

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi ialah permasalahan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan suplai oksigen serta nutrisi yang ditransport oleh darah terhambat ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Hipertensi sering didefinisikan sebagai sebagai *silent killer* yang dapat menyebabkan kematian tiba-tiba tanpa ada gejala yang khusus. Penyakit hipertensi dapat memicu penyakit lainnya seperti penyakit stroke, jantung atau penyakit lainnya (Ignatavicius et al., 2017; Sustrani, 2011).

Hipertensi digambarkan sebagai peningkatan dari tekanan darah sistolik pada tingkat 140 mmHg atau lebih tinggi dan tekanan darah diastolik pada tingkat 90 mmHg atau lebih tinggi yang didasarkan dari rata – rata dua atau lebih pengukuran dalam waktu yang berkala (LeMone et al., 2011). Menurut JNC VII (Joint of National Commite on Prevention, Detection and Treatment of High Bood Pressure) hipertensi merupakan tekanan darah yang lebih atau sama dengan 140/90 mmHg (Hinkle & Cheever, 2018).

2. Klasifikasi

Penyakit Hipertensi dapat diklasifikasikan menurut beberapa sumber berupa:

a. Klasifikasi hipertensi menurut *Joint National Commite* (JNC) 8

Menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VIII) untuk usia ≥ 18 tahun, klasifikasi hipertensi dibagi menjadi beberapa kelompok berupa kelompok normal, prehipertensi, hipertensi derajat I dan derajat II (James et al., 2014). (Tabel 2.1)

Tabel 2.1
Klasifikasi menurut JNC 8

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	<80
Prehipertensi	120-139	80-90
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	≥160	≥100

(James et al., 2014)

Data terbaru menjelaskan nilai tekanan darah yang sebelumnya dipertimbangkan normal ternyata dapat mengakibatkan peningkatan resiko komplikasi penyakit kardiovaskuler. Oleh karena itu, data ini mendorong pembuatan klasifikasi baru yang disebut pra hipertensi (James et al., 2014; Sani, 2008).

b. Klasifikasi berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia

Klasifikasi hipertensi diklasifikasi berupa kelompok hipertensi optimal, normal, normal tinggi, hipertensi derajat I, hipertensi derajat II, hipertensi derajat III, hipertensi sistol terisolasi (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019) (Tabel 2.2).

Tabel 2.2

Klasifikasi Hipertensi Menurut Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)		Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	<120		<80
Normal	120-129	dan	80-84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	84-89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100-109

Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	dan/atau	< 90

(Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019)

3. Etiologi Hipertensi

Adapun faktor yang dapat mengakibatkan adanya peningkatan tekanan darah atau hipertensi berupa (Hinkle & Cheever, 2018):

- a. Peningkatan aktivitas renin – angiotensin – aldosterone, menyebabkan ekspansi volume cairan ekstrasvaskular dan peningkatan resistensi vascular sistemik.
- b. Peningkatan aktivitas system saraf simpatis karena adanya masalah fungsi saraf otonom.
- c. Penurunan vasodilatasi arteriolar karena gangguan endotel.

Terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan kasus hipertensi berupa:

- a. Usia

Hipertensi merupakan penyakit multifaktor yang disebabkan oleh interaksi berbagai faktor risiko yang dialami seseorang. Pertambahan usia menyebabkan adanya perubahan fisiologis dalam tubuh seperti penebalan dinding arteri akibat adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan mengalami penyempitan dan menjadi kaku dimulai saat usia 45 tahun. Selain itu juga terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik serta kurangnya sensitivitas baroreseptor (pengatur tekanan darah) dan peran ginjal aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun (Lestari, 2021). Menurut penelitian dari Anggara & Prayitno (2013) menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan kejadian hipertensi. Hal ini disebabkan karena tekanan arterial

yang meningkat sesuai dengan bertambahnya usia, terjadinya regurgitasi aorta, serta adanya proses degeneratif, yang lebih sering pada usia tua

b. Jenis Kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria hampir sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL) (Rafsanjani et al., 2019). Menurut penelitian dari Sapitri tahun 2016, menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian hipertensi. Jenis kelamin terbanyak pada laki-laki yaitu 56,4% (Sapitri et al., 2016).

c. Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu juga akan menyebabkan keluarga itu memiliki risiko untuk menderita penyakit hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraselular dan rendahnya rasio antara potassium terhadap sodium. Individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga (Anggarini et al., 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sapitri et al (2016), menunjukkan bahwa mayoritas responden hipertensi memiliki riwayat hipertensi keluarga sebanyak 71,8%. Keluarga yang memiliki hipertensi dan penyakit jantung meningkatkan risiko hipertensi 2 sampai 5 kali lipat.

d. Aktivitas Fisik

Perkembangan hipertensi dipengaruhi oleh banyak faktor. Salah satunya adalah aktifitas fisik. Orang yang dengan aktifitas fisik kurang tapi dengan nafsu makan yang kurang terkontrol sehingga terjadi konsumsi energi

yang berlebihan mengakibatkan nafsu makan bertambah yang akhirnya berat badannya naik dan dapat menyebabkan obesitas. Jika berat badan seseorang bertambah, maka volume darah akan bertambah pula, sehingga beban jantung untuk memompa darah juga bertambah. Semakin besar bebannya, semakin berat kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh sehingga tekanan perifer dan curah jantung dapat meningkat kemudian menimbulkan hipertensi (Karim et al., 2018).

