tua
- b) Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan
- c) Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangan

3) Tahap III : Keluarga yang anak usia prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang, dengan posisi suami - ayah, istri - ibu, anak laki-laki - saudara, anak perempuan - saudari. Keluarga menjadi lebih majemuk dan berbeda. Tugasnya yaitu :

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga mis : tempat tinggal, privacy dan rasa aman
- b) Membantu anak untuk bersosialisasi
- c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain (tua) juga harus terpenuhi
- d) Mempertahankan hub yang sehat baik di dalam ataupun luar keluarga
- e) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- f) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- g) Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi tumbuh anak

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini. Tugasnya yaitu :

- a) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah, dan lingkungan lebih luas
- b) Mempertahankan keintiman pasangan
- c) Memenuhi kebutuhan yang meningkat, termasuk biaya kehidupan, dan kesehatan anggota keluarga

5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga brumur 19 atau 20 tahun. Tugasnya yaitu :

- a) Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi
- b) Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga
- c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan org tua
- d) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan (anggota)keluarga untuk memenuhi keb tumbang keluarga

6) Tahap VI : Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah. Tugasnya yaitu :

- a) Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar

- b) Mempertahankan keintiman pasangan
  - c) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
  - d) Penataan kembali peran ortu dan kegiatan rumah
- 7) Tahap VII : Orang tua pertengahan
- Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga, tahap usia pertengahan dari bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir pada saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-8 tahun kemudian. Tugasnya yaitu :
- a) Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan
  - b) Mempertahankan hub yang serasi dan memuaskan dengan anak-anaknya dan sebaya
  - c) Meningkatkan keakraban pasangan
  - d) Tahap VIII : Keluarga dalam usia lanjut

- 8) Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal. Tugasnya yaitu :
- a) Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan pasangannya
  - b) Adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi : kehilangan pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
  - c) Mempertahankan keakraban pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
  - d) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat
  - e) Melakukan life review masa lalu

## **5. Peran Perawat Keluaraga**

Peran dan perawat di keluarga adalah sebagai berikut:

### **a. Pelaksana**

Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan me<sup>21</sup> kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

### **b. Pendidik**

Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

### **c. Konselor**

Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

### **d. Kolaborator**

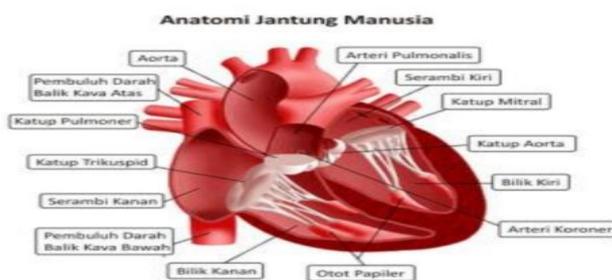
Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga.

## B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

### 1. Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Menurut WHO, Penyakit hipertensi merupakan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar 95 mmHg. Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastolik antara 95-104 mmHg, Hipertensi sedang jika tekanan diastolik antara 105-114 mmHg dan hipertensi berat bila tekanan diastolik 155 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolik karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik. Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi atau istilah kedokteran menjelaskan hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan pada mekanisme pengaturan tekanan darah. (Oktavianus :h.50). Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah kondisi medis dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka lama) penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga bacaan tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai keadaan darah tinggi. Tekanan darah tinggi adalah salah satu resiko untuk stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan merupakan penyebab utama gagal jantung kronis, (Wikipedia Indonesia).

### 2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 1.1. anatomi fisiologi jantung manusia

Sistem peredaran darah manusia terjadi atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ penting yang memompa darah dan memelihara peredaran melalui saluran tubuh. Arteri membawa darah dari jantung, vena membawa darah kembali ke jantung. Kapiler menggabungkan

arteri dan vena terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan . disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstra seluler atau intershil.saluran limfe mengumpulkan ,menggiring dan menyalurkan kembali ke dalam limfena yanf di keluarkan melalui dinaing kapiler halus untuk membersihkan jaringan .saluran limfe ini juga dapat dianggap menjadi bagian sistem peredaran.

Denyut arteri adaalah suatu gelombang yang teraba pada arteri bila darah dipompa keluar jantung .denyut ini mudah diraba di tempat arteri temporalis diatas tulang temporal atau arteri dorsalis pedis di belokan mata kaki .kecepatan denyut jantung dalam keadaan sehat berbeda –beda ,dipengaruhi penghidupan ,pekerjaan ,makanan ,umur,dan emosi .irama dan denyut sesuai dengan siklus jantung jumlah denyut jantung 70 berarti siklus jantung 70 kali per menit.

