

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA “NY. J” DENGAN
MASALAH UTAMA HIPERTENSI DI PUSKESMAS KASSI-KASSI
KOTA MAKASSAR TANGGAL 02 MEI S/D 03 MEI 2023**



**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Pendidikan Pada Program Studi D.III Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Hasanuddin**

OLEH:

**IMELDA TERSISIA AYORBABA
CO17201013**

PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA “NY. J” DENGAN
MASALAH UTAMA HIPERTENSI DI PUSKESMAS KASSI-KASSI
KOTA MAKASSAR TANGGAL 02 MEI S/D 03 MEI 2023**

Disusun dan diajukan oleh:

**IMELDA TERSISIA AYORBABA
CO17201013**

**Diterima dan di setujui untuk dipertahankan pada ujian siding Program Studi D.III
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin**

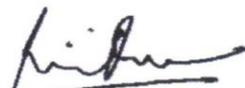
Menyetujui

Pembimbing 1



**Arnis Puspitha R. S.Kep., Ns., M. Kes.
NIP. 19840419201542002**

Pembimbing 2



**Kusrini S. Kadar. S.Kp. Mn
NIP. 1976031120005012003**

Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



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

LEMBARAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA “NY. J” DENGAN
MASALAH UTAMA HIPERTENSI DI PUSKESMAS KASSI-KASSI
KOTA MAKASSAR TANGGAL 02 MEI S/D 03 MEI 2023**

Disusun dan diajukan oleh:

IMELDA TERSISIA AYORBABA
CO17201013

**Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan
Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin**

Makassar Juni 2023

Tim Penguji:

1. Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M. Kes.

NIP. 198404192015042002

2. Kusrini S. Kadar, S.Kp. Mn

NIP. 194603112005012003

3. Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp Kep.J

NIP. 199104162022044001

4. Akbar Haris., S.Kep., Ns., PMNC., MN

NIP. 198012152012121003

.....


.....


.....


.....


Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan

Nurmaulid, S.Kep., NS, M.Kep

NIP. 198312192010122004



HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : Imelda Tersisia Ayorbaba

NIM : C017201013

INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Masalah Utama Hipertensi di Puskesmas kassi-Kassi Kota Makassar, 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, 03 Agustus 2023

Yang Membuat Pernyataan,



IMELDA TERSISIA AYORBABA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Imelda Tersisia Ayorbaba
Tempat/tanggal lahir : Merauke, 25 February 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku Bangsa : WNI
Agama : Kristen
No.Telp : 082199191881
Email : imeldaayorbaba@gmail.com
Alamat : Wisma 2 unhas tamalanrea

B. Riwayat Pendidikan

1. TK ST,BERNADETHA MERAUKE s/d Tahun 2006-2008
2. SD BUDHIMULIA MERAUKE s/d Tahun 2008-2013
3. SMP YPPK ST YOHANES PEMANDI AGATS s/d Tahun 2014-2016
4. SMA NEGRI 1 AGATS s/d Tahun 2017-2020

ABSTRAK

IMELDA TERSISIA AYORBABA *Asuhan Keperawatan pada “Ny.J” Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar* (dibimbing oleh Arnis Puspitha dan Kusri S Kadar)

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia dalam dekade terakhir ini. Berbagai penelitian menunjukkan hipertensi merupakan faktor risiko utama dalam terjadinya stroke, penyakit jantung iskemik, dan gagal ginjal. Terapi hipertensi dapat menurunkan risiko stroke sebesar 40 % dan risiko miokard infark sampai 15 %. Perubahan gaya hidup yang merupakan bagian dari penatalaksanaan hipertensi dapat menurunkan tekanan darah, meningkatkan efektivitas obat antihipertensi, dan menurunkan risiko kardiovaskular. Modifikasi pola asupan makanan sehari-hari merupakan salah satu komponen perubahan gaya hidup yang mempunyai peran paling besar dalam menurunkan tekanan darah. Modifikasi pola asupan makanan dimaksud adalah mengikuti pedoman umum gizi seimbang juga sesuai dengan dietary approach to stop hypertension (DASH), yaitu tinggi sayuran dan buah, bahan makanan tinggi serat, susu rendah lemak, daging, dan kacang-kacangan. Perlu diperhatikan juga asupan energi, jumlah dan jenis protein, serta komponen lemak dan karbohidrat. Selain itu, bahan makanan kaya akan mineral dan vitamin, serta nutrisi spesifik, seperti asam lemak tak jenuh omega-3 mempunyai peran dalam pencegahan dan penatalaksanaan hipertensi. Kata Kunci: dietary approaches to stop hypertension (DASH), hipertensi, modifikasi diet, modifikasi gaya hidup

Kata Kunci: Hipertensi, Defisit Pengetahuan, Manajemen kesehatan tidak efektif

ABSTRACT

IMELDA TERSISIA AYORBABA Nursing Care of “Mrs.J” With Hypertension Main Problem at Kassi-Kassi Community Health Center in Makassar City (supervised by Arnis Puspitha and Kusrini S Kadar)

Hypertension is a public health problem in the world in the last decade. Various studies have shown that hypertension is a major risk factor for stroke, ischemic heart disease, and kidney failure. Hypertension therapy can reduce the risk of stroke by 40% and the risk of myocardial infarction by up to 15%. Lifestyle changes that are part of the management of hypertension can lower blood pressure, increase the effectiveness of antihypertensive drugs, and reduce cardiovascular risk. Modification of daily food intake patterns is one component of lifestyle changes that has the biggest role in lowering blood pressure. The modification of the intended food intake pattern is to follow general guidelines for balanced nutrition as well as in accordance with the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), namely high in vegetables and fruit, high fiber foodstuffs, low fat milk, meat and nuts. You also need to pay attention to energy intake, the amount and type of protein, as well as the components of fat and carbohydrates. In addition, food ingredients rich in minerals and vitamins, as well as specific nutrients, such as omega-3 unsaturated fatty acids have a role in the prevention and management of hypertension. Keywords: dietary approaches to stop hypertension (DASH), hypertension, diet modification, lifestyle modification

Keywords: Hypertension, Knowledge Deficit, Ineffective health management

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kepada TUHAN YANG MAHA ESA yang melimpahkan berkat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA “NY. J” DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI DI PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR” tepat pada waktunya.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis pun menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna dan saya mengharapkan segala bentuk saran serta masukan bahkan kritik yang membangun dari semua pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimah kasih atas penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Jamaludin Jompa, M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin. Bpk. Elisa Kambu, S.Sos, selaku
2. Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat Pemerintahan Kabupaten Asmat yang sudah memfasilitasi dan membiayai kami
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
4. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan Sekaligus Penguji I Yang Banyak Memberikan Masukan Untuk Kesempurnaan Naskah Ini
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 Fakultas Keperawatan
9. Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M. Kes. Selaku Pembimbing I
10. Kusri S. Kadar, S.Kp. Mn Selaku Pembimbing II
11. Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp Kep.J Selaku Penguji I
12. Akbar Haris., S.Kep., Ns., PMNC., MN Selaku Penguji II

13. Orang tua tercinta Bapak Yohanis Ayorbaba dan Ibu Maria Milka Yuliana Swabra yang telah membesarkan dan mendidik saya serta mendukung penulis dari jauh
14. Seluruh keluarga besar Ayorbaba, Swabra
15. Teman-teman Angkatan 2020 yang telah memberikan dorongan dan berbagai bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, 22 Juni 2023

Imelda Tersisia Ayorbaba

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN	
RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
• Latar Belakang.....	2
• Tujuan Penulisan	3
• Manfaat Penulisan	4
• Metode Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit	
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi.....	9
4. Insiden.....	10
5. Patofisiologi	11
6. Manifestasi Klinik.....	12
7. Tes Diagnostik	13
8. Penatalaksanaan Media.....	14
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian Keperawatan.....	15
2. Diagnosa Keperawatan	16
3. Rencana Keperawatan.....	17