e. Obesitas

Obesitas merupakan keadaan kelebihan berat badan sebesar 20% atau lebih dari berat badan ideal. Obesitas mempunyai korelasi positif dengan hipertensi. Anak-anak remaja yang mengalami kegemukan cenderung mengalami hipertensi. Ada dugaan bahwa meningkatnya berat badan normal relatif sebesar 10% mengakibatkan kenaikan tekanan darah 7 mmHg (Mannan, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sapitri tahun 2016 menunjukkan bahwa orang dengan obesitas ($IMT > 25$) beresiko menderita hipertensi sebesar 6,47 kali dibanding dengan orang yang tidak obesitas (Sapitri et al., 2016).

f. Konsumsi Lemak

Konsumsi lemak jenuh erat kaitannya dengan peningkatan berat badan yang beresiko terjadinya hipertensi. Konsumsi lemak jenuh juga meningkatkan risiko aterosklerosis yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah (Yanita, 2022).

g. Konsumsi Natrium

Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah. Konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih dari 6 gr/hr yang setara dengan 110 mmol natrium atau 2400 mg/hr. asupan natrium yang tinggi dapat menyebabkan tubuh meretensi cairan sehingga meningkatkan volume darah (Purwono et al., 2020). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh Raihan tahun 2014, menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pola asupan garam dengan kejadian hipertensi (Raihan & Dewi, 2014).

h. Merokok

Hubungan antara merokok dengan peningkatan risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler telah banyak dibuktikan. Selain dari lamanya merokok, risiko akibat merokok terbesar tergantung pada jumlah rokok yang dihisap per hari. Seseorang yang banyak merokok dalam sehari memiliki risiko 2 kali lebih rentan untuk menderita hipertensi dan penyakit kardiovaskuler daripada mereka yang tidak merokok (Rachmawati et al., 2021).

i. Minum Kafein dan Alkohol

Konsumsi alkohol dan kafein secara berlebihan yang terdapat dalam kopi, teh, dan cola akan meningkatkan aktifitas syaraf simpatis karena dapat merangsang sekresi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) yang berujung pada peningkatan tekanan darah. Sementara kafein dapat menstimulasi jantung untuk bekerja lebih cepat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya (Arum, 2019).

j. Stres

Stress diyakini memiliki hubungan dengan hipertensi. Hal ini diduga melalui aktivitas syaraf simpatis yang dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten. Disamping itu juga dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat (Ardian, 2018)

4. Patofisiologi

Medulla oblongata sebagai vasomotor melakukan pengontrolan konstriksi dan relaksasi pembuluh darah. Dari medula oblongata ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan medula oblongata dibawa dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem 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 adrenalin norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan, stres dan ketakutan ataupun faktor-faktor lainnya mampu mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Corwin, 2009; Hinkle & Cheever, 2018).

Adanya aktivitas vasokonstriksi pembuluh darah sebagai respon dari adanya sistem saraf simpatis yang memberikan rangsangan kepada pembuluh darah untuk memunculkan respon rangsangan emosi yang mana kelenjar adrenal secara otomatis menerima rangsangan untuk mengeluarkan hormon adrenalin Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini dapat mengakibatkan penahanan natrium dan air oleh tubulus ginjal di dalam tubuh sehingga mengakibatkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Corwin, 2009; Hinkle & Cheever, 2018).

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Hinkle & Cheever, 2018).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Hinkle & Cheever (2018) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi tidak ada gejala dan gejala yang lazim:

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala spesifik yang bisa dikaitkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini menjelaskan bahwa hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan tidak diatur

b. Gejala yang lazim

Gejala terlazim yang menyertai hipertensi terdiri atas nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala yang paling sering muncul dan mengenai kebanyakan pasien yang mencari bantuan. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 2) Lemas dan kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual dan muntah
- 6) Epitaksis

7) Kesadaran menurun

Yanita (2022) menjelaskan gejala hipertensi secara umum dapat berupa jantung berdebar, penglihatan kabur, sakit kepala disertai rasa berat pada tengkuk, kadang disertai dengan mual dan muntah, telinga berdenging, gelisah, rasa sakit di dada, mudah lelah, muka memerah serta mimisan. Gejala hipertensi berat dapat berupa gangguan penglihatan, gangguan saraf, gangguan jantung, ginjal bahkan gangguan serebral. Gangguan serebral ini dapat menyebabkan terjadinya kejang serta perdarahan pada pembuluh otak, adanya kelumpuhan, gangguan kesadaran bahkan terjadinya koma.

6. Penatalaksanaan Hipertensi

Hipertensi dapat ditangani dengan 2 pendekatan berupa penatalaksanaan farmakologi atau penatalaksanaan dengan menggunakan obat – obatan kimiawi dan penatalaksanaan non farmakologi atau penatalaksanaan tanpa menggunakan obat-obat kimiawi (Black Joyce & Hawks, 2014).

a. Penatalaksanaan Farmakologi

1) Diuretik

Diuretik adalah obat anti hipertensi yang dapat mempengaruhi ginjal dengan memperbanyak pengeluaran air seni untuk meningkatkan pengeluaran natrium, klorida dan air yang ada di dalam tubuh. Mekanisme tersebut menyebabkan penurunan volume plasma dan cairan ekstra sel. Dengan demikian tekanan darah dapat turun akibat berkurangnya curah jantung dan resistensi perifer dan berkurangnya volume cairan intrastitial yang mengakibatkan berkurangnya kekakuan dinding pembuluh darah dan bertambahnya daya lentur (compliance) vaskuler. Jenis obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Hydrochlorothiazide, Indapamide, Chlorthalidone,

Metolazone, Furosemide, Bumetanide, Torsemide, dan Ethacrynic acid (Ram, 2014).

