**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Keluarga**
		1. **Pengertian Keluarga**

 Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak dkk, 2011 ). BKKBN (1999) dalam Sudiharto (2012) menyatakan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertakwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. Sedangkan menurut Wall, (1986) dalam Friedman (2010) menyatakan bahwa keluarga adalah sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sebagai sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga.

* + 1. **Ciri-Ciri Keluarga**

 Setiadi (2008) memaparkan ciri-ciri keluarga yaitu : a). Keluarga merupakan hubungan perkawinan, b). Keluarga bentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan, c). perkawinan yang senganja dibentuk atau dipelihara, d). Keluarga mempunyai suatu system tata nama (Nomen Clatur) termasuk, d). Perhitungan garis keturunan, e). Keluarga mempunyai fumgsi ekonomi yang dibentuk oleh anggotaanggotanya, f). berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan, g). dan membesarkan anak, h). Keluarga merupakan tempat tingggal bersama, ruamh atau rumah tangga.

* + 1. **Tipe Keluarga**

Mubarak (2011) membagi tipe keluarga menjadi : 1). Secara Tradisiona l yang dikelompokkan menjadi 2 yaitu : Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya dan Keluarga Besar (Extended Family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah ( kakek nenek, paman-bibi). 2). Secara Modern Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain di atas adalah : 1). Tradisional Nuclear terdiri Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah. 2) Reconstituted Nuclear yaitu pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anakanaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah. 3). Niddle Age/Aging Couple yaitu Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/ meniti karier. 4). Dyadic Nuclear yaitu Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah. 5). Single Parent atau orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannyaan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah. 6). Dual Carrier yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak. 7). Commuter Married yaitu Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu. 8). Single Adult yaitu Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin. 9) Three Generation yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.10). Institusional yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu pantipanti. 11). Comunal yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas. 12). Group Marriage yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak. 13) Unmaried Parent and Child yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi. Cohibing Couple yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin. 15). Gay and Lesbian Family yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

* + 1. **Struktur Keluarga**

Struktur keluarga terdiri dari : pola dan proses komunikasi, strukrurperan, struktur kekuatan dan struktur nilai dan norma (Mubarak dkk, 2011)menggambarkan sebagai berikut : a) Struktur komunikasi Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila : jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan ada hirarki kekuatan.b). Struktur peran yang dimaksud struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal.c) Struktur kekuatan yang dimaksud adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol atau mempengaruhi atau merubah perilaku orang lain : legitimate power (hak), referent power (ditiru), expert power (keahlian), reward power (hadiah), coercive power (paksa) dan affective power.d). Struktur nilai dan norma Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosil tertentu berarti disini adalah lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

* + 1. **Fungsi keluarga**

Ada lima fungsi keluarga menurut (Friedman, 2010), yaitu : 1). Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun untuk berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting.Peran utama orang dewasa dalam keluarga adalah fungsi afektif, fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya. 2). Fungsi sosialisasi dan status sosial Sosialisasi yaitu merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarg yang ditunjuk untuk mendidik anak – anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang di pikul suami-ayah dan istri-ibu. Status sosial atau pemberian status adalah aspek lain dari fungsi sosialisasi. Pemberian status kepada anak berarti mewariskan tradisi, nilai dan hak keluarga, walaupun tradisi saat ini tidak menunjukan pola sebagian besar orang dewasa Amerika. c). Fungsi reproduksi yaitu ntuk menjamin kontiniutas antar generasi kleuarga dan masyarakat yaitu menyediakan angagota baru untuk masyarakat. d). Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan terhadap kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relafan bagi perawat keluarga. e). Fungsi ekonomi yaitu fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

