

BAB II

KONSEP DASAR TEORI

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Wahyuni, et al., 2021).

Keluarga adalah populasi orang yang diundang oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang ikut berkumpul serta mempertahankan budaya yang umum, untuk bertujuan meningkatkan perkembangan diantaranya mental, emosi, fisik, emosional dan sosial dari setiap individu yang ada (Febriyanti, et al., 2023).

Keluarga merupakan dua orang tau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Salamung, et al., 2021).

Dari beberapa pengertian diatas maka penulis menyimpulkan bahwa keluarga adalah hubungan antar individu yang memiliki hubungan karena terikat pernikahan, kelahiran ataupun adopsi yang

tinggal bersama dalam satu rumah dan saling ketergantungan dengan kedekatan emosional.

2. Ciri-ciri Keluarga

Menurut Wahyuni, et al., (2021) ciri-ciri keluarga antara lain yaitu :

- a. Terorganisasi, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan, dimana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

3. Tipe Keluarga

Menurut Wahyuni, et al., (2021) tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis:

- a. Tipe Keluarga Tradisional
 - 1) *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.
 - 2) *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
 - 3) *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
 - 4) *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.

- 5) *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
 - 6) *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri di rumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
 - 7) *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.
- b. Tipe Keluarga Non tradisional
- 1) *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
 - 2) *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
 - 3) *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri.
 - 4) *Nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan.
 - 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara.

4. Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam buku Wahyuni, et al., (2021) struktur keluarga digambarkan sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengiriman yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat atau informal.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (*legitimate power*), ditiru (*referen power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) 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 sosial tertentu lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Duvall (1997) dalam buku Wahyuni, et al., (2021) terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (*Eight-Stage Family Life Cycle*):

- a. *Married couples (without children)*, pasangan nikah dan belum memiliki anak.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim dan memuaskan.
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.
- 4) Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga, yakni keluarga suami, keluarga istri, dan keluarga sendiri.

- b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.

Tugas perkembangan keluarga yang penting pada tahap ini adalah:

- 1) Persiapan menjadi orang tua.
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi,

hubungan seksual, dan kegiatan.

- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

c. *Families with preschool children (oldest child 2,5- 6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.

Tugas perkembangan pada tahap ini ialah:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi.
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam keluarga maupun dengan masyarakat.
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
- 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.

d. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.

Tugas perkembangan pada tahap ini yakni:

- 1) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin

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

- e. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.

Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga. Tahap ini merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Sering kali muncul konflik orang tua dan anaknya yang berusia remaja.

- f. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.

- 3) Membantu orang tua memasuki masa tua.
 - 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
 - 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- 1) Tugas perkembangan pada usia perkawinan ini adalah:
Mempertahankan kesehatan.
 - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
 - 3) Meningkatkan keakraban pasangan. Fokus utama dalam usia keluarga ini antara lain mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.
- Tugas perkembangan pada tahap usia perkawinan ini ialah:
- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
 - 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
 - 3) Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
 - 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
 - 5) Melakukan life review.

- 6) Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

6. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam buku Wahyuni, et al., (2021) Berikut adalah secara umum fungsi keluarga :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya masalah yang timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk fungsi afektif antara lain:

1) Memelihara saling asuh (mutual nurturance)

Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan saling menerima, dan saling mendukung antar anggota. Setiap anggota yang mendapat kasih sayang dan dukungan dari anggota lain, maka kemampuan untuk memberi akan meningkat, sehingga tercipta hubungan yang hangat dan mendukung. Syarat untuk

mencapai keadaan saling asuh adalah komitmen dari individu masing-masing dan hubungan yang terjaga dengan baik di dalam keluarga.

2) Keseimbangan saling menghargai

Adanya sikap saling menghargai dengan mempertahankan suasana yang positif dimana setiap anggota keluarga diakui serta dihargai keberadaan dan haknya masing-masing, sehingga fungsi afektif akan tercapai. Tujuan utama dari pendekatan ini ialah keluarga harus menjaga suasana dimana harga diri dan hak masing-masing anggota keluarga dijunjung tinggi. Keseimbangan saling menghargai dapat tercapai apabila setiap anggota keluarga menghargai hak, kebutuhan, dan tanggung jawab anggota keluarga lain.