4. Tindakan Keperawatan	18
5. Evaluasi Keperawatan.....	19
BAB III TINJAU KASUS	
A. Pengkajian Keperawaataan	20
B. Diagnosa Keperawatan.....	21
C. Rencana Keperawatan	22
D. Tindakan Keperawatan.....	23
E. Evaluasi Keperawatan	24
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian Keperawaataan	25
B. Diagnosa Keperawatan.....	26
C. Rencana Keperawatan	27
D. Tindakan Keperawatan.....	28
E. Evaluasi Keperawatan	29
BAB V PENUTUP	30
A. Kesimpulan	31
B. Penutup.....	32
DAFTAR PUSTAKAN	33
LAMPIRAN-LAMPIRAN	34

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Analisa data Ny.J Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tanggal 02 Mei s/d 03 Mei 2023	35
Tabel 2. Rencana Tindakan Keperawatan Ny.J Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tanggal 02 Mei s/d 03 Mei 2023	36
Tabel 3. Rencana Keperawatan Ny.J Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tanggal 02 Mei s/d 03 Mei 2023	37
Tabel 4. Intervensi keperawatan Ny.J Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tanggal 02 Mei s/d 03 Mei 2023	38
Tabel 5. Implementasi Keperawatan Ny.J Dengan Masalah Utama Hipertensi Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tanggal 02 Mei s/d 03 Mei 2023	39

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Dokumentasi penyuluhan.....	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Media Penyuluhan.....	41
----------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Saat ini, pembangunan bidang kesehatan di Indonesia mempunyai masalah beban ganda dimana selain masih tingginya penyakit infeksi juga disertai dengan penyakit tidak menular yang juga mengalami peningkatan seperti jantung, stroke, kanker, diabetes mellitus (Nasution, 2013).

Hipertensi adalah kelainan sistem sirkulasi darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala penyakit hipertensi adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan (Sutarga, 2017).

Hampir 1 milyar orang diseluruh dunia memiliki tekanan darah tinggi. Hipertensi adalah salah satu penyebab utama kematian dini diseluruh dunia. Di tahun 2020 sekitar 1,56 miliar orang dewasa akan hidup dengan hipertensi. Hipertensi membunuh hampir 8 miliar orang setiap tahun di dunia dan hampir 1,5 juta orang setiap tahunnya di kawasan Asia Timur-Selatan. Sekitar sepertiga dari orang dewasa di Asia Timur-Selatan menderita hipertensi (WHO, 2015).

Di indonesia sendiri hipertensi merupakan kondisi yang sering di temukan pada pelayanan kesehatan dan merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, berdasarkan Riskesdas 2018 prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita Hipertensi

tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan. Alasan penderita hipertensi tidak minum obat antara lain karena penderita hipertensi merasa sehat (59,8%), kunjungan tidak teratur ke fasyankes (31,3%), minum obat tradisional (14,5%), menggunakan terapi lain (12,5%), lupa minum obat (11,5%), tidak mampu beli obat (8,1%), terdapat efek samping obat (4,5%), dan obat hipertensi tidak tersedia di Fasyankes (2%) (Kemenkes.go.id, 2019).

Di Kalimantan Timur jumlah estimasi penderitanya hipertensi berusia perempuan (Profil Kesehatan Tahun 2018, 2019). Dan jumlah penderita hipertensi di Balikpapan sendiri sekitar 48.098 melalui jumlah kasus lama dan kasus baru (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2019).

Menurut data dari puskesmas Margasari sekitar 638 orang yang terkena hipertensi pada tahun 2020, dengan data dari bulan Januari sekitar 187 orang, bulan Februari sekitar 64 orang, bulan Maret 82 orang, bulan April 54 orang, bulan Mei 45 orang, bulan Juni 42 orang, bulan Juli 42 orang, bulan Agustus 40 orang, bulan September 24 orang, bulan Oktober 23 orang, bulan November 9 orang, bulan Desember 26 orang (Data Penyakit Hipertensi di Margasari, 2020)

Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu hipertensi primer atau esensial (90% kasus hipertensi) yang penyebabnya tidak diketahui dan hipertensi sekunder (10%) yang disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung dan gangguan ginjal. Menurut JNC VII Report 2003, diagnosis hipertensi ditegakkan apabila didapatkan tekanan darah sistolik (TDS) ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik (TDD) ≥ 90 mmHg pada dua kali pengukuran dalam waktu yang berbeda (Tarigan, Lubis, & Syarifah, 2018).

Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor. Dengan bertambahnya umur, maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan menyempit dan menjadi kaku. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, pada usia lanjut terjadi peningkatan retensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah reflek baroreseptor pada usia lanjut sensitivitasnya sudah berkurang, dan peran ginjal juga berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun (Nuraini, 2015).

Gambaran klinis pasien hipertensi meliputi nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lainlain (Krisnanda, 2017).

Hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan berbagai komplikasi, bila mengenai jantung kemungkinan dapat terjadi infark miokard, jantung koroner, gagal jantung konghesif, bila mengenai otak dapat terjadi stroke, ensevalopati hipertensif, bila mengenai ginjal dapat terjadi gagal ginjal kronis, dan apabila mengenai mata maka akan terjadi retinopati hipertensif. Dari berbagai komplikasi yang timbul merupakan komplikasi yang serius dan kualitas hidupnya rendah terutama pada stroke, gagal ginjal dan gagal jantung. Hipertensi telah lama diketahui sebagai penyakit yang melibatkan banyak faktor baik faktor internal seperti jenis kelamin, umur, genetik dan faktor eksternal seperti pola makan, kebiasaan olahraga dan lain-lain. Untuk terjadinya hipertensi perlu peran faktor risiko tersebut secara bersama-sama (common underlying risk factor) dengan kata lain satu faktor risiko saja belum cukup menyebabkan timbulnya hipertensi. Oleh karena itu seberapa besar angka prevalensi penyakit ini akan sangat dipengaruhi oleh gambaran faktorfaktor tersebut di suatu populasi masyarakat (Sartik, Tjekyan, & Julkarnain, 2017).

Komplikasi hipertensi menyebabkan sekitar 9,4 kematian di seluruh dunia setiap tahunnya. Hipertensi menyebabkan setidaknya 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit stroke. Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Zaenurrohmah & Rachmayanti, 2017).

Komplikasi hipertensi dapat dicegah melalui edukasi atau pendidikan kesehatan, penerapan pola hidup sehat, dan penggunaan terapi secara farmakologi serta nonfarmakologi (Yanti, Asyrofi, & Arisdiani, 2020).

Penanganan hipertensi bertujuan untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovakuler dan ginjal. fokus utama ginjal, target tekanan darahnya adalah <130/80 mmHg. Pencapaian tekanan darah target secara umum dapat dilakukan dengan dua cara yaitu, non

farmakologis, Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur. Terapi Farmakologi, terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosteron antagonis, beta blocker, calcium channel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Receptor Blocker atau AT1 receptor antagonist/ blocker (ARB) diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid) (Nuraini, 2015). Upaya pencegahan yang dapat dilakukan meliputi perubahan pola makan, pembatasan penggunaan garam hingga 4-6 gr per hari, (makanan yang mengandung soda kue, bumbu penyedap dan pengawet makanan), mengurangi makanan yang mengandung kolesterol tinggi (jeroan, kuning telur, cumi-cumi, kerang, kepiting, coklat, mentega, dan margarin), menghentikan kebiasaan merokok, minum alkohol, olahraga teratur, hindari stress (Nuraini, 2015).

Peran perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut. Adanya informasi yang benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat begitu juga dengan dukungan dari keluarga (Manoppo, Masy, & Silolonga, 2018).