* + 1. **Tahap perkembangan keluarga.**

Tahap perkembangan keluarga dibagi menjadi (Friedman, 2010) : yaitu. A). Tahap I : Keluarga Pasangan Baru (beginning family) yaitu pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga barudengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan dan perencanaan keluarga. B). Tahap II : keluarga kelahiran anak pertama (childbearing family) yaitu mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan keluarga disini adalah setelah hadirnya anak pertama, keluarga memiliki beberapa tugas perkembangan penting. Suami, istri, dan anak harus memepelajari peran barunya, sementara unit keluarga inti mengalami pengembangan fungsi dan tanggung jawab. C). Tahap III : Keluarga dengan Anak Prasekolah (families with preschool) yaitu tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2½ tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saatini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suamiayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. tugas perkembangan keluarga saat ini berkembang baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengekplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak. D). Tahap IV : Keluarga dengan Anak Sekolah (families with schoolchildren) yaitu tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga yang maksimal dan hubungan akhir tahap ini juga maksimal. tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga dapat mensosialisasikan anak-anak, dapat meningkatkan prestasi sekolah dan mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan. E). Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja (families with teenagers) ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama, jika anak tetap tinggal dirumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tujuan utamapada keluarga pada tahap anak remaja adalah melonggarkan ikatankeluarga untuk meberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yanglebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa mudah. Tugas perkembangan keluarga yang pertama pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi. Tugas perkembangan keluarga yang kedua adalah bagi orang tua untuk memfokuskan kembali hubungan pernikahan mereka. Sedangkan tugas perkembangan keluarga yang ketiga adalah untuk anggota keluarga,terutama orang tua dan anak remaja, untuk berkomunikasi secara terbukasatu sama lain. F). Tahap VI : Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda (launching

centerfamilies) yaitu permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah. Ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau

jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri. G). Tahap VII : Orang Tua Paruh Baya (middle age families) yaitu tahap ini merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini dimulai ketika orang tua berusia sekitar 45 tahun sampai 55 tahun dan berakhir dengan persiunannya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Tugas keperawatan keluarga pada tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri serta menciptakan lingkungan yang sehat. H). Tahap VIII : Keluarga Lansia dan Pensiunan yaitu tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat pensiunan salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain. Tugas perkembangan keluarga pada tahap terakhir ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan dan kembali kerumah setelah individu pensiun/berhenti bekerja dapat menjadi problematik.

* + 1. **Tugas keluarga dalam bidang kesehatan**

 Ada 5 pokok tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (1998) dalam Dion & Betan (2013) adalah sebagai berikut : A). Mengenal masalah kesehatan keluarga Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah. B). Membuat keputusan tindakan yang tepat Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat menfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. C). Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut : 1). Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya). 2). Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan. 3). Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan. 4). Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yangbertanggung jawab, sumber keuangan dan financial, fasilitas fisik,psikososial). 5). Sikap keluarga terhadap yang sakit. D). Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut : 1). Sumber-sumber yang dimilki oleh keluarga. 2). Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan. 3). Pentingnya hiegine sanitasi. 4). Upaya pencegahan penyakit. 5). Sikap atau pandangan keluarga terhadap hiegine sanitasi. 6). Kekompakan antar anggota kelompok. E). Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut : 1). Keberadaan fasilitas keluarga. 2). Keuntungan-keuntungan yang diperoleh oleh fasilitas kesehatan. 3). Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan. 4). Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

* + 1. **Peran Perawat Keluarga**

 Ada tujuh peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2012) adalah sebagai berikut : A). Sebagai pendidik yaitu Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. B). Sebagai koordinator pelaksan pelayanan kesehatan Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan. C). Sebagai pelaksana pelayanan perawatan pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi “entry point” bagi perawatan untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif. D). Sebagai supervisor pelayanan keperawatan perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak.Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat. E). Sebagai pembela (advokat) perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hakhak keluarga klien.Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi system pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga.Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga. F). Sebagai fasilitator perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah. G). Sebagai peneliti Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahai masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh angota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul didalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga.

* + 1. **Prinsip perawatan kesehatan keluarga.**

 Setiadi (2008) mengatakan ada beberapa prinsip penting yang perlu diperhatikan dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga yaitu : 1). Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan.2). Dalam memberikan Asuhan Keperawatan Kesehatan keluarga sehat sebagai tujuan utama.3). Asuhan keperawatan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai

peningkatan kesehatan keluarga. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga, perawat melibatkan peran aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan ebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya.4). Lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang bersifat proinotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. 5). Dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga, keluarga memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin untuk kepentingan kesehatan keluarga.6). Sasaran Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah keluarga secara keseluruhan. Pendekatan yang dipergunakan dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah dengan menggunakan proses keperawatan. 7). Kegiatan utama dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah penyuluhan kesehatan dan Asuhan Keperawatan kesehatan dasar atau perawatan dirumah. 8).Diutamakan terhadap keluarga yang termasuk resiko tinggi.Keluarga-keluarga yang tergolong resiko tinggi dalam bidang kesehatan antara lain adalah : a). Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur. b). Keluarga dengan Ibu dengan resiko tinggi kebidanan. c). Keluarga dalam anak menjadi resiko tinggi karena. c). Keluarga mempunyai masalah hubungan antara anggota keluarga. d).