3) Pertalian dan identifikasi

Kekuatan yang besar dibalik persepsi dan kepuasan dari kebutuhan individu dalam keluarga adalah pertalian (bonding) atau kasih sayang (attachment) yang digunakan secara bergantian. Kasih sayang antara ibu dan bayi yang baru lahir sangatlah penting karena interaksi dari keduanya akan mempengaruhi sifat dan kualitas hubungan kasih sayang selanjutnya, hubungan ini mempengaruhi perkembangan psikososial dan kognitif. Oleh karena itu, perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku

orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

4) Keterpisahan dan kepaduan

Salah satu masalah psikologis yang sangat menonjol dalam kehidupan keluarga adalah cara keluarga memenuhi kebutuhan psikologis, memengaruhi identitas diri dan harga diri individu. Selama masa awal sosialisasi, keluarga membentuk tingkah laku seorang anak, sehingga hal tersebut dapat membentuk rasa memiliki identitas. Untuk merasakan memenuhi keterpaduan (connectedness) yang memuaskan. Setiap keluarga menghadapi isu-isu keterpisahan dan kebersamaan dengan cara yang unik, beberapa keluarga telah memberikan penekanan pada satu sisi dari pada sisi lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk

mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

7. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Salamung, et al., (2021) keluarga memiliki lima tugas kesehatan yang harus dijalankan oleh keluarga yang meliputi tugas :

a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Keluarga mampu mengenali perubahan yang dialami oleh anggota keluarga sehingga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka keluarga akan segera menyadari dan mencatat kapan dan seberapa besar perubahan tersebut.

b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Tugas utama keluarga mampu memutuskan dalam menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat teratasi. Apabila keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah maka keluarga meminta bantuan orang lain disekitarnya.

c. Keluarga mampu memberikan keperawatan pada anggota keluarganya yang sakit

Keluarga mampu memberikan pertolongan pertama apabila keluarga memiliki kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit atau langsung membawa ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan tindakan selanjutnya sehingga masalah terlalu parah.

d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan agar dapat memberikan manfaat bagi anggota dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan apabila ada anggota keluarga yang sakit. Keterbatasan dalam mengatasi masalah maka keluarga meminta bantuan orang lain disekitarnya.

8. Tingkat Kemandirian Keluarga

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, n.d. (2006) kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan Masyarakat di bagi dalam 4 tingkatan yaitu : Keluarga Mandiri tingkat I (paling rendah) sampai Keluarga Mandiri tingkat IV (paling tinggi).

a. Keluarga Mandiri Tingkat Pertama (KM-I) Kriteria :

1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.

2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan

rencana keperawatan.

b. Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM – II) Kriteria :

- 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- 4) Melakukan perawatan sederhana sesuai juga dianjurkan.

c. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM – III) Kriteria :

- 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- 5) Melakukan perawatan sederhana sesuai juga dianjurkan.
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

d. Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM – IV) Kriteria :

- 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.

- 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran.
- 5) Melakukan perawatan sederhana sesuai juga dianjurkan.
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- 7) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Tabel 2. 1 Tingkat Kemandirian Keluarga

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian Keluarga			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat	✓	✓	✓	✓
2.	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan	✓	✓	✓	✓
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah Kesehatan secara benar		✓	✓	✓
4.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan		✓	✓	✓
5.	Memanfaatkan fasilitas Kesehatan secara aktif			✓	✓
6.	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran			✓	✓
7.	Melakukan tindakan promotive secara aktif				✓

9. Peran Perawat Keluarga

Menurut Gusti (2013) dalam buku Salamung, et al., (2021) peran perawat keluarga dijelaskan yaitu sebagai berikut :

- a. Pendidik, pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada keluarga agar keluarga secara mandiri mampu dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.
- b. Koordinator, perawatan berkelanjutan memerlukan koordinator agar tercapainya pelayanan yang komprehensif.

- c. Pelaksana, perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarganya, baik di rumah atau di klinik memiliki tanggung jawab dalam memberikan perawatan secara langsung.
- d. Pengawas kesehatan, perawat melakukan kunjungan rumah untuk mengidentifikasi terkait kesehatan keluarga.
- e. Konsultan, perawat berperan sebagai narasumber bagi keluarga saat menghadapi permasalahan kesehatan.
- f. Kolaborasi, perawat bekerja sama dengan tim pelayanan kesehatan lainnya untuk mencapai kesehatan setinggi-tingginya.
- g. Fasilitator, membantu keluarga dalam menghadapi kendala peningkatan derajat kesehatannya.
- h. Penemu kasus, mengidentifikasi masalah secara dini.
- i. Modifikasi lingkungan, perawat harus memodifikasi lingkungan baik di rumah atau masyarakat untuk mencapai kesehatan lingkungan.

10. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga menurut IPKKI (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia) yaitu:

- a. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Definisi: pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah Kesehatan kedalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan.