2) Penghambat adrenergic (Beta Blocker)

Mekanisme obat ini sebagai anti hipertensi yang diperkirakan ada beberapa cara yaitu secara langsung mengurangi kegiatan memompa dari otot jantung dan mengurangi denyut serta kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan curah jantung berkurang dan menurunkan jumlah darah yang keluar jantung, maka dengan demikian darah yang dialirkan melalui pembuluh darah ke seluruh tubuh akan berkurang, akibatnya tekanan darah menurun. Sedangkan cara lain yaitu dengan menghambat pelepasan norepinefrin, melalui hambatan reseptor para sinaps dan menghambat sekresi renin melalui hambatan reseptor β_1 di ginjal serta efek sentral yang dapat menurunkan tekanan darah. Efek sampingnya berupa brakikardi, gangguan kontraktilitas miokard, dan tangan maupun kaki terasa dingin karena vasokonstriksi akibat blokde reseptor beta-2 pada otot pembuluh darah perifer. Jenis obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol, dan Pindolol (Ram, 2014).

3) Alfa Blocker

Alfa-blocker adalah obat anti hipertensi yang bisa memblokir reseptor alfa dan menyebabkan vasodilatasi perifer serta turunya tekanan darah. Efek samping berupa pening, pingsan, mual, sakit kepala, dan jantung berdebar-debar. Obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Prazosin, Doxazosin, dan Terazosin (Ram, 2014).

4) Vasodilator

Obat – obat untuk vasodilator pembuluh darah mampu menurunkan tekanan darah secara langsung dengan mempengaruhi

pembuluh darah untuk melebar yaitu merelaksasikan otot – otot sehingga menurunkan resistensi perifer dan juga secara tidak langsung merangsang kegiatan otak atau mempengaruhi jaringan saraf untuk menurunkan tekanan darah. Jenis obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Hydralazine dan Minoxidil (Ram, 2014).

5) Penghambat ACE

Efek obat ini menurunkan pembentukan angiotensin sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi hormone yang menyebabkan terjadinya ekskresi natrium dan air serta retensi kalium. Akibatnya terjadi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi. Sedangkan efek samping dari obat ini adalah dapat menyebabkan hiperkalemia karena menurunkan produksi aldosterone. Sehingga suplementasi kalium dan penggunaan diuretic hemat kalium harus dihindari. Jenis obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Benazepril, Captopril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Trandolapril (Ram, 2014).

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Adapun penatalaksanaan non farmakologi untuk penderita hipertensi berupa

1) Modifikasi gaya hidup

Modifikasi gaya hidup efektif menurunkan tekanan darah dan risiko yang minimal. Menurut JNC 7, modifikasi gaya hidup disarankan untuk dijadikan terapi secara definitive di garis pertama dalam pengobatan hipertensi sekurang – kurangnya 6-12 bulan setelah diagnosis awal (Ram, 2014). Pengobatan utama pada hipertensi merupakan modifikasi gaya hidup yang memiliki banyak keuntungan yaitu, biaya murah dan efek samping yang minimal. Beberapa modifikasi gaya hidup yang bisa digunakan untuk mengendalikan hipertensi (Ram, 2014). Gaya hidup sehat pada penderita hipertensi

berguna untuk pengelolaan dan pengendalian faktor resiko komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mengurangi tingkat keparahan pada penderita yang sudah mengalami komplikasi. Gaya hidup sehat meliputi pengendalian berat badan, tidak merokok, tidak minum-minuman beralkohol dan berkafein, berolahraga dan memonitoring/mengecek tekanan darah secara teratur. Gaya hidup yang efektif dapat meningkatkan kemandirian, kepercayaan diri serta kualitas hidup penderita hipertensi (Fatmawati & Suprayitna, 2021).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setijaningsih (2016) bahwa upaya penderita hipertensi dalam mempertahankan gaya hidup sehat dalam kategori baik 57,6% yang berarti ada hubungan antara pola hidup sehat dengan penurunan tekanan darah. Tetapi ada juga responden yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat, hal ini dibuktikan dari hasil analisa kuesioner, bahwa responden masih ada yang mengkonsumsi alkohol dan kebiasaan merokok sebanyak 3,1%.

Gaya hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor pembelajaran, sosial dan emosi dan faktor persepsi dan kognitif. Perubahan gaya hidup dipengaruhi oleh faktor persepsi dan kognitif yaitu ketika seseorang mengetahui dengan pasti tentang gaya hidup sehat dan memahami cara mengatasi masalah yang timbul maka seseorang tersebut tahu kapan berperilaku baik dan buruk sehingga hal ini dapat meningkatkan gaya hidup sehat. Tetapi apabila seseorang tidak mengetahui dengan pasti tentang gaya hidup sehat, mereka tidak akan tahu bagaimana mengatasi masalah yang timbul dan tidak tahu kapan berperilaku baik dan buruk. Hal ini yang menyebabkan gaya hidup yang tidak sehat (Fatmawati & Suprayitna, 2021).