* 1. **Konsep Hipertensi**
		1. **Defenisi**

 Menurut Sheps (2005) dalam Masriadi (2016), hipertensi adalah penyakit dengan tanda adanya gangguan tekanan darah sistolik maupun diastolik yang naik diatas tekana darah normal. Tekanan darah sistolik adalah tekanan puncak yang tercapai ketika jantung berkontraksi dan memompakan darah keluar melalui arteri. Tekanan darah diastolik diambil tekanan jatuh ketitik terendah saat jantung rileks dan mengisi darah kembali. Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruh jaringan dan organ–organ tubuh secara terus– menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014). Hal ini terjadi bila arteriol arteriol konstriksi. Konstriksi arterioli membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah (Udjianti, 2010). Hipertensi sering juga diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (Muttaqin, 2009).

* + 1. **Anatomi Dan Fisiologi**

 Menurut Tarwoto (2009) Sistem kardiovaskuler terdiri dari jantung, vaskuler (arteri, vena, kapiler) dan limfatik. Fungsi utama sisitem kardiovaskuler adalah menghantarkan darah yang kaya oksigen keseluruh tubuh dan memompakan darah dari seluruh tubuh (jaringan) ke sirkulasi paru untuk dioksigenasi.

1. Jantung

Jantung merupakan organ utama system kardiovaskuler , berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum, diantara dua paru-paru. Bentuk jantung seperti kerucut tumpul, pada bagian bawah disebut apeks, letaknya lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepinya pada ruang interkosta V kiri atau kira-kira 9 cm dari kiri linea medioclavikularis, sedangkan bagian atasnya disebut basis terletak agak kekanan tepat nya pada kosta ke lll,1 cm dari tepi lateral sternum. Ukuran jantung kira-kira panjangnya 12 cm, lebar 8-9 cm tebalnya 6 cm. beratnya sekitar 200 sampai 425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram, pada perempuan sekitar 225 gram.

1. Pembuluh darah

Lubang pusat pada pembuluh darah yang disebut lumen dikelilinggi oleh dinding yang terdiri atas tiga lapisan : a). Tunika intima adalah lapisan dalam yang berhubungan langsung dengan darah. Terdiri atas lapisan dalam endotelium yang dikelilingi berbagai jaringan ikat.b). Tunika media adalah lapisan tengah yang terdiri atas otot polos dengan berbagai serat elastik. c). Tunika advensia adalah lapisan terluar yang terdiri atas jaringan ikat.

Sistem jantung dan pembuluh darah terdiri atas tiga macam pembuluh darah yang membentuk sistem jalur-jalur tertutup : 1). Arteri elastik adalah arteri terbesar, meliputi aorta dan cabang cabang terdekatnya. Mengandung banyak jaringan ikat. 2). Arteri muskular bercabang dari arteri elastik dan mendistribusikan darah ke berbagai bagian tubuh.3). Arteriol adalah pembuluh darah yang sangat kecil. Sebagian besar arteriol mempunyai tiga tunika pada dindingnya, dengan jumlah otot polos yang memadai pada tunika medika.

* + 1. **Klasifikasi Hipertensi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategori | TD Sistolik (mmHg) | TD diastolik (mmHg) |
| Normal | < 120 mmHg | < 80 mmHg |
| Prahipertensi | 120 – 139 mmHg | 80 – 89 mmHg |
| Stadium I | 140 – 159 mmHg | 90 – 99 mmHg |
| Stadium II | ≥ 160 mmHg | ≥ 100 mmHg |

Sumber : Smeltzer, et al, 2012

 Hipertensi juga dapat diklasifikasi berdasarkan tekanan darah orang dewasa menurut Triyanto (2014), adapun klasikasi tersebut sebagai berikut: Tabel 2.2 Klasfikasi Hipertensi Berdasarkan Tekanan Darah Pada Orang Dewasa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategori | TD Sistolik (mmHg) | TD diastolik (mmHg) |
| Normal | < 130 mmHg | < 85 mmHg |
| Normal Tinggi | 130 – 139 mmHg | 85 – 89 mmHg |
| Stadium 1 (ringan) | 140 – 159 mmHg | 90 – 99 mmHg |
| Stadium 2 (sedang) | 160 – 179 mmHg | 100 – 109 mmHg |
| Stadium 3 (berat) | 180 – 209 mmHg | 110 – 119 mmHg |
| Stadium 4 (maligna) | ≥ 210 mmHg | ≥ 120 mmHg |