- b. Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan

Definisi: ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.

c. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

Definisi: hambatan kemampuan untuk mengubah gaya hidup/perilaku dalam cara memperbaiki status kesehatan.

11. Intervensi

Rencana asuhan keperawatan keluarga

a. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan :

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.
- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk anggota keluarga yang sakit.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan bagi anggota keluarga yang sakit.
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Tabel 2. 2 Intervensi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Intervensi	Rasional
1. Jelaskan tentang penyakit, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila penanganan tidak tepat dengan	1. Keluarga dan klien mampu memahami penyakitnya, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila

Intervensi	Rasional
<p>bahasa yang mudah dipahami.</p> <p>2. Beri dukungan dalam membuat Keputusan tentang perawat dan pemeliharaan kesehatan.</p> <p>3. Anjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam menghindari meminimalisir segala bentuk makanan dan minuman serta aktivitas yang dapat menyebabkan penyakit kambuh.</p> <p>4. Anjurkan kepada keluarga untuk menjaga kondisi fisik klien dengan tidak membiarkan klien melakukan aktivitas berat yang membuat dia kelelahan.</p> <p>5. Anjurkan kepada keluarga untuk memeriksakan ke pelayanan Kesehatan terdekat baik saat sakit maupun tidak untuk mengetahui perkembangan penyakit.</p>	<p>penanganan tidak tepat.</p> <p>2. Pemberian dukungan kepada keluarga dapat memudahkan keluarga untuk pengambilan Keputusan yang tepat dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan klien.</p> <p>3. Keikutsertaan keluarga secara optimal dapat membantu klien untuk mempertahankan kesehatannya.</p> <p>4. Dorongan dan motivasi dari keluarga dapat membantu meningkatkan derajat Kesehatan.</p> <p>5. Pemeriksaan yang teratur dapat mencegah keadaan penyakit lebih berat dan dapat mengontrol kesembuhan klien.</p>

b. Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x

kunjungan diharapkan :

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.
- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk anggota keluarga yang sakit.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan bagi anggota keluarga yang sakit.
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Tabel 2. 3 Intervensi Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang penyakit, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila penanganan tidak tepat dengan bahasa yang mudah dipahami. 2. Beri dukungan dalam membuat Keputusan tentang perawat dan pemeliharaan kesehatan. 3. Anjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam menghindari meminimalisir segala bentuk makanan dan minuman serta aktivitas yang dapat menyebabkan penyakit kambuh. 4. Anjurkan kepada keluarga untuk menjaga kondisi fisik klien dengan tidak membiarkan klien melakukan aktivitas berat yang membuat dia kelelahan. 5. Anjurkan kepada keluarga untuk memeriksakan ke pelayanan Kesehatan terdekat baik saat sakit maupun tidak untuk mengetahui perkembangan penyakit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dan klien mampu memahami penyakitnya, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila penanganan tidak tepat. 2. Pemberian dukungan kepada keluarga dapat memudahkan keluarga untuk pengambilan Keputusan yang tepat dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan klien. 3. Keikutsertaan keluarga secara optimal dapat membantu klien untuk mempertahankan kesehatannya. 4. Dorongan dan motivasi dari keluarga dapat membantu meningkatkan derajat Kesehatan. 5. Pemeriksaan yang teratur dapat mencegah keadaan penyakit lebih berat dan dapat mengontrol kesembuhan klien.

c. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x

kunjungan diharapkan :

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.
- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk anggota keluarga yang sakit.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan bagi anggota keluarga yang sakit.

- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada

Tabel 2. 4 Intervensi Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

Intervensi	Rasional
1. Jelaskan tentang penyakit, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila penanganan tidak tepat dengan bahasa yang mudah dipahami.	1. Keluarga dan klien mampu memahami penyakitnya, meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, penanganan, dan pencegahan serta akibat bila penanganan tidak tepat.
2. Beri dukungan dalam membuat Keputusan tentang perawat dan pemeliharaan kesehatan.	2. Pemberian dukungan kepada keluarga dapat memudahkan keluarga untuk pengambilan Keputusan yang tepat dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan klien.
3. Anjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam menghindari meminimalisir segala bentuk makanan dan minuman serta aktivitas yang dapat menyebabkan penyakit kambuh.	3. Keikutsertaan keluarga secara optimal dapat membantu klien untuk mempertahankan kesehatannya.
4. Anjurkan kepada keluarga untuk menjaga kondisi fisik klien dengan tidak membiarkan klien melakukan aktivitas berat yang membuat dia kelelahan.	4. Dorongan dan motivasi dari keluarga dapat membantu meningkatkan derajat Kesehatan.
5. Anjurkan kepada keluarga untuk memeriksakan ke pelayanan Kesehatan terdekat baik saat sakit maupun tidak untuk mengetahui perkembangan penyakit.	5. Pemeriksaan yang teratur dapat mencegah keadaan penyakit lebih berat dan dapat mengontrol kesembuhan klien.