2) Penurunan berat badan

Penurunan berat badan ke nilai normal, mampu mengurangi tekanan darah sistolik 5-20 mmHg per 10 kg penurunan berat badan. Kelebihan berat badan, yang ditunjukkan dengan IMT bila melebihi 27 kg/m², sangat berkaitan dengan peningkatan tekanan darah (Ram, 2014).

3) Pembatasan sodium

Diperkirakan 40% orang dengan hipertensi peka terhadap sodium. Diet garam <100 mmol/hari (2,4 gr natrium atau 6 gr garam dapur) mengurangi tekanan darah sistolik 2-8 mmHg (1 gram garam dapur sama dengan 400 mg natrium). Pembatasan sedang pemasukan sodium (6 gram garam dapur) dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada beberapa kasus hipertensi tingkat I (Ram, 2014).

4) Modifikasi diet lemak

Modifikasi masukan diet lemak dapat menurunkan lemak jenuh dan meningkatkan lemak tak jenuh sehingga memberikan dampak penurunan tekanan darah, dan juga menurunkan tingkat kolesterol. Ditambah lagi rekomendasi DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet yang dianjurkan adalah kaya buah – buahan, sayur – sayuran, kacang – kacangan, dan makanan rendah lemak (Ram, 2014).

5) Latihan

Olahraga rutin minimal 30 menit per hari mampu mengurangi tekanan darah sistolik 4-9 mmHg. Tekanan darah dapat diturunkan dengan aktivitas sedang seperti berjalan cepat 30-45 menit sesering mungkin dalam satu minggu (Ram, 2014).

6) Pembatasan alkohol

Konsumsi lebih dari 30 cc alkohol per hari meningkatkan kejadian hipertensi. Kondisi ini menjadi salah satu faktor penyebab kenapa proses pengobatan pasien dengan hipertensi tidak maksimal.

Menghindari alkohol bisa menurunkan tekanan darah sistolik 2-4 mmHg (Ram, 2014).

7) Berhenti merokok

Meskipun merokok tidak berhubungan langsung secara statistik terhadap perkembangan hipertensi, namun kandungan rokok berupa nikotin dapat meningkatkan jumlah nadi dan menghasilkan vasokonstriksi perifer yang mana tekanan darah dapat meningkat dalam waktu pendek atau setelah merokok (Ram, 2014)

8) Teknik relaksasi

Berbagai terapi relaksasi/terapi komplementer yang dapat digunakan seperti relaksasi otot progresif, meditasi transcendental, yoga, biofeedback, dan psikoterapi dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Menurut Hinkle & Cheever (2018) teknik relaksasi yang biasa digunakan adalah relaksasi otot progresif, relaksasi dengan imajinasi terbimbing, dan respon relaksasi dari benson.

7. Komplikasi

Hipertensi bisa menyebabkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ, atau karena efek tidak langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ, atau karena efek tidak langsung, antara lain adanya autoantibodi terhadap reseptor angiotensin II, stres oksidatif, down regulation, dan lain-lain. Penelitian ini juga membuktikan bahwa diet tinggi garam dan sensitivitas terhadap garam berperan besar dalam timbulnya kerusakan organ target, misalnya kerusakan pembuluh darah akibat meningkatnya ekspresi transforming growth factor- β (TGF- β) (Kartikasari et al., 2012).

a. Stroke

Stroke adalah kerusakan target organ pada otak yang disebabkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri arteri yang mendarahi otak mengalami hipertropi atau penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya akan berkurang (Hinkle & Cheever, 2018).

b. Kardiovaskuler

Infark miokard bisa muncul ketika arteri koroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark. Beban kerja jantung akan meningkat pada hipertensi (Hinkle & Cheever, 2018).

c. Ginjal

Penyakit ginjal kronik bisa terjadi disebabkan oleh adanya kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membran glomerulus juga akan menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sehingga akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Hal tersebut terutama terjadi pada hipertensi kronik (Hinkle & Cheever, 2018).

B. Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan kesehatan ialah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga dapat melakukan seperti yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Adapun tujuan utama pendidikan kesehatan yaitu agar seseorang mampu (Mubarak et al., 2009):

- a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
- b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar
- c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat

3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ada beberapa dimensi ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain (Fitriani, 2011):

- 1) Dimensi Sasaran
 - a) Individu

Metode yang bisa diterapkan berupa

- Bimbingan dan konseling adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilaksanakan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan bersedia melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Fitriani, 2011).
- Wawancara adalah bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Menggali informasi mengapa individu tidak atau belum mau menerima perubahan, apakah individu tertarik atau tidak terhadap

perubahan, bagaimanakah dasar pengertian dan apakah mempunyai dasar yang kuat jika belum, maka diperlukan penyuluhan yang lebih mendalam (Fitriani, 2011).

b) Kelompok

Metode yang bisa digunakan untuk kelompok kecil diantaranya:

- Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah membahas suatu topik dengan cara tukar pikiran antara dua orang atau lebih dalam suatu kelompok yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu (Fitriani, 2011).

- Mengungkapkan pendapat

Merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Pada prinsipnya sama dengan diskusi kelompok. Tujuannya adalah untuk menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari setiap peserta (Fitriani, 2011).