Tekanan darah sangat penting dalam sirkulasi darah dan selalu diperlukan untuk daya dorong yang mengalirkan darah di dalam arteri , arteriola, kapiler dan sistem vena sehingga darah didalam arteri, arteriola kapiler dan sistem vena sehingga terbentuk aliran darah yang menetap. Jantung bekerja sebagai pemompa darah dapat memindahkan darah dari pembuluh vena ke pembuluh arteri .pada sirkulasi tertutup aktivitas pompa jantung berlangsung dengan cara mengadakan kontraksi dan relaksasi sehingga menimbulkan perubahan tekanan darah dan sirkulasi darah. Pada tekanan darah didalam arteri kenaikan arteri pada puncaknya 120 mmHg tekanana ini disebut tekanan stroke kenaikan ini menyebabkan aorta mengalami distensi sehingga tekanan didalamnya turun sedikit. Pada saat diastole ventrikel,tekanan aorta cenderung menurun sampai dengan 80 mmHg ,tekanan ini dalam pemeriksaan disebut tekanan diastole.kecepatan aliran darah bergantung pada ukuran palug dari pembuluh darah. Darah dalam aorta bergerak cepat ,dalam arteri kecepatan berkurang dan sangat lambat pada kapiler ,faktor lain yang membantu aliran darah ke jantung maupun gerakan otot kerangka mengeluarkan tekanana di atas vena ,gerakan yang dihasilkan pernafasan dengan naik turunnya diafragma yang bekerja sebagai pemompa ,isapan yang dikeluarkan oleh atrium yang

kosong sewaktu diastole menarik darah dari vena dan tekanan darah arterial mendorong maju .perubahan tekanan nadi pengaruh oleh faktor yang mempengaruhi tekanan darah ,misalnya pengaruh usia dan penyakit arteriosklerosis .pada keadaan arteriosklerosis ,elastisitas pembuluh darah kurang bahkan menghilang sama sekali ,sehingga tekanan nadi meningkat Kecepatan aliran darah dibagian tengah dan pada bagian tepi (ferifer)yang dekat dengan permukaan bagian dinding arteri adalah sama ,aliran bersifat sejajar yang konsentris dengan arah yang sama jika dijumpai suatu aliran darah dalam arteri yang mengarah kesegalah jurusan sehingga memberikan gambaran aliran yang tidak lancar. Keadaan dapat terjadi pada darah yang mengalir melalui pembuluh darah yang mengalami sumbatan atau vasokonstriksi.

### **3. Etiologi**

Faktor Resiko Hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik, (faktor resiko yang tidak dapat diubah /dikontrol), kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minum-minuman alkohol, kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minum-minuman alkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, penggunaan strogen(Sutanto, 2010:13).

Ada pun klasifikasi hipertensi terbagi menjadi

1) Berdasarkan penyebab (Endang Triyanto ,2014) di bagi menjadi dua:

a. Hipertensi primer /hipertensi esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktifitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi dalam rentang usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, aldosteronism, gagal ginjal, atau penyakit lain, genetik dan ras merupakan bagain yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer.

a. Hipertensi sekunder /hipertensi non esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya adalah penyakit ginjal. Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial.

2) Berdasarkan Bentuk Hipertensi

Hipertensi diastolik (Diastolic Hypertension), Hipertensi Campuran (sistol dan diastol yang meninggi), hipertensi sistolik (isolated systolic hypertension). Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik, hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan kardiac output atau peningkatan tekanan perifer, namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

a. Usia

Insiden hipertensi makin meningkat dengan bertambahnya usia. ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah didalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. hipertensi pada yang berusia 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri coroner dan kematian premature .

b. Jenis Kelamin

pada umumnya insiden pada pria lebih tinggi dari pada wanita, namun pada usia pertengahan dan usia tua. insiden pada wanita akan meningkat sehingga pada usia diatas 65 tahun.

a. Obesitas

Ketidakseimbangan adalah antara konsumsi kalori dengan kebutuhan yang disimpan bentuk lemak yang menyebabkan jaringan lemak inaktif sehingga beban kerja jantung meningkat. Akibat dari obesitas para penderita cenderung menderita penyakit kardiofaskuler .hipertensi dan diabetes militus .

b. Riwayat Keluarga

Yang menunjang adanya tekanan darah yang meninggi merupakan faktor resiko yang paling kuat bagi seseorang untuk mengidap hipertensi dimasa yang akan datang.

c. Merokok

Departemen of Health and human services (1989) menyatakan bahwa

setiap batang rokok terdapat 4.000 unsur kimia, diantaranya tar, nikotin, gas CO, N<sub>2</sub>, ammonia dan asetal dehidat serta unsur-unsur karsinogen. Nikotin penyebab ketagihan merokok akan merangsang jantung, saraf otak, dan bagian tubuh lainnya bekerja tidak normal (Aktavianus :h.52-53).