Dukungan dari keluarga merupakan sesuatu yang esensial untuk pasien dalam mengontrol penyakit. Keluarga merupakan dukungan utama bagi pasien hipertensi dalam mempertahankan kesehatan. Keluarga memegang peran penting dalam perawatan maupun pencegahan kesehatan pada anggota keluarga lainnya. Oleh sebab itu, keluarga harus memiliki pengetahuan tentang hal tersebut. Pengetahuan keluarga mengenai penyakit hipertensi merupakan hal yang sangat penting. Pendekatan secara holistik diperlukan dalam penanganan kasus kesehatan individu. Pengaplikasian pengobatan secara holistik mengintegrasikan terapi konvensional dan alternatif untuk mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memberikan promosi kesehatan secara optimal (Efendi & Larasati, 2016)

B. Tujuan Penulisan

1 . Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi kota Makassar

2 . Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran antara data yang terancum dalam teori dan hasil pengkajian keperawatan pada kasus keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam dalam teori dan hasil diangnosa keperawatan pada kasus keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi kota Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil intervensi keperawatan pada kasus keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja puskesmas Tamalandrea jaya kota Makassar.
- d. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil implementasi keperawatan pada kasus keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi kota Makassar.
- e. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus keluarga Ny. B dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi kota Makassar

C. Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka karya tulis ilmiah ini diharapkan mampu memberikan manfaat untuk pihak-pihak terkait antara lain:

a) Intitusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi ilmiah, untuk menambah wawasan bagi mahasiswa Ketika melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah keperawatan hipertensi khususnya mahasiswa keperawatan Universitas Hasanuddin D.III

b) Profesi Keperawatan

Diharapkan mampu meningkatkan kemampuan dalam bidang kepetawatan dan menambah literatur baru yang dapat dijadikan sebagai rujukan penelitian selanjutnya

3. Lahan Praktek

Dapat dijadikan sebagai acuan saat memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan klien hipertensi

4. Masyarakat

Sebagai informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan penatalaksanaan pada klien hipertensi

D. Metode Penulisan

Metode Dan Teknik Penelitian

1. Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

Studi kasus ini di lakukan di Wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi pada tanggal 2-3 Mei 2023

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada studi kasus keluarga Tn.B dengan Hipertensi pada Ny. J di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi tahun 2023 dilakukan dengan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

a. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari literature - literatur yang berhubungan dengan karya tulis ini.

b. Studi Kasus

Menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga yang meliputi pengkajian, analisa data, penerapan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan keperawatan, penerapan rencana tindakan keperawatan dan evaluasi asuhan keperawatan keluarga. Untuk melengkapi data /informasi dalam pengkajian menggunakan beberapa cara antara lain :

c. Observasi

Mengadakan pengamatan langsung pada keluarga dengan cara melakukan pemeriksaan yang berkaitan dengan perkembangan dan keadaan klien.

d. Wawancara

Mengadakan wawancara dengan klien dan keluarga, dengan mengadakan pengamatan langsung

e. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan terhadap anggota keluarga yang sakit melalui :
Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

f. Studi Dokumentasi

Penulis memperoleh data dan medical record hasil pemeriksaan di Puskesmas.

g. Metode Diskusi

Diskusi dengan tenaga kesehatan yang terkait yaitu perawat yang bertugas di ruang perawatan

BAB II

TINJAU PUSTAKA

A. Tinjauan Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana Hiper yang artinya berebihan, dan Tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar & Djafar, 2021).

Seseorang dinyatakan hipertensi apabila seseorang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan ≥ 90 untuk tekanan darah diastolik ketika dilakukan pengulangan (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

2. Penyebab

Ada 2 macam hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2021) yaitu :

- a. Hipertensi esensial adalah hipertensi yang sebagian besar tidak diketahui penyebabnya. Sekitar 10-16% orang dewasa yang mengidap penyakit tekanan darah tinggi ini.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Sekitar 10 % orang yang menderita hipertensi jenis ini. Beberapa penyebab hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2021), diantaranya :
 - 1) Keturunan
Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi.
 - 2) Usia
Sebuah penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darah pun akan meningkat.
 - 3) Garam
Garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang.

4) Kolesterol

Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan pembuluh darah menyempit dan tekanan darah pun akan meningkat.

5) Obesitas/kegemukan

Orang yang memiliki 30% dari berat badan ideal memiliki risiko lebih tinggi mengidap hipertensi.

6) Stress

Stres merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi di mana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu) (Anggriani et al., 2014).

7) Rokok

Merokok dapat memicu terjadinya tekanan darah tinggi, jika merokok dalam keadaan menderita hipertensi maka akan dapat memicu penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.

8) Kafein

Kafein yang terdapat pada kopi, teh, ataupun minuman bersoda dapat meningkatkan tekanan darah.

9) Alkohol

Mengonsumsi alkohol yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah.

10) Kurang olahraga

Kurang berolahraga dan bergerak dapat meningkatkan tekanan darah, jika menderita hipertensi agar tidak melakukan olahraga berat.

3. Klasifikasi

Tabel 1 Klasifikasi Hipertensi menurut (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019)

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
Optimal <120	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal-Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi Derajat 3	>180	>110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	>140	>110

Sumber: 2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines

4. Etiologi

Etiologi hipertensi masih belum jelas. Beberapa faktor diduga memegang peranan dalam genesis hipertensi, faktor psikis, system syaraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium dan air. Hipertensi tidak disebabkan oleh suatu faktor, tetapi sejumlah faktor turut memegang peranan dan saling berkaitan dalam genesis hipertensi.

Tekanan emosi akan meningkatkan aktivasi saraf otonom dan menyebabkan kenaikan tekanan darah akibat vasokonstriksi arteriol post glomerulus. Vasokonstriksi dari pembuluh darah ginjal arteriol post glomerulus menimbulkan retensi sodium dengan akibat kenaikan volume plasma (VP) dan volume cairan ekstraseluler (VCES) dan kenaikan tekanan pengisian atrium, akhirnya volume sekuncup meningkat. Kenaikan volume sekuncup menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah tepi (tahanan perifer) dan kemudian menyebabkan

Kenaikan tekanan darah. Proses ini akan berlangsung terus walaupun tekanan emosi telah hilang. Menurut beberapa peneliti, tekanan emosi dapat mempertahankan kenaikan tekanan darah terutama pada pasien- pasien yang peka.

Pada stadium menetap telah terdapat perubahan-perubahan struktur dinding pembuluh darah yang tidak reversibel, berupa hiperplasia, hialinisasi dan fibronoid (misalnya pada arteriol post glomerulus). Perubahan-perubahan dinding ini menyebabkan penyempitan lumen, diikuti dengan kenaikan friksi dan vaskulatur renal resistan yang persisten. Pada stadium menetap menjadi tipe renal karena telah terdapat perubahan-perubahan pada pembuluh darah ginjal. Tekanan darah dipertahankan tinggi akibat kenaikan TPR walaupun volume sekuncup dan volume cairan telah normal kembali (Syamsudin,2011).

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala Hipertensi Menurut (Salma, 2020), yaitu :

- a. Sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur)
- b. Bising (bunyi “nging”) di telinga
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Pengelihatan kabur
- e. Mimisan
- f. Tidak ada perbedaan tekanan darah walaupun berubah posisi.

6. Dampak

Hipertensi yang tidak teratasi, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya menurut (Septi Fandinata, 2020):

- a. Payah jantung Kondisi jantung yang tidak lagi mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan pada otot jantung atau sistem listrik jantung.
- b. Stroke Tekanan darah yang terlalu tinggi bisa mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah otak maka akan terjadi pendarahan pada otak dan mengakibatkan kematian. Stroke bisa juga terjadi karena sumbatan dari gumpalan darah di pembuluh darah yang menyempit.
- c. Kerusakan ginjal Menyempit dan menebalnya aliran darah menuju ginjal akibat hipertensi dapat mengganggu fungsi ginjal untuk menyaring cairan menjadi lebih sedikit sehingga membuang kotoran kembali ke darah.