- Bermain peran

Bermain peran pada prinsipnya merupakan metode untuk menghadirkan peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam satu pertunjukan di dalam kelas pertemuan (Fitriani, 2011),

- Kelompok yang membahas tenag desas desus

Dibagi menjadi kelompok kecil kemudian diberikan suatu permasalahan yang sama atau berbeda antara kelompok satu dengan kelompok lain kemudian masing-masing dari kelompok tersebut mendiskusikan hasilnya lalu kemudian tiap kelompok mendiskusikan kembali dan mencari kesimpulannya (Fitriani, 2011).

- Simulasi

Berbentuk metode praktek yang berfungsi untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar. Metode ini merupakan gabungan dari role play dan diskusi kelompok (Fitriani, 2011).

2) Masyarakat Luas

Metode yang dapat dipakai untuk masyarakat luas diantaranya:

a. Seminar

Metode seminar ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu presentasi dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topic yang dianggap penting dan biasanya sedang ramai dibicarakan di masyarakat (Fitriani, 2011).

b. Ceramah

Metode ceramah adalah sebuah metode pengajaran dengan menyampaikan informasi secara lisan kepada sejumlah siswa, yang pada umumnya mengikuti secara pasif (Fitriani, 2011).

3) Dimensi Tempat Pelaksanaan

a. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid

b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau di tempat pelayanan kesehatan lainnya, dengan sasaran pasien dan juga keluarga pasien

c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan

4) Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan

Menurut Leavel dan Clark ada lima tingkat pencegahan yang dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan, yaitu

a. Peningkatan kesehatan

Dapat dilakukan melalui beberapa kegiatan seperti pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, konsultasi perkawinan, pendidikan seks, pengendalian lingkungan, dan sebagainya (Mubarak et al., 2009).

b. Perlindungan umum dan khusus

Perlindungan umum dan khusus merupakan usaha kesehatan dalam rangka memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada

seseorang atau masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut seperti imunisasi dan higiene perseorangan, perlindungan diri dari kecelakaan, kesehatan kerja, pengendalian sumber-sumber pencemaran, dan lain-lain (Mubarak et al., 2009).

c. **Diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat**

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang rendah terhadap kesehatan mengakibatkan masyarakat mengalami kesulitan untuk mendeteksi penyakit bahkan enggan untuk memeriksakan kesehatan dirinya dan mengobatani penyakitnya (Mubarak et al., 2009).

d. **Pembatasan kecacatan**

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, yang akhirnya dapat mengakibatkan kecacatan atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini dalam bentuk penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain (Mubarak et al., 2009).

e. **Rehabilitasi**

Latihan diperlukan untuk pemulihan seseorang yang telah sembuh dari suatu penyakit atau menjadi cacat. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya rehabilitasi, masyarakat tidak mau untuk melakukan latihanlatihan tersebut (Mubarak et al., 2009).

5) Media Pendidikan Kesehatan

Media adalah alat yang mempunyai fungsi menyampaikan pesan (Notoadmodjo, 2010). Media merupakan seperangkat alat bantu yang digunakan oleh pendidik dalam rangka berkomunikasi dengan sasaran

didik (Gejir et al., 2017). Media memiliki manfaat berupa (Gejir et al., 2017):

- a) Mengurangi verbalisme dan meletakkan dasar-dasar berpikir yang lebih nyata
- b) Menambah perhatian sasaran, lebih menarik, membangkitkan minat dan memberikan motivasi
- c) Pembelajaran lebih interaktif dengan cara meningkatkan partisipan sasaran
- d) Mengembangkan sikap belajar mandiri
- e) Waktu pembelajaran lebih singkat dan efektif

Media sebagai alat pembelajaran mempunyai syarat antara lain (Notoadmodjo, 2010):

- a) Harus bisa meningkatkan motivasi subyek untuk belajar
- b) Merangsang pembelajaran mengingat apa yang sudah dipelajari
- c) Mengaktifkan subyek belajar dalam memberikan tanggapan/umpan balik
- d) mendorong pembelajar untuk
- e) melakukan praktek-praktek yang benar

Alat bantu yang digunakan antara lain berupa alat bantu lihat (visual) alat bantu dengar (audio) atau alat bantu dengar dan lihat (audio visual) serta alat bantu dengan media tulis seperti poster, leaflet, booklet, lembar balik, flipchart (Notoadmodjo, 2010).

6) Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pendidikan kesehatan berupa:

- a) Bahasa

Bahasa menjadi salah satu aspek yang mendukung dalam proses pendidikan kesehatan. Bahasa yang digunakan hendaknya

bahasa yang dapat dimengerti dan dipahami oleh masyarakat umum. Gunakan kata-kata umum yang biasa digunakan oleh masyarakat sehari-hari sehingga memudahkan masyarakat menerima informasi yang akan disampaikan. Bahasa yang digunakan bisa menggunakan bahasa umum atau bahkan bahasa lokal. Seperti yang dilakukan oleh Dwiranti (2021) yang menggunakan bahasa daerah Kota Palopo berupa bahasa Tae' untuk melakukan pendidikan kesehatan yang terbukti dapat meningkatkan kepatuhan melakukan tindakan pencegahan hipertensi pada lansia.

b) Media promosi yang mendukung

Media promosi menjadi alat utama dalam seorang penyuluh dalam memberikan pendidikan kesehatan. Media promosi pada ini beraneka ragam dari leaflet, lembar balik, atau video. Media promosi berupa video memiliki kelebihan dibandingkan dengan leaflet dan lembar balik. Adanya audio dan visual yang terdapat di dalam video memudahkan seseorang khususnya lansia dalam menangkap informasi yang disampaikan (Luthfiani et al., 2021).

c) Lingkungan

Lingkungan menjadi aspek penting yang mempengaruhi proses penyuluhan yang berkaitan dengan konsentrasi peserta penyuluhan. Nurfajriyani & Fadilatussaniatun (2020) menjelaskan bahwa suhu lingkungan belajar menjadi aspek penting bagi siswa belajar. Banyak siswa yang belajar dengan kondisi panas mengalami penurunan konsentrasi belajar. Oleh karena itu, diperlukan pengaturan suhu yang baik dalam proses pembelajaran.

C. Keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari komunitas masyarakat. Dari keluarga yang sehat maka terciptanya komunitas yang sehat, demikian sebaliknya (Padila, 2012). Peranan adalah sesuatu yang diharapkan secara normative dari seseorang dalam situasi social tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga (Harlinawati, 2013)

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus-menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya (Andarmoyo, 2012).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan individu didalam masyarakat yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling berbagi pengalaman, saling berinteraksi antara satu dengan yang lain, saling ketergantungan dan berhubungan untuk terciptanya tujuan komunitas yang sehat secara bersama.

2. Fungsi Keluarga

Fungsi dasar keluarga berupa memenuhi anggota keluarga itu sendiri dan kebutuhan masyarakat yang lebih luas. Terdapat lima fungsi keluarga berupa (Nies & McEween, 2019):

a. Fungsi ekonomi

Fungsi ini untuk ekonomi keluarga yang berhubungan dengan pola konsumsi keluarga, pengelolaan keuangan, penyediaan perumahan, asuransi, dana pensiun dan tabungan.

b. Fungsi reproduksi

Fungsi ini untuk melanjutkan garis keturunan keluarga, memelihara, dan membesarkan anak, serta memelihara dan merawat anggota keluarga.

c. Fungsi sosialisasi

Fungsi ini untuk memberikan kesempatan sebagai proses perkembangan atau perubahan yang dialami individu atau keluarga sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial.

d. Fungsi afektif

Fungsi ini untuk mempertahankan kepribadian yaitu dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, dengan kepedulian dan kasih sayang dalam memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarganya.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini untuk mempelajari konsep kesehatan, promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, dan manajemen penyakit.

3. Tipe Keluarga

Keluarga yang membutuhkan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan social, maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakannya peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan, maka perawat perlu memahami dan mengetahui berbagai tipe keluarga. Tipe-tipe keluarga menurut Mubarak et al (2009) adalah sebagai berikut:

a. Traditional Nuclear

Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

b. Extended Family

Extended Family adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

c. Reconstituted Nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah

d. Middle Age/Aging Couple

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/ meniti karier.

e. Dyadic Nuclear

Suami istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya salah satu bekerja diluar rumah

f. Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah

g. Dual carrier

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak

h. Commuter Married

Suami istri keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu tertentu

i. Single Adult

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah

j. Three Generation

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

k. Institutional

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti

l. Comunal

Satu rumah terdiri atas dua atau lebih pasangan yang monogamy dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

m. Group Marriage

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

n. Unmarried Parent and Child

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi

o. Cohabiting Couple

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

4. Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sikap, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu (Effendi, 2012). Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. adapun peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

a. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan orangtua dari anak-anak, berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman. Sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peranan ibu

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

c. Peranan anak

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

5. Struktur Keluarga

Struktur keluarga ada bermacam-macam Mubarak et al (2009), diantaranya adalah

a. Patrilineal

Patrilineal merupakan keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal

Matrilineal merupakan keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Matrilokal merupakan sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal

Patrilokal merupakan sepasang suami istri yang tinggal bersama dengan keluarga sedarah suami.

e. Keluarga kawinan

Keluarga kawinan merupakan hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

6. Tugas-tugas keluarga

Ada beberapa tugas dasar yang didalamnya terdapat delapan tugas pokok antara lain (Mubarak et al., 2009):

a. Memelihara kesehatan fisik

b. Berupaya untuk memelihara sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga

- c. Mengatur tugas masing-masing anggota sesuai dengan kedudukannya
- d. Melakukan sosialisasi antar anggota keluarga agar timbul keakraban dan kehangatan para anggota keluarga.
- e. Melakukan pengaturan jumlah anggota keluarga yang diinginkan.
- f. Memelihara ketertiban anggota keluarga
- g. Menempatkan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih besar
- h. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

7. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap-tahap kehidupan keluarga menurut Nies dan McEween adalah sebagai berikut (Nies & McEween, 2019):

- a. keluarga pemula atau pasangan baru
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.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) menciptakan sebuah perkawinan yang saling memuaskan
- 2) menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- 3) merencanakan keluarga

- b. keluarga menanti kelahiran anak
tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama sampai bayi berusia 30 bulan.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga)
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

- 4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran-peran orang tua dan kakek-nenek

c. Keluarga dengan usia prasekolah

Tahap perkembangan ini siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri dari tiga sampai lima orang dengan anak perempuan-saudari. Keluarga menjadi majemuk dan berbeda.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- 2) Mensosialisasikan anak
- 3) Mengintegrasikan anak yang baru sementara tahap memenuhi kebutuhan anak-anak lain
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan anak dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas)

d. Keluarga dengan 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.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

e. 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 di rumah hingga 19 atau 20 tahun.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- 2) Menfokuskan kembali hubungan perkawinan
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.

f. Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama sampai ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat berjalan singkat atau agak Panjang tergantung pada berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak
- 2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- 3) Membantu orang tua lanjut usia dana sakit-sakitan baik dari pihak suami maupun istri.

g. Keluarga Lansia

Tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pension, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Tugas-tugas perkembangan keluarga:

- 1) Mempertahankan peraturan hidup yang memuaskan

- 2) Menyesuaikan tahap pendapatan yang menurun
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integritas hidup).