* + 1. **Etiologi**
1. Hipertensi primer atau esensial

Hipertensi primer atau esensial adalah tidak dapat diketahuin penyebabnya. Hipertensi esensial biasanya dimulai sebagai proses labil (intermiten) pada individu pada akhir 30-an dan 50-an dan secara bertahap “ menetap “ pada suatu saat dapat juga terjadi mendadak dan berat, perjalanannya dipercepat atau “maligna“ yang menyebabkan kondisi pasien memburuk dengan cepat. Penyebab hipertensi primer atau esensial adalah gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, kopi, obat – obatan, faktor keturunan (Brunner & Suddart, 2015). Sedangkan menurut Robbins (2007), beberapa faktor yang berperan dalam hipertensi primer atau esensial mencakup pengaruh genetik dan pengaruh lingkungan seperti :stress, kegemukan, merokok, aktivitas fisik yang kurang, dan konsumsi garam dalam jumlah besar dianggap sebagai faktor eksogen dalam hipertensi.

1. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah kenaikan tekanan darah dengan penyebab tertentu seperti penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, berbagai obat, disfungsi organ, tumor dan kehamilan (Brunner & Suddart, 2015). Sedangkan menurut Wijaya & Putri (2013), penyebab hipertensi sekunder diantaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelianan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme dan pemakaian obat-obatan seperti kontasepsi oral dan kartikosteroid.

* + 1. **Patofisiologi**

Menurut Yusuf (2008), Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Tubuh mempunyai sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut. Sistem tersebut ada yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah dan ada juga yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah secara akut. Sistem tersebut ada yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah dan ada yang bereaksi lebih lama. Sistem yang cepat tersebut antara lain reflek kardiovaskular melalui baroreseptor, reflek kemorereptor, respon iskemia susunan saraf pusat, dan reflek yang berasal dari atrium, arteri pulmonalis, dan otot polos. Sistem lain yang kurang cepat merespon perubahan tekanan darah melibatkan respon ginjal dengan perngaturan hormon angiotensin dan vasopresor.

 Kejadian hipertensi dimulai dengan adanya atherosklerosis yang merupakan bentuk dari arterioklerosis (pengerasan arteri). Antherosklerosis ditandai oleh penimbunan lemak yang progresif pada dinding arteri sehingga mengurangi volume aliran darah ke jantung, karena sel-sel otot arteri tertimbun lemak kemudian membentuk plak, maka terjadi penyempitan pada arteri dan penurunan elastisitas arteri sehingga tidak dapat mengatur tekanan darah kemudian mengakibatkan hipertensi. Kekakuan arteri dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang dimanisfestasikan dalam bentuk hipertrofo ventrikel kiri (HVK) dan gangguan fungsi diastolik karena gangguan relaksasi ventrikel kiri sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi. (Hull, 1996; dalam Bustan 2007).

 Berdasarkan uraian patofisiologi hipertensi diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi dimulai adanya pengerasan arteri. Penimbunan lemak terdapat pada dinding arteri yang mengakibatkan berkurangnya volume cairan darah ke jantung. Penimbunan itu membentuk plak yang kemudian terjadi penyempitan dan penurunan elastisitas arteri sehingga tekanan darah tidak dapat diatur yang artinya beban jantung bertambah berat dan terjadi gangguan diastolik yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