- d. Kerusakan pengelihatannya Pecahnya pembuluh darah pada pembuluh darah di mata karena hipertensi dapat mengakibatkan pengelihatannya menjadi kabur, selain itu kerusakan yang terjadi pada organ lain dapat menyebabkan kerusakan pada pandangan yang menjadi kabur. Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ atau karena efek tidak langsung. Dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian penderita akibat komplikasi hipertensi yang dimilikinya.

7. Pencegahan Hipertensi

Pencegahan hipertensi yang dapat dilakukan menurut (Ernawati, 2020) yaitu :

- a. Mengurangi asupan garam (kurang dari 5 gram setiap hari)
- b. Makan lebih banyak buah dan sayuran
- c. Aktifitas fisik secara teratur
- d. Menghindari penggunaan rokok
- e. Membatasi asupan makanan tinggi lemak jenuh
- f. Menghilangkan/mengurangi lemak trans dalam makanan

8. Pemeriksaan Fisik Menurut (Unger et al., 2020)

Pemeriksaan fisik yang menyeluruh dapat membantu memastikan diagnosis hipertensi dan harus mencakup :

- a. Sirkulasi dan jantung: Denyut nadi / ritme / karakter, denyut / tekanan vena jugularis, denyut apeks, bunyi jantung ekstra, ronki basal, edema perifer, bising (karotis, abdominal, femoralis), keterlambatan radio-femoralis.
- b. Organ / sistem lain: Ginjal membesar, lingkaran leher > 40 cm (obstructive sleep apnea), pembesaran tiroid, peningkatan indeks massa tubuh (BMI) / lingkaran pinggang, timbunan lemak dan striae berwarna (penyakit / sindrom Cushing).

9. Penatalaksanaan Menurut (Righo, 2014)

Penatalaksanaan hipertensi ada 2 yaitu farmakologi dan non farmakologi.

a. Farmakologi (Obat-obatan) Hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu :

- Mempunyai efektivitas yang tinggi.
- Mempunyai toksitas dan efek samping ringan atau minimal.
- Memungkinkan penggunaan obat secara oral.
- Tidak menimbulkan intoleransi.
- Harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh klien.
- Memungkin penggunaan jangka panjang.

Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretik, golongan batabloker, golongan antagonis, kalsium, serta golongan penghambat konverensi rennin angiotensi.

b. Non Farmakologi

- Diet Pembatasan atau kurangi konsumsi garam. Penurunan berat
- badan dapat membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan penurunan kadar adosteron dalam plasma.
- Aktivitas Ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, seperti berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang.
- Istirahat yang cukup Istirahat dengan cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.
- Kurangi stress Mengurangi stress dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.

B. Konsep Dasar Status Gizi

1. Definisi

Status Gizi Status gizi yaitu keadaan tubuh sebagai akibat mengonsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan menjadi beberapa kategori seperti gizi lebih, gizi baik, dan gizi kurang. Status gizi dapat dipengaruhi oleh 2 hal yaitu konsumsi makanan dan keadaan kesehatan tubuh atau infeksi (Mardalena, 2016).

2. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Secara umum terdapat 2 faktor ekologi yang mempengaruhi status gizi menurut (Thamaria, 2017), yaitu :

a. Faktor lingkungan

- 1) Infeksi Jika status gizi kurang maka akan mudah terkena infeksi, karena tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup. Apabila mengalami infeksi seseorang akan mengalami susah makan karena tidak nafsu makan sehingga akan timbul masalah status gizi kurang.
- 2) Pengaruh budaya Budaya menciptakan suatu kebiasaan seperti kebiasaan makan individu ataupun masyarakat sehingga sangat mempengaruhi status gizi seseorang.
- 3) Keadaan sosial ekonomi Keadaan sosial ekonomi keluarga akan mempengaruhi status gizi anggota keluarga dimana, jika keadaan ekonomi baik ibu dapat menyiapkan makanan yang mengandung cukup gizi, namun jika keadaan ekonomi kurang maka akan ada keterbatasan untuk membeli bahan makanan, oleh karena itu keadaan ekonomi keluarga sangat mempengaruhi status gizi.
- 4) Produksi pangan Produksi pangan akan baik jika lahan, pemupukan, system pengairan yang baik akan memengaruhi hasil produksi.

b. Data vital statistik

Data vital statistik dapat digunakan untuk menilai status gizi pada suatu kelompok penduduk wilayah tertentu. Angka statistik suatu wilayah tertentu memiliki hubungan dengan status gizi masyarakatnya. Data vital statistik yang berhubungan dengan keadaan gizi dan kesehatan,

antara lain adalah angka kesakitan, angka kematian, pelayanan kesehatan dan penyakit infeksi.

3. Kebutuhan Gizi Dewasa

Kebutuhan kalori akan mulai berkurang pada usia 25 tahun, tergantung pada aktivitas fisik, jenis kelamin, dan massa tubuh. Zat besi sangat dibutuhkan pada usia subur selama masa reproduksi, untuk menggantikan kehilangan zat besi selama menstruasi, kehamilan, kelahiran dan menyusui. Kalsium berperan penting untuk pertulangan, kalsium dibutuhkan karena kehilangan kalsium dalam massa tulang berkurang pada masa usia lanjut. Kebiasaan minum susu atau makan bahan makanan sumber kalsium cukup dianjurkan pada usia dewasa (Mardalena, 2016).

Pengaturan makanan yang baik yaitu dengan makan makanan rendah lemak, makan rendah kolesterol, makan lebih banyak serat (seperti: buah, sayur, dan kacang-kacangan), makan yang banyak karbohidrat kompleks (seperti: biji-bijian, kacang-kacangan, dan sayuran), hindari mengonsumsi alkohol, selalu membaca label makanan, dan mengurangi konsumsi gula (Mardalena, 2016).

4. Masalah status gizi

Masalah gizi pada usia dewasa menurut (Mardalena, 2016) meliputi : Kurang Energi Protein (KEP), Anemia pada wanita dan masalah Gizi lebih/Obesitas. Gizi lebih dapat disebabkan oleh adanya kecenderungan masyarakat untuk memilih makanan yang tinggi kalori dan lemak tetapi rendah serat, karena meningkatnya status ekonomi, faktor gaya hidup yang kurang bergerak /aktivitas juga dapat menyebabkan penimbunan lemak tubuh yang mengarah pada kegemukan.

5. Penilaian Status Gizi

Penentuan status gizi pada orang dewasa dengan cara : IMT (Indeks Massa Tubuh) IMT (Indeks Massa Tubuh) merupakan cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa berumur > 18 tahun, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan indeks massa tubuh dapat menggambarkan hubungan antara berat badan dan tinggi badan seseorang. Dengan IMT dapat diketahui berta badan seseorang termasuk pada kategori

normal, kurus, atau gemuk (Mirza Hapsari, 2020). Pengukuran indeks massa tubuh orang dewasa menggunakan timbangan berta badan dan pengukur tinggi badan.

Rumus untuk menghitung IMT yaitu dengan :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

$$\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}$$

Tabel.2 Kategori ambang batas IMT untuk Indonesia

Kategori	Keterangan	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	
Normal	Berat badan sesuai	18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan (Overweight)	25,1-27,0
	Kelebihan bderat badan tingkat berat (Obesitas)	

a. Definisi

Unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga, dan beberapa orang yang tinggalserumah (Friedman, 2008).

1) Kurus

Kekurangan berat badan tingkat berat Kekurangan berat badan tingkat ringan < 17,0
17,0-18,4

2) Gemuk

Kelebihan berat badan tingkat ringan (Overweight) Kelebihan berat badan tingkat berat (Obesitas) 25,1-27,0 >27,0

Keluarga yaitu tempat dimana sebagian orang yang masih mempunyai ikatan darah dan bersama. Keluarga juga disebut sebagai sekumpulan beberapa orang yang tinggal seruma yang terdiri dari

ayah, ibu, dan anak-anak yang belum menikah. Sebagai unit pergaulan terkecil yang hidup dalam masyarakat, keluarga batih mempunyai peranan-peranan tertentu. (Mubarak, 2007).