D. Asuhan Keperawatan Keluarga Secara Teoritis

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Tahapan proses keperawatan keluarga menurut Mubarak adalah sebagai berikut (Mubarak et al., 2009):

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Mubarak mengemukakan hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut (Mubarak et al., 2009):

a. Data Umum

Data umum terdiri dari identitas keluarga, tipe keluarga, suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), agama, status sosial ekonomi, dan aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga terdiri dari tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat keluarga inti dan riwayat keluarga sebelumnya

c. Pengkajian lingkungan

Pengkajian lingkungan terdiri dari karakteristik rumah, karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal, mobilitas geografis keluarga,

perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat dan sistem pendukung keluarga

d. Struktur keluarga

Struktur keluarga terdiri dari pola-pola komunikasi, struktur kekuatan keluarga, struktur peran dan struktur nilai atau norma keluarga.

e. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga terdiri dari fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan.

f. Stress dan koping keluarga

Sters dann koping keluarga terdiri dari stressor jangka pendek, stressor jangka panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor, strategi koping yang digunakan, strategi adaptasi disfungsional

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan ini tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

h. harapan keluarga

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

2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggungjawab untuk melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga di analisis dari pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga baik bersifat actual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki wewenang dan tanggungjawab untuk melakukan tindakan

keperawatan bersama-sama keluarga, berdasarkan kemampuan dan sumberdaya keluarga (Mubarak et al., 2009).

NANDA 1995 dalam Andarmoyo kembali merumuskan diagnosa-diagnosa keperawatan yang dapat digunakan dalam praktik keperawatan keluarga sebagai berikut (Andarmoyo, 2012):

a. Lingkungan

- 1) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (higenis lingkungan)
- 2) Risiko terhadap cedera (lingkungan)
- 3) Resiko terjadi penularan penyakit (lingkungan)

b. Struktur Komunikasi

Komunikasi keluarga disfungsional

c. Struktur Peran

- 1) Berduka dan diantisipasi
- 2) Berduka disfungsional
- 3) Isolasi sosial
- 4) Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga)
- 5) Potensial peningkatan menjadi orang tua
- 6) Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua)
- 7) Perubahan penampilan peran
- 8) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
- 9) Gangguan citra tubuh

d. Fungsi Afektif

- 1) Perubahan proses keluarga
- 2) Perubahan menjadi orang tua
- 3) Potensial peningkatan menjadi orang tua
- 4) Berdua yang diantisipasi
- 5) Koping keluarga tidak efektif, menurun

- 6) Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan
 - 7) Resiko terhadap tindakan kekerasan
- e. Fungsi Sosial
- 1) Perubahan proses keluarga
 - 2) Perilaku mencari bantuan kesehatan
 - 3) Konflik peran orang tua
 - 4) Perubahan menjadi orang tua
 - 5) Potensial peningkatan menjadi orang tua
 - 6) Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
 - 7) Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - 8) Kurang pengetahuan
 - 9) Isolasi sosial
 - 10) Kerusakan interaksi sosial
 - 11) Resiko terhadap tindakan kekerasan
 - 12) Ketidakpatuhan
 - 13) Gangguan identitas pribadi
- f. Fungsi Perawatan Kesehatan
- 1) Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - 2) Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan
 - 3) Perilaku mencari pertolongan kesehatan
 - 4) Ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik keluarga
 - 5) Resiko terhadap penularan penyakit
- g. Strategi Koping
- 1) Potensial peningkatan koping keluarga
 - 2) Koping keluarga tidak efektif, menurun
 - 3) Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan
 - 4) Risiko terhadap tindakan kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

Dalam membuat rencana tindakan keperawatan keluarga, perawat memperhatikan prinsip-prinsip berupa (Kholifah & Widagdo, 2016):

- a. Rencana tindakan untuk membantu keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran dan penerimaan terhadap masalah keperawatan keluarga adalah dengan memperluas dasar pengetahuan keluarga, membantu keluarga untuk melihat dampak atau akibat dari situasi yang ada, menghubungkan antara kebutuhan kesehatan dengan sasaran yang telah ditentukan, dan mengembangkan sikap positif dalam menghadapi masalah.
- b. Rencana tindakan untuk membantu keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat, sehingga dapat menyelesaikan masalahnya, yaitu berdiskusi dengan keluarga tentang, konsekuensi yang akan timbul jika tidak melakukan tindakan, alternatif tindakan yang mungkin dapat diambil, serta sumber-sumber yang diperlukan dan manfaat dari masing-masing alternatif tindakan.
- c. Rencana tindakan agar keluarga dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat melakukan tindakan antara lain dengan mendemonstrasikan tindakan yang diperlukan, memanfaatkan fasilitas atau sarana yang ada di rumah, dan menghindari hal-hal yang merintangi keberhasilan keluarga dalam merujuk klien atau mencari pertolongan pada petugas kesehatan.
- d. Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, antara lain dengan membantu keluarga mencari cara untuk menghindari adanya ancaman dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, membantu keluarga memperbaiki fasilitas fisik yang ada, menghindari ancaman psikologis dengan memperbaiki pola komunikasi, memperjelas peran masing-

masing anggota keluarga, dan mengembangkan kesanggupan keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial.