**Skema 1.2. Patofisiologi Hipertensi**

* + 1. **Faktor-Faktor Resiko Hipertensi**

 Faktor-faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah oleh penderita hipertensi menurut Black & Hawks (2014) adalah sebagai berikut **:** 1). Faktor-faktor resiko yang tidak dapat diubah A). Riwayat keluarga Hipertensi dianggap poligenik dan multifaktorial yaitu, pada seseorang dengan riwayat keluarga, beberapa gen berinteraksi dengan yang lainnya dan juga lingkungan yang dapat menyebabkan tekanan darah naik dari waktu ke waktu. Klien dengan orang tua yang memiliki hipertensi berada pada risiko hipertensi yang lebih tinggi pada usia muda. C). Usia yaitu Hipertensi primer biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60 % klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Diantara orang dewasa, pembacaan tekanan darah sistolik lebih dari pada tekanan darah diastolic karena merupakan predictor yang lebih baik untuk kemungkinan kejadian dimasa depan seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung, dan penyakit ginjal. D). Jenis kelamin Hipertensi ebihbanyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai Ckira-kira usia 55 tahun. Resiko pada pria dan wanita hamper sama antara usia 55 sampai 74 tahun, wanita beresiko lebih besar. E). Etnis Peningkatan pravelensi hipertensi diantara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi penigkatannya dikaitkan dengan kadar rennin yang lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopressin, tinginya asupan garam, dan tinggi stress lingkungan. 2). Faktor-faktor resiko yang dapat diubah.A). Diabetes mellitus. Hipertensi telah terbukti terjadi lebih dua kali lipat pada klien diabetes mellitus karena diabetes mempercepat aterosklerosis dan menyebabkan hipertensi karena kerusakan pada pembuluh darah besar. B). Stress. Stress meningkat resistensi vaskuler perifer dan curah jantung serta menstimulasi aktivitas saraf simpatis. Stress adalah permasalahan persepsi, interpretasi orang terhadap kejadian yang menciptakan banyak stressor dan respon stress. C). Obesitas Obesitas terutama pada tubuh bagian atas, dengan meningkatnya jumlah lemak disekitar diafragma, pinggang dan perut, dihubungkan dengan pengembangan hipertensi. Kombinasi obesitas dengan faktorfaktor lain dapat ditandai dengan sindrom metabolis, yang juga meningkatkan resiko hipertensi. D). Nutrisi. Kelebihan mengosumsi garam bias menjadi pencetus hipertensi pada individu. Diet tinggi garam menyebabkan pelepasan hormone natriuretik yang berlebihan, yang mungkin secara tidak langsung menigkatkan tekanan darah. Muatan natrium juga menstimulasi. E). mekanisme vaseoresor didalam system saraf pusat. Penelitan juga menunjukkan bahwa asupan diet rendah kalsim, kalium, dan magnesium dapat berkontribusi dalam pengembangan hipertensi. F). Penyalahgunaan obat. Merokok sigaret, mengosumsi banyak alcohol, dan beberapa penggunaan obat terlarang merupakan faktor-faktor resiko hipertensi. pada dosis tertentu nikotin dalam rokok sigaret serta obat seperti kokain dapat menyebabkan naiknya tekanan darah secara langsung.

* + 1. **Tanda Dan Gejala**

 Pada pemeriksaan fisik, mungkin tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat edema pupil (edema pada diskus optikus ) (Brunner & Suddart, 2015). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun – tahun.Gejala, bila ada, biasanya menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai system organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan.Penyakit arteri koroner dengan angina adalah gejala yang paling menyertai hipertensi.Hipertrofi ventrikel kiri terjadi sebagai respons peningkatan beban kerja ventrikel saat dipaksa berkontraksi melawan tekana sistemik yang menigkat.Apabila jantung tidak mampu lagi menahan peningkatan beban kerja, maka dapat terjadi gagal jantung kiri (Brunner & Suddart, 2015).

 Crowin (2000) dalam Wijaya & Putri (2013), menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul : A). Nyeri kepala saat terjaga, kadang – kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekana intracranial. B). Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.C). Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat. D). Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerolus. E). Kalsium serum : peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi. F). Kolesterol dan trigeliserida serum : peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiofaskuler). G). Pemeriksaan tiroid : hipertiroidisme dapat mengakibatkan vasikonstriksi dan hipertensi. Kadar aldosteron urin dan serum : untuk menguji aldosteronisme primer (penyebab). H). Urinalisa : darah, protein dan glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes. I). VMA urin (metabolit katekolamin) : kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokomositoma (penyebab); VMA urin 24 jam dapat digunakan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul. J). Asam urat: hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.K). Steroid urin : kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi ptuitari, sindrom Cushing’s; kadar renin dapat juga meningkat.L). IVP : dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal dan ureter. M). Foto dada : dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub; deposit pada dan/ EKG atau takik aorta; perbesaran jantung. N). CT scan : mengkaji tumor serebral, CSV, ensevalopati, atau feokromositoma. O). EKG: dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan : Luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

* + 1. **Komplikasi**

Hipertensi yang tidak ditanggulangi dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ tubuh menurut Wijaya & Putri (2013), sebagai berikut : A). Jantung. Hipertensi dapat menyebab terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi. Akibatnya, jantung tidak lagi mampu memompa sehingga banyaknya cairang yang tetahan diparu maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas atau oedema. Kondisi ini disebut gagal jantung. B. Otak Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke 7 kali lebih besar. C). Ginjal. Hipertensi juga menyebabkan kerusakan ginjal, hipertensi dapat menyebabkan kerusakan system penyaringan didalam ginjal akibat lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh. D). Mata. Hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan.