Keluarga adalah beberapa orang yang berkumpul yang tinggal serumah karena adanya hubungan darah, perkawinan, dan juga adopsi. Yang dimana saling berinteraksi satu sama lain dan saling bantu membantu. (Bailon dan Maglaya, 1989 dalam Mubarak 2002).

b. Struktur keluarga

Menurut Muhlisin (2012), struktur keluarga terdiri atas:

1) Pola dan proses komunikasi

Fungsi dari pola interaksi keluarga adalah bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berpikiran positif dan tidak mengulang-ulang isi dan pendapat sendiri.

2) Karakteristik komunikasi keluarga

Terdiri dari karakteristik pengirim dan penerima yang berfungsi untuk :

- a. Karakteristik penerima : siap mendengarkan, memberi umpan balik, melakukan validasi
- b. Karakteristik pengirim : apa yang disampaikan jelas dan berkualitas, selalu meminta dan menerima umpan balik dan yakin dalam mengemukakan sesuatu atau pendapat.

3) Struktur peran

Peran adalah beberapa rangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan yang diinginkan, terkadang peran ini tidak bisa dijalankan oleh masing-masing individu dengan baik.

4) Struktur kekuatan

Merupakan salah satu kemampuan yang berpotensi dan aktual dari individu itu sendiri untuk merubah perilaku yang lebih baik lagi.

5) Nilai-nilai keluarga

Nilai adalah suatu keadaan dimana system, sikap dan kepercayaan yang sadar atau tidak. Norma adalah suatu pola perilaku yang baik menurut masyarakat dan juga keluarga.

c. Tipe dan bentuk keluarga

Menurut Setiadi (2008) Tipe atau bentuk keluarga terdiri dari sebagai berikut :

- a) Nuclear Family (Keluarga inti)
Terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Keluarga yang dibentuk berdasarkan suatu perkawinan.
- b) Extended Family (Keluarga besar)
Keluarga inti yang ditambahkan dengan keluarga yang berada diluar rumah seperti, kakek, nenek, sepupu dan sebagainya. (guy/lesbian families).
- c) Keluarga Campuran (Blended Family)
Keluarga inti yang di tambah dengan keluarga tiri.
- d) Keluarga menurut hukum umum (Common Law Family)
Anak-anak yang tinggal bersama.
- e) Keluarga orang tua tunggal
Dimana keluarga yang tidak lengkap karena tidak adanya kepala keluarga seperti pasangan yang sudah bercerai secara hidup atau pun yang sudah berpisah berdasarkan maut atau kematian.
- f) Keluarga Hidup Bersama (Commune Family)
Dimana keluarga ini memiliki tujuan dan kepercayaan yang sama.
- g) Keluarga Serial (Serial Family)
Dalam keluarga ini yang dimana terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah dan memilki anak tetap bercerai dan memilih keluarga baru masing-masing.
- h) Keluarga Gabungan (Composite Family)
Keluarga yang terdiri dari poligami atau poliandri yang dimana memiliki pasangan lebih dari satu.
- i) Hidup bersama dan tinggal bersama (Cohabitation Family) Keluarga yang terdiri dari laki-laki dan perempuan yang hidup bersama tidak ada ikatan perkawinan yang sah.

d. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2002), sebagai berikut:

- a. Fungsi Afektif (The affective function)
Dimana fungsi ini adalah yang utama dalam mengajarkan segala hal berfungsi untuk perkembangan individu dan psikososial.
- b. Fungsi Sosialisasi dan penempatan sosial (socialisation and socialplacement fungtion) Fungsi pengembangan dapat meatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah dan untuk berinteraksi dengan orang lain.
- c. Fungsi Reproduksi (reproductive function) Untuk mempertahankan kelangsungankeluarga.
- d. Fungsi Ekonomi (the economic function)
Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga dalam perekonomian danmeningkatkan penghasilan daam keluarga.
- e. Fungsi Perawatan atau pemeliharaan kesehatan (the healty care function)
Untuk mempertahankan kesehatan keluarga.

e. Hubungan dalam keluarga

Hubungan keluarga adalah suatu hubungan dalam keluarga yang terbuat dari masyarakat. Ada tiga jenis hubungan keluarga yang dikemukakan oleh Robert R. Bel l (Ihromi, 2004), yaitu :

1. Kerabat dekat (conventional kin)
Teman dekat adalah terdiri atas seorang yang terjalin dalam keluarga dengan cara hubungan darah, seperti suami istri,orang tua-anak, adopsi dan atau perkawinan, dan antar-saudara (siblings)
2. Kerabat jauh (discretionary kin)
Kerabat jauh masih saling memiliki hubungan darah tetapi ikatan keluarganya lebih lemah dari ikatan keluarga terdekat. Biasanya mereka terdiri atas paman dan bibi, keponakan dan sepupu.
3. Orang yang dianggap kerabat (fictive kin)
Orang yang dianggap kerabat adalah seseorang dianggap bagian kerabat sebab memiliki hubungan yang spesial, contoh hubungan antar kawan dekat.

C. Konsep Peran Keluarga

a. Definisi

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari masyarakat sesuai kedudukannya di masyarakat. Peran yaitu ciri dari perilaku yang diimpikan dari seseorang pada kondisi sosial tertentu. Peran dipengaruhi oleh kondisi sosial baik dari dalam atau dari luar dan bersifat labil (Mubarok, 2006).

Peran adalah serangkaian sifat yang diimpikan oleh orang lain pada individu sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Pada akhirnya dapat disimpulkan bahwa peran orang tua adalah perilaku yang diharapkan oleh anggota keluarga terhadap orang tua sesuai dengan kedudukannya dalam keluarga (Kozier, 2005).

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu. Posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial setiap individu menempati posisi ganda, seperti orang dewasa, pria, suami, petani, dan lain sebagainya (Friedman, 2008).

Peran keluarga adalah suatu kumpulan dari perilaku yang secara relatif bersifat homogen, dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Masing-masing posisi yang ditempati seseorang dalam sebuah keluarga memiliki peran yang berbeda-beda. Keluarga diharapkan dapat melakukan perannya masing-masing dengan benar sesuai posisi yang disandangnya (Friedman, 2003).

b. Peran formal

Di dalam keluarga yang terdiri dari bermacam peranan adalah sebagai berikut :

1. Peranan Ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

2. Peran Anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

c. Peran informal

Peran- peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan- kebutuhan emosional individu dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. misalnya: pendorong, penguat, pendamai, pengharmonis. Keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggota keluarga. Menurut Friedman (2008), membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Orang tua perlu mengenal masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang di alami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang di alami keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan yang terjadi dan seberapa besar perubahan tersebut.

2. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Sering kali keluarga mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah lebih parah tidak terjadi.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya

d. Tugas dan perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi; perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggota keluarga disepanjang waktu. Perubahan ini terjadi melalui beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapan mempunyai tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses. Perawat perlu memahami setiap tahapan perkembangan keluarga serta tugas tugas perkemabangannya. Hal ini penting mengingat tugas perawat dalam mendeteksi adanya masalah keperawatan yang dilakukan terkait erat dengan sifat masalah yaitu potensial atau aktual.

Tahap perkembangan dibagi menurut kurun waktu tertentu yang dianggap stabil. Menurut Rodgers cit Friedman (1998), meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluargamengikutipolayangsama.Tahapperkembangan keluarga menurut Duvall dan Milller(Friedman,1998)

1. Pasangan Baru

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing- masing. Meninggalkan keluarga bisa berarti psikologis karena kenyataannya banyak keluarga baru yang masih tinggal dengan orang tuanya. Dua orang yang membentuk keluarga baru membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi. Masing- masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya makan, tidur, bangun pagi dan sebagainya.