#### **4. Patofisiologi**

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula 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 norepinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpati 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 vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi 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.

Mekanisme yang mengontrol kontraksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula di otak, rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatiskegangliasi simpatis. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ginjal. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Oktavianus: h.24).

Jika tekanan darah terus-menerus tinggi maka akan menimbulkan komplikasi pada organ tubuh lainnya. bagian tubuh yang paling sering menjadi sasaran kerusakan antara lain (Sutanto,2010: H.6) :

- a. Otak : Gangguan pada otak biasanya akibat rusaknya pembuluh darah sehingga menyebabkan stroke.
- b. Mata : Gangguan pada mata biasanya menyebabkan kerusakan sel-sel retina sehingga jika sangat parah menimbulkan kebutaan.
- c. Jantung : Gangguan jantung sebagai organ pemompa darah menyebabkan penyakit 28 ig koroner dan gagal jantung.
- d. Ginjal : Menyebabkan ilit ginjal kronik, gagal ginjal terminal

## **5. Manifestasi Klinis**

Hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam karena sering tanpa gejala yang memberi peringatan akan adanya masalah. Kadang-kadang orang menganggap sakit kepala, pusing, atau hidung berdarah sebagai gejala peringatan meningkatnya tekanan darah. Padahal hanya sedikit orang yang mengalami perdarahan di hidung atau pusing jika tekanan darahnya meningkat.

Pada sebagian besar kasus hipertensi tidak menimbulkan gejala apapun, dan bisa saja baru muncul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ lain, seperti ginjal, mata, otak, dan jantung. Gejala seperti sakit kepala, migrain sering ditemukan sebagai gejala klinis hipertensi primer, walaupun tidak jarang yang berlangsung tanpa adanya gejala. Pada survei hipertensi di Indonesia, tercatat berbagai keluhan yang dikaitkan dengan hipertensi, seperti sakit kepala, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur dan rasa berat di tengkuk (Edi Junaedi, H. 8-9).

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum melakukan terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor lain atau mencari penyebab hipertensi, biasanya diperiksa unaralis darah perifer lengkap kemih darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL, dan EKG). Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain seperti klirens kreatinin protein urine 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH dan ekokardiografi (Sutanto,2010: 27).

## **7. Pentalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam tidak lebih dari

6 sendok teh (6 gram/hari), menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, jogging, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stress. Untuk pemilihan serta penggunaan obat-obatan hipertensi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter (Endang Trianto H 11).

Adapun makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh penderita hipertensi adalah:

1. Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa).
2. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biscuit, crackers, keripik dan makanan kering yang asin).
3. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, soft drink).
4. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
5. Susufull cream, mentega, margarine, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
6. Bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
7. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

Di Indonesia terdapat pergeseran pola makan yang mengarah pada makanan cepat saji dan yang diawetkan yang kita ketahui mengandung garam tinggi, lemak jenuh, dan rendah serat mulai menjamur terutama di kota-kota besardi Indonesia.

Dengan mengetahui gejala dan faktor risiko terjadinya hipertensi diharapkan penderita dapat melakukan pencegahan dan penatalaksanaan dengan modifikasi diet/gaya hidup ataupun obat-obatan sehingga komplikasi yang terjadi dapat dihindarkan. Pengobatan Dirujukan untuk menurunkan tekanan darah menjadi normal, pengobatan jantung karena hipertensi, mengurangi morbilitas dan mortalitas terhadap penyakit kardiovascular dan menurunkan faktor resiko terhadap penyakit kardiovascular semaksimal mungkin. Untuk menurunkan tekanan darah, dapat ditujukan 3 faktor fisiologis yaitu: menurunkan isi cairan intravascular dan non darah dengan neolistik menurunkan aktivitas susunan saraf simpatis dan respon kardiovascular terhadap rangsangan tahanan prefer dengan obat vasediator (Sutanto : h.26).