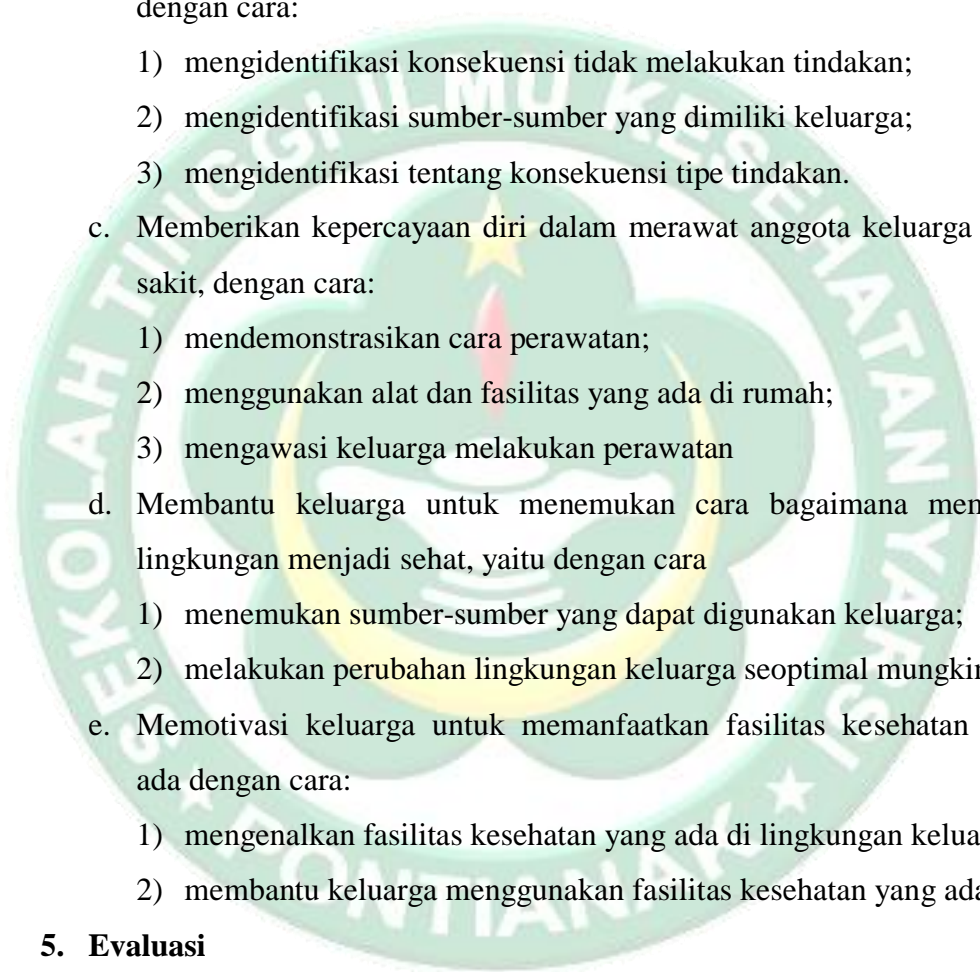
- e. Rencana tindakan berikutnya untuk membantu keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Perawat harus mempunyai pengetahuan yang luas dan tepat tentang sumber daya yang ada di masyarakat dan cara memanfaatkannya.

Adapun yang termasuk dalam intervensi keperawatan keluarga sebagai berikut:

- a. Tujuan dan kriteria hasil
 - 1) Keluarga memahami wabah penyakit
 - 2) Keluarga memahami cara mencegah kekambuhan
 - 3) Keluarga dapat memahami cara merawat dan memandirikan pasien
- b. Rencana tindakan
 - 1) Menanyakan kepada keluarga keadaan klien sebelum dirawat/sakit
 - 2) Mendiskusikan dengan keluarga tentang permasalahan pasien
 - 3) Jelaskan sebab dari penyakit
 - 4) Jelaskan cara mencegah kekambuhan
 - 5) Ajarkan keluarga cara merawat dan memandirikan pasien.

4. Implementasi Keperawatan

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. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut (Kholifah & Widagdo, 2016):

- 
- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara
 - 1) memberikan informasi;
 - 2) memberikan kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan;
 - 2) mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga;
 - 3) mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan.
 - c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) mendemonstrasikan cara perawatan;
 - 2) menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah;
 - 3) mengawasi keluarga melakukan perawatan
 - d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, yaitu dengan cara
 - 1) menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga;
 - 2) melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
 - e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
 - 1) mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga;
 - 2) membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh

keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil. Tujuan evaluasi dapat berupa mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan melanjutkan rencana tindakan keperawatan (Kholifah & Widagdo, 2016). Adapun proses evaluasi dengan mengukur pencapaian tujuan klien yang dapat berupa kognitif, afektif serta psikomotornya. Metode evaluasi yang digunakan berupa SOAP (Kholifah & Widagdo, 2016).