Tugas perkembangan :

- a. Membina hubungan intim dan memuaskan.
- b. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- c. Mendiskusikan rencana memiliki anak.

Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga :

keluarga suami, keluarga istri dan keluarga sendiri.

2. Keluarga “child bearing” kelahiran anak pertama

Dimulai sejak hamil sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berumur 30 bulan atau 2,5 tahun.

Tugas perkembangan keluarga yang penting pada tahap ini adalah:

- a. Persiapan menjadi orang tua
- b. Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan.
- c. Mempertahankan hubungan yang memuaskan peran, dengan pasangan.

Peran utama perawat adalah mengkaji peran orang tua; bagaimana

tuan berinteraksi dan merawat bayi. Perawat perlu memfasilitasi hubungan orang tua dan bayi yang positif dan hangat sehingga jalinan kasih sayang antara bayi dan orang tua dapat tercapai.

3. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berumur 2,5 tahun dan

berakhir saat anak berusia 5 tahun.

Tugas perkembangan

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman
- b) Membantu anak untuk bersosialisasi
- c) Beradaptasi dengan anaknya baru lahir sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam keluarga mampu dengan masyarakat
- e) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- f) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- g) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang

4. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah) dan

berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga.

a. Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.

b. Mempertahankan keintiman pasangan.

c. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat,

termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Pada tahap ini anak perlu berpisah dengan orang tua, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah.

5. Keluarga dengan anak remaja

Dimulai saat anak berumur 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun

kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang dewasa.

Tugas perkembangan :

a. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.

b. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.

c. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua.

Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.

d. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang

keluarga. Merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja.

6. Keluarga dengan anak dewasa

Dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir

pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Laman ya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.

Tugas perkembangan

- a. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- b. Mempertahankan keintiman pasangan.
- c. Membantu orang tua memasuki masa tua
- d. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
- e. Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga

7. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dianggap sulit karena masa usia lanjut, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Tugas perkembangan

- a. Mempertahankan kesehatan. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
- b. Meningkatkan keakraban pasangan.
- c. Fokus mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya

8. Keluarga usia lanjut

Dimulai saat pensiun sampai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal.

Tugas perkembangan :

- a. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- b. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- c. Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
- d. Mempertahankan hubungan dengan anak dan social masyarakat.
- e. Melakukan life review.
- f. Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

D. Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.

Proses keperawatan juga merupakan pendekatan yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga kebutuhan dasar klien dapat terpenuhi. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, menetapkan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah sekumpulan tindakan yang digunakan perawat untuk mengukur keadaan klien/ keluarga dengan menggunakan standar norma kesehatan pribadi maupun social serta integritas dan kesanggupan untuk mengatasi masalah (Ali, 2010).

1. Pengkajian Keluarga Model Friedman

Asumsi yang mendasari adalah keluarga sebagai sistem sosial, merupakan kelompok kecil dari masyarakat. Friedman memberikan batasan 6 katagori dalam memberikan pertanyaan-pertanyaan saat melakukan pengkajian :

- a. Data pengenalan keluarga
- b. Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga
- c. Data lingkungan
- d. Struktur keluarga
- e. Fungsi keluarga
- f. Koping keluarga.

Setiap kategori terdiri dari banyak sub kategori, perawat yang mengkaji keluarga harus mampu memutuskan kategori mana yang relevan dengan kasus yang dihadapi sehingga dapat digali lebih dalam pada saat kunjungan, dengan demikian masalah dalam keluarga dapat mudah diidentifikasi. Tidak semua dari kategori harus di kaji tetapi tergantung pada tujuan, masalah dan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.

Berikut adalah uraian dari pengkajian keluarga model Friedman:

a. Identifikasi Data Keluarga

Informasi identifikasi tentang anggota keluarga sangat diperlukan untuk mengetahui hubungan masing-masing anggota keluarga dan sebagai upaya untuk lebih mengenal masing-masing anggota keluarga. Data yang diperlukan meliputi :

- a. Nama keluarga
- b. Alamat dan Nomor telepon
- c. Komposisi Keluarga

Komposisi keluarga menyatakan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Friedman dalam bukunya mengatakan bahwa komposisi tidak hanya terdiri dari penghuni rumah, tetapi juga keluarga besar lainnya atau keluarga fiktif yang menjadi bagian dari keluarga tersebut tetapi tidak tinggal dalam rumah tangga yang sama. Pada komposisi keluarga, pencatatan dimulai dari anggota keluarga yang sudah dewasa kemudian diikuti anak sesuai dengan urutan usia dari yang tertua, bila terdapat orang lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut dimasukkan dalam bagian akhir dari komposisi keluarga.

d. Tipe Bentuk Keluarga

Tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu rumah. Tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram dalam keluarga.

e. Latar Belakang Budaya Keluarga

Latar belakang kultur keluarga merupakan hal yang penting untuk memahami perilaku sistem nilai dan fungsi keluarga, karena budaya mempengaruhi dan membatasi tindakan- tindakan individual maupun keluarga. Perbedaan budaya menjadikan akar miskinnya komunikasi antar individu dalam keluarga. Dalam konseling keluarga kebudayaan merupakan hal yang sangat penting.

Pengkajian terhadap kultur / kebudayaan keluarga meliputi :

- a) Identitas suku bangsa
- b) Jaringan sosial keluarga (kelompok etnis yang sama)
- c) empat tinggal keluarga (bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnis bersifat homogen)
- d) Kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi dan Pendidikan
- e) Bahasa yang digunakan sehari-hari
- f) Kebiasaan diet dan berpakaian
- g) Dekorasi rumah tangga (tanda-tanda pengaruh budaya)
- h) Porsi komunitas yang lazim bagi keluarga-komplek teritorial keluarga (Apakah porsi tersebut semata-mata ada dalam komunitas etnis)
- i) Penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi. Bagaimana keluarga terlibat dalam praktik pelayanan kesehatan tradisional atau memiliki kepercayaan tradisional yang berhubungan dengan kesehatan.
- j) Negara asal dan berapa lama keluarga tinggal di suatu wilayah.
- k) Identifikasi Religius

Pengkajian meliputi perbedaan keyakinan dalam keluarga, seberapa aktif keluarga dalam melakukan ibadah keagamaan, kepercayaan dan nilai-nilai agama yang menjadi fokus dalam kehidupan keluarga.

1) Status Kelas Sosial (Berdasarkan Pekerjaan, Pendidikan dan Pendapatan)

Kelas sosial keluarga merupakan pembentuk utama dari gaya hidup keluarga. Perbedaan kelas sosial dipengaruhi oleh gaya hidup keluarga, karakteristik struktural dan fungsional, asosiasi dengan lingkungan eksternal rumah.

Dengan mengidentifikasi kelas sosial keluarga, perawat dapat mengantisipasi sumber-sumber dalam keluarga dan sejumlah stresornya secara baik. Bahkan fungsi dan struktur keluarga dapat lebih dipahami dengan melihat latar belakang kelas sosial keluarga. Hal-hal yang perlu dikaji dalam status sosial ekonomi dan mobilitas keluarga adalah :

➤ Status kelas Sosial

Status kelas sosial keluarga ditentukan berdasarkan tingkat pendapatan keluarga dan sumber pendapatan keluarga, pekerjaan dan pendidikan keluarga. Friedman membagi kelas sosial menjadi enam bagian yaitu kelas atas-atas, kelas atas bawah, kelas menengah atas, kelas menengah bawah, kelas pekerja dan kelas bawah.

➤ Status Ekonomi

Status ekonomi ditentukan oleh jumlah penghasilan yang diperoleh keluarga. Perlu juga diketahui siapa yang menjadi pencari nafkah dalam keluarga, dana tambahan ataupun bantuan yang diterima oleh keluarga, bagaimana keluarga mengaturnya secara finansial. Selain itu juga perawat perlu mengetahui sejauhmana pendapatan tersebut memadai serta sumber-sumber apa yang dimiliki oleh keluarga terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan seperti asuransi kesehatan dan lain-lain.