## **8. Komplikasi**

Beberapa komplikasi hipertensi yang bisa terjadi adalah:

### **1. Serangan jantung**

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pengerasan dan penebalan arteri dinding pembuluh darah arteri. Ini disebut dengan aterosklerosis. Aterosklerosis menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, sehingga jantung tidak mendapatkan cukup oksigen. Akibatnya, Anda bisa terkena serangan jantung. Gejala peringatan serangan jantung yang paling umum adalah nyeri dada dan sesak napas.

### **2. Gagal jantung**

Saat tekanan darah tinggi, otot jantung memompa darah lebih keras agar dapat memenuhi kebutuhan darah ke semua bagian tubuh. Hal ini membuat otot jantung lama-lama menebal sehingga jantung kesulitan memompa cukup darah. Konsekuensinya, gagal jantung bisa terjadi. Gejala umum dari gagal jantung adalah sesak napas, kelelahan,

bengkak di pergelangan tangan, kaki, perut dan pembuluh darah di leher.

3. Stroke

Stroke bisa terjadi saat aliran darah kaya oksigen ke sebagian area otak terganggu, misalnya karena ada sumbatan atau ada pembuluh darah yang pecah. Penyumbatan ini terjadi karena adanya aterosklerosis dalam pembuluh darah. Pada orang yang punya hipertensi, stroke mungkin terjadi ketika tekanan darah terlalu tinggi sehingga pembuluh darah di salah satu area otak pecah. Gejala stroke meliputi kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, tangan, kaki, kesulitan berbicara dan kesulitan melihat.

4. Aneurisma

Tekanan darah yang sangat tinggi dapat menyebabkan salah satu bagian pembuluh darah melemah dan menonjol seperti balon, membentuk aneurisma. Aneurisma biasanya tidak menyebabkan tanda atau gejala selama bertahun-tahun. Namun, jika aneurisma terus membesar dan akhirnya pecah ini bisa mengancam nyawa.

5. Masalah ginjal

Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol juga dapat menyebabkan pembuluh darah di ginjal menyempit dan melemah. Hal ini kemudian dapat mengganggu fungsi ginjal dan menyebabkan penyakit ginjal kronis.

6. Masalah mata

Tak hanya bisa memengaruhi pembuluh darah di ginjal, tekanan darah tinggi juga bisa memengaruhi pembuluh darah di mata. Pembuluh darah di mata juga bisa menyempit dan menebal akibat tekanan darah tinggi. Pembuluh darah kemudian bisa pecah dan mengakibatkan kerusakan mata, mulai dari penglihatan kabur sampai kebutaan.

7. Sindrom metabolis

Sindrom metabolik merupakan kumpulan dari kelainan metabolisme dalam tubuh. Salah satu faktor risikonya adalah tekanan darah tinggi.

Tekanan darah tinggi yang dibarengi dengan kondisi kadar gula darah tinggi, kadar kolesterol tinggi (kadar kolesterol baik rendah dan kadar trigliserida tinggi), dan lingkaran pinggang besar didiagnosis sebagai sindrom metabolik.

### **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi**

#### **1. Pengkajian Keperawatan Keluarga**

##### **a. Identifikasi Data**

Pengkajian terhadap data umum keluarga menurut Sulisty Andarmoyo, 2012 meliputi:

##### **1) Nama kepala keluarga (KK)**

Identifikasi siapa nama KK sebagai penanggung jawab penuh terhadap keberlangsungan keluarga.

##### **2) Alamat dan telepon**

Identifikasi alamat dan nomor telepon yang bisa dihubungi sehingga memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

##### **3) Pekerjaan dan pendidikan KK**

Identifikasi pekerjaan dan latar belakang pendidikan Kepala Keluarga dan anggota keluarga yang lainnya sebagai dasar dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.

##### **4) Komposisi keluarga**

Komposisi keluarga menyatakan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka.

##### **5) Genogram**

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga dan genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, dan riwayat, serta sumber-sumber keluarga.

##### **6) Tipe keluarga**

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut

##### **7) Suku bangsa**

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan

8) Agama

Mengkaji agama yang dianut keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

9) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Dalam hal ini pertanyaan yang diajukan adalah status ekonomi:

- a) Berapa jumlah pendapatan per bulan?
- b) Darimana sumber-sumber pendapatan perbulan?
- c) Berapa jumlah pengeluaran perbulan?
- d) Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga?
- e) Bila tidak, bagaimana keluarga mengaturnya?

10) Rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi

b. **Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini
- 2) Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
- 3) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Menjelaskan tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

c. **Riwayat keluarga inti**

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, dijelaskan mulai lahir hingga saat ini yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan, termasuk juga dalam hal ini riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian dan pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, hilang, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga.

d. **Riwayat keluarga sebelumnya/asal**

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri/keluarga asal kedua orang tua seperti apa kehidupan keluarga asalnya, hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari ke dua orang tua)

e. **Data lingkungan**

Data lingkungan meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling sederhana seperti aspek dalam rumah hingga komunitas yang lebih luas dan kompleks di mana keluarga tersebut berada.

1) Karakteristik rumah

Gambar tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, dll).

Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah ini.

Gambarkan kondisi rumah (baik interior maupun eksterior rumah).

Interior rumah meliputi jumlah kamar dan tipe

a) kamar, penggunaan kamar dan bagaimana kamar tersebut diatur.

b) Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat masak. Di kamar mandi, amati sanitasi air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.

c) Kaji pengaturan tidur di dalam rumah.

d) Amati keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah.

e) Kaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah.

- f) Evaluasi pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai.
  - g) Evaluasi ada dan tidak adanya bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah/ lingkungan.
  - h) Evaluasi adekuasi pembuangan sampah.
  - i) Kaji perasaan puas/tidak puas dari anggota keluarga secara keseluruhan dengan pengaturan/penataan rumah. kamar, penggunaan kamar dan bagaimana kamar tersebut diatur.
  - j) Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat masak. Di kamar mandi, amati sanitasi air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.
- 2) Karakteritis tetangga dan komunitas RW
- f. Apa karakteristik-karakteristik fisik dari lingkungan yang paling dekat dan komunitas yang lebih luas?
  - g. Bagaimana mudahnya sekolah-sekolah di lingkungan atau komunitas dapat diakses dan bagaimana kondisinya?
  - h. Fasilitas-fasilitas rekreasi yang dimiliki daerah ini?
  - i. Bagaimana insiden kejahatan di lingkungan dan komunitas?
  - j. Apakah ada masalah keselamatan yang serius?

#### **F. Mobilitas geografis keluarga**

- 1) Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan berpindah tempat.
- 2) Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini?
- 3) Apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal ?  
Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat  
Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga interaksinya dengan masyarakat.
  - a) Siapa di dalam keluarga yang sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan?

- b) Berapa kali atau sejauh mana mereka menggunakan pelayanan dan fasilitas?
- c) Apakah keluarga memanfaatkan lembaga-lembaga yang ada di komunitas untuk kesehatan keluarga?
- d) Bagaimana keluarga memandang komunitasnya?

1. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c. Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik cara formal maupun informal.

d. Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluargayang berhubungan dengan kesehatan

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu 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 bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku

3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit.

## 2. Struktur Keluarga

mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

### a. Fungsi reproduksi

Berapa jumlah anak?, Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak?, Metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anak?

### b. Fungsi perawatan keluarga

Fungsi ini penting untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi

### c. Stres dan coping keluarga

Stresor jangka pendek dan panjang

1) Sebutkan stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan stressor jangka panjang (> 6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga. Apakah keluarga dapat mengatasi stressor biasa dan ketegangan sehari-hari?

2) Bagaimana keluarga mengatasi tersebut? Jelaskan Strategi coping apa yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi masalah-masalah? (coping apa yang dibuat) Apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara coping terhadap masalah-masalah mereka sekarang?

## 3. Pemeriksaan Fisik

### a. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Biasanya pada penderita hipertensi didapatkan berat badan yang diatas normal/obesitas.

b. Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, apakah ada pembesaran pada leher, kondisi mata, hidung, mulut dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Biasanya pada penderita diabetes mellitus ditemui penglihatan yang kabur/ganda serta diplopia dan lensa mata yang keruh, telinga kadang-kadang berdenging, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.

c. Sistem integumen

Biasanya pada penderita diabetes mellitus akan ditemui turgor kulit menurun, kulit menjadi kering dan gatal. Jika ada luka atau maka warna sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah kering. Pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi ganggren.

d. Sistem pernapasan

e. Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Biasanya pada penderita diabetes mellitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

f. Sistem kardiovaskuler

Pada penderita diabetes mellitus biasanya akan ditemui perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi,hipertensi, aritmia,kardiomegalis.

g. Sistem gastrointestinal

Pada penderita diabetes mellitus akan terjadi polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi,perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

1) Sistem perkemihan

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

2) Sistem muskuloskeletal

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.