* + 1. **Penatalaksanaan**

 Tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya perawatan dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Brunner & Suddart, 2015). A). Terapi nonfamakologis. Wijaya & Putri (2013), menjelaskan bahwa penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu : 1. Mempertahankan berat badan ideal. Radmarsarry, (2007) dalam Wijaya & Putri (2013), mengatasi obesitas juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolesterol namun kaya dengan serat dan protein, dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5 – 5 kg maka tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg. 2. Kurangi asupan natrium. Radmarsarry (2007) dalam Wijaya & Putri (2013), penguramgan konsumsi garam menjadi ½ sendok the/hari dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan diastolic sebanyak 2,5 mmHg.3). Batasi konsumsi alkohol. Radmarsarry (2007) dalam Wijaya & Putri (2013), konsumsi alkohol harus dibatasi karena konsumsi alcohol berlebihan dapat meningkatkan

tekanan darah.Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar dari pada mereka yang tidak meminum berakohol. 4). Diet yang mengandung kalium dan kalsium. Diet yang mengandung kalium dan kalsium. Kaplan, (2006) dalam Wijaya & Putri (2013), Pertahankan asupan diet potassium ( >90 mmol (3500 mg)/hari) dengan cara konsumsi diet tinggi buah dan sayur seperti : pisang, alpukat, papaya, jeruk, apel. kacang-kangan, kentang dan diet rendah lemak dengan cara mengurangi asupan lemak jenuh dan lemat total. Sedangkan menurut Radmarsarry (2007) dalam Wijaya & Putri (2013), kalium dapat menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersama urin.Dengan mengonsumsi buah-buahan sebanyak 3- 5 kali dalam sehari, seseorang bisa mencapai asupan potassium yamg cukup.5). Menghindari merokok. Dalimartha (2008) dalam Wijaya & Putri (2013), merokok memang tidak berhubungan secara langsung dengan timbulnya hipertensi, tetapi

merokok dapat menimbulkan resiko komplikasi pada pasien hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke, maka perlu dihindari rokok karena dapat memperberat hipertensi. 6. Penurunan Stress. Sheps (2005) dalam Wijaya & Putri ( 2013), stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi. Terapi pijat. Dalimartha (2008) dalam Wijaya & Putri (2013), pada prinsipnya pijat yang dikukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energy dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminalisir, ketika semua jalur energi tidak terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka risiko hipertensi dapat ditekan.

 Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.

jenis-jenis Obat Anti Hipertensi (OAH)

1. Diuretik

Obat-obatan jenis diuretik bekerja dengan mengeluarkan cairan tubuh (Iewat kencing), sehingga volume cairan tubuh berkurang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan dan berefek turunnya tekanan darah. Digunakan sebagai obat pilihan pertama pada hipertensi tanpa adanya penyakit lainnya.

1. Penghambat Simpatis

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktifitas syaraf simpatis (syaraf yang bekerja pada saat kita beraktifitas). Contoh obat yang termasuk dalam golongan penghambat simpatetik adalah metildopa, klonodin dan reserpin. Efek samping yang dijumpai adalah: anemia hemolitik (kekurangan sel darah merah kerena pecahnya sel darah merah), gangguan fungsi hati dan kadangkadang dapat menyebabkan penyakit hati kronis. Saat ini golongan ini jarang digunakan.

1. Betabloker

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis obat ini tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernafasan seperti asma bronkhial. Contoh obat golongan betabloker adalah metoprolol, propanolol, atenolol dan bisoprolol. Pemakaian pada penderita diabetes harus hati-hati, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (dimana kadar gula darah turun menjadi sangat rendah sehingga dapat membahayakan penderitanya). Pada orang dengan penderita bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan) sehingga pemberian obat harus hati-hati.

1. Vasodilatator

Obat ini bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos (otot pembuluh darah). Yang termasuk dalam golongan ini adalah prazosin dan hidralazin. Efek samping yang sering terjadi pada pemberian obat ini adalah pusing dan sakit kepala.