➤ Mobilitas Kelas Sosial

Menggambarkan perubahan yang terjadi sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan kelas sosial, serta bagaimana keluarga menyesuaikan diri terhadap perubahan tersebut.

➤ Aktifitas rekreasi keluarga

Kegiatan-kegiatan rekreasi keluarga yang dilakukan pada waktu luang. Menggali perasaan anggota keluarga tentang aktifitas rekreasi pada waktu luang. Bentuk rekreasi tidak harus mengunjungi tempat wisata, tetapi bagaimana keluarga memanfaatkan waktu luang untuk melakukan kegiatan bersama (nonton TV, mendengarkan radio, berkebun bersama keluarga , bersepeda bersama keluarga dll)

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Yang perlu dikaji pada tahap perkembangan adalah :

- Tahap perkembangan keluarga saat ini
- Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Menjelaskan tentang tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
- Riwayat keluarga Inti
Riwayat keluarga mulai lahir hingga saat ini, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing- masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan serta riwayat perkembangan dan kejadian- kejadian atau pengalaman penting yang berhubungan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan)
- Riwayat keluarga sebelumnya
Menjelaskan mengenai riwayat asal kedua orang tua (riwayat kesehatan, seperti apa keluarga asalnya, hubungan masa silam dengan kedua orang tua)

c. Data Lingkungan Keluarga

Meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling kecil seperti aspek dalam rumah sampai komunitas yang lebih luas dimanakeluarga tersebut berada. Pengkajian lingkungan meliputi :

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan :

a. Tipe tempat tinggal (rumah sendiri, apartemen, sewa kamar)

b. Gambaran kondisi rumah (baik interior maupun eksterior rumah). Interior rumah meliputi : jumlah ruangan, tipe kamar/pemanfaatan ruangan (ruang tamu, kamar tidur, ruang keluarga), jumlah jendela, keadaan ventilasi dan penerangan (sinar matahari), macam perabot rumah tangga dan penataannya, jenis lantai, konstruksi bangunan, keamanan lingkungan rumah, kebersihan dan sanitasi rumah, jenis septic tank, jarak sumber air minum dengan septic tank, sumber air minum yang digunakan, keadaan dapur (kebersihan, sanitasi, keamanan). Perlu

dikaji pula perasaan subyektif keluarga terhadap rumah, identifikasi teritorial keluarga, pengaturan privasi dan kepuasan keluarga terhadap pengaturan rumah. Lingkungan luar rumah meliputi keamanan (bahaya-bahaya yang mengancam) dan pembuangan sampah.

2) Karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal yang lebih luas menjelaskan tentang :

- Karakteristik fisik dari lingkungan, yang meliputi :
Tipe lingkungan/komunitas (desa, sub kota, kota), tipe tempat tinggal (hunian, industri, hunian dan industri, agraris), kebiasaan , aturan / kesepakatan, budaya yang mempengaruhi kesehatan, lingkungan umum (fisik, sosial, ekonomi),
- Karakteristik demografis dari lingkungan dan komunitas, meliputi kelas sosial rata-rata komunitas, perubahan demografis yang sedang berlangsung.
- Pelayanan kesehatan yang ada di sekitar lingkungan serta fasilitas- fasilitas umum lainnya seperti pasar, apotik dan lain-lain
- Bagaimana fasilitas-fasilitas mudah diakses atau dijangkau oleh keluarga
- Tersedianya transportasi umum yang dapat digunakan oleh keluarga dalam mengakses fasilitas yang ada.
- Insiden kejahatan disekitar lingkungan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas keluarga ditentukan oleh : kebiasaan keluarga berpindah tempat, berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut, riwayat mobilitas geografis keluarga tersebut (transportasi yang digunakan keluarga, kebiasaan anggota keluarga pergi dari rumah : bekerja, sekolah).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat Menjelaskan tentang waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga melakukan interaksi dengan masyarakat. Perlu juga dikaji bagaimana keluarga memandang kelompok masyarakatnya.

5) Sistem pendukung keluarga

Siapa yang menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling aktifitas- aktifitas keluarga. Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah Informal (jumlah anggota keluarga yang sehat, hubungan keluarga dan komunitas, bagaimana keluarga memecahkan masalah, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan),

Dan formal yaitu hubungan keluarga dengan pihak yang membantu yang berasal dari lembaga perawatan kesehatan atau lembaga lain yang terkait (ada tidaknya fasilitas pendukung pada masyarakat terutama yang berhubungan dengan kesehatan).

d. Struktur Keluarga

Struktur keluarga yang dapat dikaji menurut Friedman adalah :

a) Pola dan komunikasi keluarga

b) Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, sistem komunikasi yang digunakan, efektif tidaknya (keberhasilan) komunikasi dalam keluarga.

c) Struktur kekuatan keluarga

(1) Kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain/anggota keluarga untuk merubah perilaku. Sistem kekuatan yang digunakan dalam mengambil keputusan yang berperan mengambil keputusan, bagaimana pentingnya keluarga terhadap putusan tersebut.

(2) Struktur Peran

Mengkaji struktur peran dalam keluarga meliputi :

(a) Struktur peran formal

- Posisi dan peran formal yang telah terpenuhi dan gambaran keluarga dalam melaksanakan peran tersebut.
- Bagaimana peran tersebut dapat diterima dan konsisten dengan harapan keluarga, apakah terjadi konflik peran dalam keluarga.
- Bagaimana keluarga melakukan setiap peran secara kompeten.
- Bagaimana fleksibilitas peran saat dibutuhkan

(b) Struktur peran informal

- Peran-peran informal dan peran-peran yang tidak jelas yang ada dalam keluarga, serta siapa yang memainkan peran tersebut dan berapa kali peran tersebut sering dilakukan secara konsisten
- Identifikasi tujuan dari melakukan peran informal, ada tidaknya peran disfungsional serta bagaimana dampaknya terhadap anggota keluarga.

(c) Analisa Model Peran

- Siapa yang menjadi model yang dapat mempengaruhi anggota keluarga dalam kehidupan awalnya, memberikan perasaan dan nilai-nilai tentang perkembangan, peran-peran dan teknik komunikasi.
- Siapa yang secara spesifik bertindak sebagai model peran bagi pasangan dan sebagai orang tua.

Nilai-Nilai Keluarga

Hal-hal yang perlu dikaji pada struktur nilai keluargamenurut Friedman adalah :

- Pemakaian nilai-nilai yang dominan dalam keluarga
Kesesuaian nilai keluarga dengan masyarakat sekitarnya
- Kesesuaian antara nilai keluarga dan nilai subsistem keluarga
- Identifikasi sejauh mana keluarga menganggap penting nilai-nilai keluarga serta kesadaran dalam menganut sistem nilai.
- Identifikasi konflik nilai yang menonjol dalam keluarga
Pengaruh kelas sosial, latar belakang budaya dan tahap perkembangan keluarga terhadap nilai keluarga
- Bagaimana nilai keluarga mempengaruhi status Kesehatan keluarga

e. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga yang perlu dikaji menurut Friedman meliputi :

- Fungsi Afektif
Pengkajian fungsi afektif menurut Friedman meliputi : Pola kebutuhan keluarga

- Se jauh mana keluarga mengetahui kebutuhan anggota keluarganya, serta bagaimana orang tua mampu menggambarkan kebutuhan dari anggota keluarganya.
- Se jauhmana keluarga menghargai kebutuhan atau keinginan masing-masing anggota keluarga

(2) Saling memperhatikan dan keakraban dalam keluarga.