3) Sistem neurologis

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penurunan sensoris, anastesia, letargi, mengantuk, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

4) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

4) Diagnosis sehat/ *wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi

5) Diagnosis ancaman

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan symptom/sign (S).

6) Diagnosis nyata/ gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah gangguan/masalah kesehatan di keluarga, di dukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit.
  - b) Pengertian.
  - c) Tanda dan gejala.
  - d) Faktor penyebab.
  - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 1) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
    - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
    - b) Masalah dirasa 40 iarga.
    - c) Keluarga menyuaran terhadap masalah yang dialami.
    - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
    - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
    - f) Informasi yang salah.
  - 2) Ketidakampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
    - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit?
    - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
    - c) Sumber-sumber yang ada di dalam keluarga.
    - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
  - 3) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
    - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
    - b) Pentingnya hygiene sanitasi.
    - c) Upaya pencegahan penyakit.
  - 4) Ketidakmapuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
    - a) Keberadaan fasilitas kesehatan.
    - b) Keuntungan yang didapat.
    - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
    - d) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

**1. Analisis Prioritas Masalah Keperawatan**  
**Tabel 2.1 Proiritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga ( Komang Ayu**  
**Henny Achar, 2012)**

<b>No</b>	<b>Kriteria</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skor</b>	
1	Sifat masalah : a. Aktual (3) b. Resiko (2) c. Potensial (1)	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
2	Kemungkinan masalah untuk diubah a. Mudah (1) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat diubah (0)	2	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
3	Potensial masalah untuk di cegah : a. Tinggi (3) b. Cukup(2) c. Rendah (1)	1	Tinggi = 4 Cukup = 2 Rendah = 1	Tinggi = 4 Cukup = 2 Rendah = 1
4	Menonjolnya masalah a. Segera (2) b. Tidak segera (1) c. Tidak diraskan (0)	1	Segera= 2 Tidak segera= 1 Tidak diraskan= 0	Segera= 2 Tidak segera= 1 Tidak diraskan= 0

**2. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan Hiertensi yaitu (SDKI ,EDISI 1):

- a. Defisit pengetahuan
- b. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

### 3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan keluarga

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intevensi
1	Defisit Pengetahuan	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit keluarga Tn. H mampu memahami tentang pengetahuan kesehatan</p> <p>TUM :</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan</li> <li>2. Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit</li> </ol>	<p>Tingkat Pengetahuan meningkat ( L.12111 )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat</li> <li>2) kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</li> <li>3) perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa status gizi ,status alergi, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi</li> <li>2. Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi</li> <li>3. Persiapkan materi dan media seperti jenis –jenis nutrisi ,tablet makanan ,penukar cara mengelolah ,cara menakar makanan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Jelaskan pada pasien dan keluarga alergi makanan ,makanan yang harus di hindari ,kebutuhan jumlah kalori , jenis makanan yang di butuhkan</li> </ol>

		<p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota</p> <p>5. keluarga yang sakit Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>	<p>4) pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>5) persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>6) menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun</p> <p>7) perilaku membaik</p>	<p>pasien</p> <p>6. Anjurkan cara melaksanakan diet sesuai program mis,(makanan tinggi protein ,rendah garam ,dan rendah kalori).</p>
2	Pemelihara Kesehatan Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit keluarga Tn. H mampu memahami tentang Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</p> <p>TUM :</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit tingkat</p>	<p>1. Menunjukkan pemahaman perilaku kesehatan</p> <p>2. Menunjukkan perilaku adaptif</p> <p>3. Kemampuan menjalankan perilaku</p>	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi factor –faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat .</p> <p>3. Sediakan materi dan media</p>

	<p>Pemeliharaan kesehatan meningkat</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan</li> <li>2) Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit</li> <li>3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</li> <li>4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga yang sakit</li> <li>5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</li> </ol>	<p>sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perilaku mencari bantuan</li> <li>5. Menunjukkan minat meningkatkan perilaku sehat</li> <li>6. Memiliki sistem pendukung</li> </ol>	<p>pendidikan kesehatan jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>6. Anjurkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>7. Anjurkan startegi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dans sehat</li> </ol>
--	--	--	--

#### **4. Implementasi Keperawatan Keluarga**

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah di susun sebelumnya. Perawat melakukan tindakan sesuai dengan rencana. Tindakan yang dilakukan bersifat intelektual, teknis, dan interpersonal. Tindakan keperawatan meliputi: observasi tindakan keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan medis yang dilakukan oleh perawat.

#### **5. Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi dibuat sesuai dengan hasil dari perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.