1. Penghambat enzim konversi angiotensin

Kerja obat golongan ini adalah menghambat pembentukan zat angiotensin II (zat yang dapat meningkatakan tekanan darah). Contoh obat yang termasuk golongan ini adalah kaptopril. Efek samping yang sering timbul adalah batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

1. Antagonis kalsium

Golongan obat ini bekerja menurunkan daya pompa jantung dengan menghambat kontraksi otot jantung (kontraktilitas). Yang termasuk golongan obat ini adalah : nifedipin, diltizem dan verapamil. Efek samping yang mungkin timbul adalah : sembelit, pusing, sakit kepala dan muntah.

1. Penghambat reseptor angiotensin II

Kerja obat ini adalah dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Obatobatan yang termasuk .golongan ini adalah valsartan. Efek samping yang mungkin timbul adalah sakit kepala, pusing, lemas dan mual.

 Tatalaksana hipertensi dengan obat anti hipertensi yang dianjurkan. 1). Diuretik: hidroclorotiazid dengan dosis 12,5 - 50 mg/hari.2). Penghambat ACE/penghambat reseptor angiotensin II : Captopril 25 – 100 mmHg. 2). Penghambat kalsium yang bekerja panjang : nifedipin 30 - 60 mg/hari. 3). Penghambat reseptor beta: propanolol 40 - 160 mg/hari.4). Agonis reseptor alpha central (penghambat simpatis): reserpin 0,05 - 0,25 mg/hari.

 Tatalaksana pengendalian penyakit hipertensi dilakukan dengan pendekatan: 1). Promosi kesehatan diharapkan dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri serta kondisi lingkungan sosial, diintervensi dengan kebijakan publik, serta dengan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai prilaku hidup sehat dalam pengendalian hipertensi. 2). Preventif dengan cara larangan merokok, peningkatan gizi seimbang dan aktifitas fisik untuk mencegah timbulnya faktor risiko menjadi lebih buruk dan menghindari terjadi Rekurensi (kambuh) faktor risiko. 3). Kuratif dilakukan melalui pengobatan farmakologis dan tindakan yang diperlukan. Kematian mendadak yang menjadi kasus utama diharapkan berkurang dengan dilakukannya pengembangan manajemen kasus dan penanganan kegawatdaruratan disemua tingkat pelayanan dengan melibatkan organisasi profesi, pengelola program dan pelaksana pelayanan yang dibutuhkan dalam pengendalian. 4). Rehabilitatif dilakukan agar penderita tidak jatuh pada keadaan yang lebih buruk dengan melakukan kontrol teratur dan fisioterapi Komplikasi serangan hipertensi yang fatal dapat diturunkan dengan mengembangkan manajemen rehabilitasi kasus kronis dengan melibatkan unsur organisasi profesi, pengelola program dan pelaksana pelayanan di berbagai tingkatan.

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**

 Asuhan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan bilogos, psikologis, sosial, dan spiritual yang diberikan langsung pada klien. Proses keperawatan sebagai alat bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan dimana Menurut Suprajitno, (2014) terdiri dari beberapa tahap yaitu:

* + 1. **Pengkajian**

 Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah :1). Data Umum : Menurut Friedman (2010), data umum yang perlu dikaji meliputi Nama KK, Umur, Agama, Alamat, Pekerjaan, Pendidikan, dan Penghasilan. 2). Data Komposisi Keluarga meliputi nama, jenis kelamin, Hubungan dengan Kepala Keluarga, pendididikan, status Imunisasi. 3). Genogram: adalah untuk mengetahui apakah ada riwayat hipertensi keturunan. 4). Tipe keluarga: untuk mengetahui jenis tipe keluarga yang akan dikaji. 5). Suku bangsa : untuk mengetahui apakah ada pengaruh suku bangsa terhada hipertensi. 6). Agama: untuk mengetahui agama yang dianut oleh klien yang akan dikaji. 7). Status ekonomi Keluarga: untuk mengetahui status ekonomi keluarga yang akan dikaji. 8). Aktivitas rekreasi keluarga: untuk mengetahui apakah keluarga melakukan rekreasi dengan anggota keluarga lainnya. 9). Riwayat tahap Perkembangan Keluarga saat ini : meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini dan riwayat Kesehatan sebelumnya. 10). Lingkungan: terdiri dari karakteristik rumah meliputi luas rumah, jenis, sirkulasi udara dan pencahayaan, pemanfaatan ruangan rumah, kebersihan ruangan rumah, kebersihan ruangan, lantai, jarak septik tank dengan sumur, sumber air minum, pembuangan limbah, halaman dimanfaatkan, keadaan pekarangan, pembungan sampah. 11). Denah rumah: meliputi karakteristik tetangga dan komunitas, Mobilitas Geografis Keluarga. 12). Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.13). Sistem Pendukung Keluarga. 14). Struktur Keluarga: meliputi pola dan struktur kekuatan keluarga. 15). struktur peran. 16). Nilai dan Norma Keluarga. 17). Fungsi Keluarga: meliputi fungsi afektif dan fungsi Sosialisasi. 18). Fungsi Reproduksi. 19). Fungsi ekonomi. 20). Stres dan koping keluarga: meliputi: stres jangka pendek dan jangka panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap stressor, stategi kopping yang di gunakan, Starategi adaptasi disfungsional. 21). Pemeriksaan fisik pada keluarga: meliputi pemeriksaan penampilan, kesadaran, tanda tanda vital, kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, dada, ekstremitas, antropometri, 22). Harapan Keluarga : yaitu harapan yang akan dicapai setelah dilakukannya tindakan kepeawatan keluarga yang setelah dilakukannya implementasi