- Se jauh mana keluarga memberi perhatian pada anggota keluarga satu sama lain serta bagaimana mereka saling mendukung
- Se jauh mana keluarga mempunyai perasaan akrab dan intim satu sama lain, serta bentuk kasih sayang yang ditunjukkan keluarga.
- Keterpisahan dan Keterikatan dalam keluarga Se jauhmana keluarga menanggapi isu-isu tentang perpisahan dan keterikatan serta se jauh mana keluarga memelihara keutuhan rumah tangga sehingga terbina keterikatan dalam keluarga.

Fungsi sosialisasi

Pengkajian fungsi sosialisasi meliputi :

- Praktik dalam membesarkan anak meliputi : kontrol perilaku sesuai dengan usia, memberi dan menerima cinta serta otonomi dan ketergantungan dalam keluarga
- Penerimaan tanggung jawab dalam membesarkan anak
- Bagaimana anak di hargai dalam keluarga
- Keyakinan budaya yang mempengaruhi pola membesarkan anak
- Faktor-faktor yang mempengaruhi pola pengasuhan anak
- Identifikasi apakah keluarga beresiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak
- Se jauh mana lingkungan rumah cocok dengan perkembangan anak

Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

Fungsi Perawatan Kesehatan

Pengkajian fungsi perawatan kesehatan meliputi :

- a) Sejauh mana keluarga mengenal masalah kesehatan pada keluarganya.
- b) Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan.
- c) Kemampuan keluarga melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.
- d) Kemampuan keluarga memodifikasi dan memelihara lingkungan
- e) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup seperti finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman, 2010).

f. Koping Keluarga

Pengkajian koping keluarga meliputi :

- a. Stressor-stressor jangka panjang dan jangka pendek yang dialami oleh keluarga, serta lamanya dan kekuatan stressor yang dialami oleh keluarga.
- b. Tindakan obyektif dan realistis keluarga terhadap stressor yang dihadapi.
- c. Sejauh mana keluarga bereaksi terhadap stressor, strategi koping apa yang digunakan untuk menghadapi tipe-tipe masalah, serta strategi koping internal dan eksternal yang digunakan oleh keluarga.
- d. Strategi adaptasi disfungsional yang digunakan oleh keluarga. Identifikasi bentuk yang digunakan secara ekstensif : kekerasan, perlakuan kejam terhadap anak, mengkambing hitamkan, ancaman, mengabaikan anak, mitos keluarga yang merusak, pseudomutualitas, triangling dan otoritarisme.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (Padila, 2012). Pemeriksaan fisik meliputi :

a) Tekanan darah

b) Nadi

c) Respirasi

Pengkajian sistem pernafasan dilakukan atas dasar pemahaman terhadap proses penuaan yang terjadi pada sistem pernafasan (Tamher, 2009).

d) Leher

Untuk mengetahui adakah kelenjar tyroid dan ada pembesaran getah bening atau tidak (Priharjo, 2007)

e) Telinga

Bagaimana keadaan telinga, liang telinga, ada serumen atau tidak (Priharjo, 2007).

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah hipertensi berdasarkan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

1. Defisit pengetahuan (D.0111)
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)

Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut:

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah: a. Aktual b. Resiko Tinggi c. Potensial	3 2 1	1
2.	Kemungkinan Masalah: a. Mudah b. Sebagian c. Tidak Dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk di cegah: a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah: a. Segera diatasi b. Tidak segera diatasi c. Tidak dirasakan ada masalah	2 1 0	1

Penentuan nilai (skoring): Skor Angka Tertinggi X Nilai Bobot

Cara melakukan penilaian:

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot 41
- c) Jumlah skor untuk semua kriteria
- d) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa.

Rencana asuhan keperawatan

Friedman (2013) menyatakan ada beberapa tingkat tujuan. Tingkat pertama meliputi tujuan-tujuan jangka pendek yang sifatnya dapat diukur, langsung dan spesifik. Sedangkan tingkat kedua adalah tujuan jangka panjang yang merupakan tingkatan terakhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh perawat maupun keluarga agar dapat tercapai.

Dalam menyusun kriteria evaluasi dan standar evaluasi, disesuaikan dengan sumber daya yang mendasar dalam keluarga pada umumnya yaitu biaya, pengetahuan, dan sikap dari keluarga, sehingga dapat diangkat tiga respon yaitu : Respon verbal, kognitif, afektif, atau perilaku, dan respon psikomotor untuk mengatasi masalahnya. Tujuan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu : tujuan jangka pendek dan jangka panjang (Tujuan jangka pendek pada hipertensi antara lain : setelah diberikan informasi kepada keluarga mengenai hipertensi, keluarga mampu mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan respon verbal keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta perawatan hipertensi. Respon Afektif, keluarga mampu menentukan cara penanganan atau perawatan bagi anggotanya yang menderita hipertensi secara tepat. Sedangkan respon psikomotor, keluarga mampu memberikan perawatan secara tepat dan memodifikasi lingkungan yang sehat dan nyaman bagi penderita hipertensi. Standar evaluasi yang digunakan adalah pengertian, tanda dan gejala, penyebab, perawatan, komplikasi, dan pengobatan hipertensi (Harmoko 2012).

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dalam perawatan hipertensi adalah masalah dalam keluarga yang dapat teratasi atau dikurangi setelah dilakukan tindakan keperawatan. Tahap intervensi diawali dengan menyelesaikan perencanaan perawatan. (Efendi, 2012)

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dalam perawatan hipertensi adalah masalah dalam keluarga yang dapat teratasi atau dikurangi setelah dilakukan tindakan keperawatan. Tahap intervensi diawali dengan menyelesaikan perencanaan perawatan.

Rencana asuhan keperawatan keluarga hipertensi

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah	U: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111). K: Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Tingkat pengetahuan 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan

			<p>7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun</p> <p>9. Perilaku membaik</p>	<p>kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
2	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)</p>	<p>U:Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat (L.012105).</p> <p>K:Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dapat</p>	<p>Manajemen kesehatan</p> <p>1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat</p> <p>2. Menerapkan program perawatan meningkat</p>	<p>Edukasi kesehatan Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>

		<p>merawat anggota keluarga.</p>	<p>3. Aktivitas sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan meningkat</p> <p>4. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/ pengobatan menurun</p>	<p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	--	----------------------------------	---	---

				3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--	---

Implementasi keperawatan keluarga

Keperawatan Keluarga Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Kholifah & Widagdo, 2016).

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan 48 kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013). Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan keluarga dengan Hipertensi menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya dan dana keluarga, tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga. Sumberdaya dan dana keluarga yang memadai diharapkan dapat menunjang proses penyembuhan dan penatalaksanaan penyakit Hipertensi menjadi lebih baik. Sedangkan tingkat pendidikan keluarga juga mempengaruhi keluarga dalam mengenal masalah Hipertensi dan dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat terhadap anggota keluarga yang terkena Hipertensi.

Adat istiadat dan kebudayaan yang berlaku dalam keluarga akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga tentang pola pengobatan dan penatalaksanaan penderita Hipertensi, seperti pada suku pedalaman lebih cenderung menggunakan dukun daripada pelayanan kesehatan. Demikian juga respon dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit Hipertensi akan mempengaruhi keluarga dalam merawat anggota yang sakit Hipertensi. Sarana dan prasarana

baik 49 dalam keluarga atau masyarakat merupakan faktor yang penting dalam perawatan dan pengobatan Hipertensi.

Sarana dalam keluarga dapat berupa kemampuan keluarga menyediakan makanan yang sesuai dan menjaga diet atau kemampuan keluarga, mengatur pola makan rendah garam, menciptakan suasana yang tenang dan tidak memancing kemarahan. Sarana dari lingkungan adalah, terjangkau sumber sumber makanan sehat, tempat latihan, juga fasilitas kesehatan (Harmoko, 2012).

Evaluasi Keperawatan Keluarga.

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan obyektif, "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan. 50 Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan (Suprajitno, 2016)