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan :

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

 Hipertensi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada nilai 130/80 mm/Hg atau lebih. Fokus diagnosa keperawatan keluarga pada pasien hipertensi menurut NANDA (2018).

|  |  |
| --- | --- |
| **Kode** | **Diagnosis** |
| 00097  | Penurunan pelaksanaan aktifitas pengalih  |
| 00262  | Kesipan meningkatkan literasi kesehatan  |
| 00168  | Gaya hidup kurang gerak  |
| 00257  | Sindrom lansia lemah  |
| 00231  | Resiko sindrom lansia lemah  |
| 00215  | Defisiensi kesehatan komunitas  |
| 00188  | Prilaku kesehatan cenderung berisiko  |
| 00099  | Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan  |
| 00078  | Ketidakefektifan manajemen kesehatan  |
| 00080  | Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga  |
| 00043  | Ketidakefektifan perlindungan  |
| 00002  | Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh  |
| 000163  | Kesiapan meningkatkan nutrisi  |
| 00165  | Kesipan meningkatkan tidur  |
| 00198  | Gangguan pola tidur  |
| 00091  | Hambatan mobilitas di tempat tidur  |
| 00214  | Hambatan rasa nyaman  |
| 00183  | Kesiapan meningkatkan rasa nyaman  |
| 00132  | Nyeri akut  |
| 00133  | Nyeri kronis  |
| 00214  | Hambatan rasa nyaman  |
| 00183  | Kesiapan meningkatkan rasa nyaman  |

* + 1. **Fokus Intervensi Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi**

 Effendy (2014), mendefinisikan: rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan, dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan.

 Rencana keperawatan keluarga mencakup tujuan umum dan tujuan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab (Suprajitno, 2014). Sedangkan Friedman (2014) menyatakan ada beberapa tingkat tujuan. Tingkat pertama meliputi tujuan-tujuan jangka pendek yang sifatnya dapat diukur, langsung dan spesiflk. Sedangkan tingkat kedua adalah tujuan jangka panjang yang merupakan tingkatan terakhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang 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 keiuarga, sehingga dapat diangkat tiga respon yaitu respon verbal, kognitif, afektif atau perilaku, dan respon psikomotor untuk mangatasi masalahnya. Tujuan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang (Effendy 2014). Tujuan jangka pendek pada penderita 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 (Effendy, 2014).

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

 Dalam memilih tindakan keperawatan tergantung pada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk pemecahan. Intervensi keluarga dengan masalah hipertensi menurut Doengoes antara lain mengkaji tekanan darah, menganjurkan kepada keluarga menciptakan lingkungan yang nyaman, segar, bebas polusi pertahankan pembatasan aktivitas, seperti istirahat di tempat tidur dan menghindari stres (Doengoes (2014).

 Selain itu juga perlu dikaji pemahaman klien tentang hipertensi kemudian mendiskusikan dengan keluarga tentang hipertensi (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan, pengobatan, serta komplikasi hipertensi). Menganjurkan pada klien agar manghindari makan makanan yang mengandung banyak Natrium (garam/asin). Kaji keefektifan strategi koping dengan mengobservasi perilaku klien dan keluarga, misal kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan. Berikan informasi tentang sumber-sumber di masyarakat dan dukungan anggota keluarga (Doengoes, 2014).