B. Konsep Dasar Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan sangat serius saat ini. Hipertensi adalah salah satu isu kesehatan masyarakat terbesar didunia yang biasa disebut silent killer karena tanda-tanda atau gejalanya sulit untuk dideteksi. Hipertensi mengarah pada faktor risiko utama penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal. Hipertensi yaitu kondisi tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg yang di ukur 2 kali dengan perbedaan waktu menit dalam kondisi istirahat (Kodriati, et al., 2024).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi dengan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Tika, 2021).

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wulandari, et al., 2023).

Dari beberapa pengertian diatas, maka penulis menyimpulkan bahwa hipertensi adalah kondisi tekanan darah tinggi dimana tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

2. Etiologi

Menurut Prihatini & Rahmanti (2021) tekanan darah tinggi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor genetik, faktor lingkungan, dan interaksi antara dua faktor tersebut. Hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Hipertensi Esensial atau Primer

Hipertensi esensial atau primer (disebut juga hipertensi idiopatik) sampai saat ini belum diketahui penyebabnya. Hipertensi ini paling sering banyak terjadi, sekitar 90% penderita hipertensi adalah hipertensi ini. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, aldosteronism, pheochro-mocytoma, gagal ginjal, dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang diduga menjadi penyebab hipertensi primer, termasuk juga faktor lain seperti lingkungan dan gaya hidup tidak sehat antara lain mengonsumsi alkohol dan merokok. Diagnonis hipertensi diberikan setelah dilakukan pengukuran minimal dua kali dengan rentang waktu pengukuran 2 menit dan terbaca adanya peningkatan tekanan darah.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang diketahui penyebabnya, antara lain penyakit kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid, penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme).

3. Manifestasi Klinik

Menurut Ibrahim (2017) tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi:

- a. Tidak bergejala: maksudnya tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa, jika kelainan arteri tidak diukur, maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa.
- b. Gejala yang lazim: gejala yang lazim menyertai hipertensi adalah nyeri kepala, kelelahan. Namun hal ini menjadi gejala yang terlazim pula pada kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Menurut Rokhlaeni (2001) dalam jurnal Ibrahim (2017), manifestasi klinis pasien hipertensi diantaranya: mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, kesadaran menurun. Gejala lainnya yang sering ditemukan: marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang.

4. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh Angiotensin I Converting Enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang

diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama.

Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal.

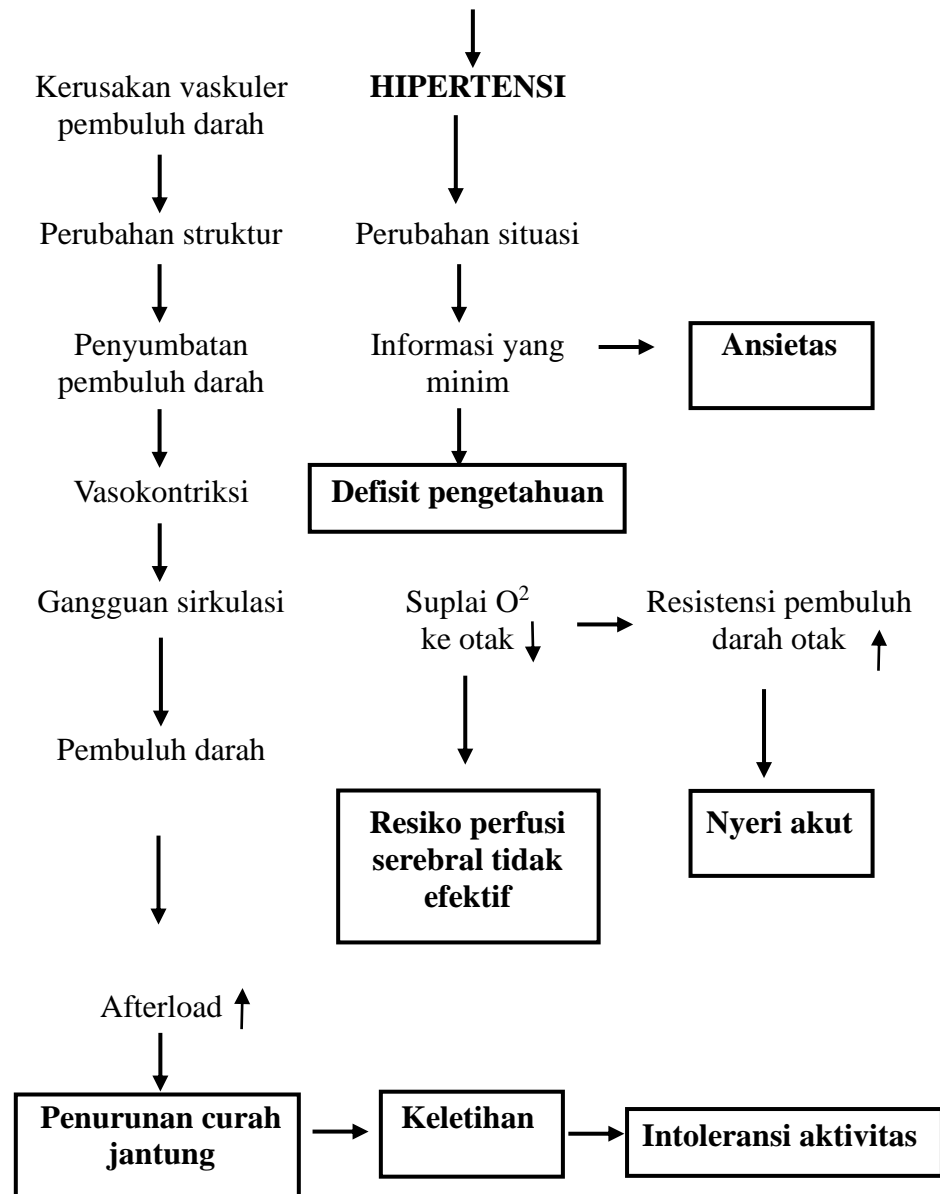
Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat kompleks. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang

adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Lukitiningtyas & Cahyono, 2023).

5. Pathway

Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

Faktor – faktor penyebab hipertensi : genetik, obesitas, jenis kelamin, pola makan, gaya hidup, stress dll



Sumber : Pathway dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI 2017)

6. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan *the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension* 2013 kelompok umur 18 tahun atau lebih: (Pradono, et al., 2020).

Tabel 2. 5 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	≥180	≥110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	<90

7. Komplikasi

Menurut Prihatini & Rahmanti (2021) hipertensi dapat menyebabkan berbagai penyakit yaitu:

- a. Stroke terjadi akibat perdarahan di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah non otak yang terpajan tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri yang ada di otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga daerah yang perlu diberi darah olehnya jadi kurang. Gejala stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba kemudian terasa bingung, limbung atau bertingkah seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa sulit untuk digerakkan (wajah, mulut, tangan, kaki), berbicara tidak jelas, serta tidak sadar diri secara mendadak.

- b. Infark miokard (serangan jantung) dapat terjadi apabila terjadi penumpukan lemak, kolesterol dan zat dain (aterosklerosis) dalam pembuluh darah sehingga tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau terdapat trombus yang menghambat aliran darah ke jantung. Hipertensi dapat memicu infark dikarenakan kebutuhan oksigen miokardium tidak terpenuhi. Hipertropi ventrikel juga dapat menimbulkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritma, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan pembekuan.
- c. Gagal ginjal terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus yang menyebabkan darah mengalir ke unit fungsional ginjal, kemudian nefron akan terganggu, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik kolid berkurang, dan edema yang sering kita temui pada hipertensi kronik.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Kasih & Kasih (2023) pemeriksaan penunjang pada pasien hipertensi terdiri dari:

- a. Laboratorium :
 - 1) Natrium, kalium, kreatinin serum, dan perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR). Jika tersedia, profil lipid dan puasa glukosa
 - 2) Curiga hipertensi sekunder : Rasio aldosteron-renin, tes skrining lain untuk kelebihan kortisol

- 3) LFT
- 4) RFT.
- b. Test Urine : Dipstick urine tes
- c. EKG : Mendeteksi atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy (LVH), penyakit jantung iskemik Echocardiografi : LVH, disfungsi systolic/diastolic, atrial dilation, koartasio aorta
- d. CT-Scan atau MRI : Untuk mendeteksi perdarahan atau iskemik pada otak
- e. USG Ginjal dan angiografi tomografi (skrining kerusakan ginjal, dan renovascular): untuk menentukan ada tidaknya HMOD atau penyakit kardiovaskular, serebrovaskular atau ginjal yang sudah ada sebelumnya, untuk stratifikasi risiko.

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut Ibrahim (2017) penatalaksanaan pada pasien hipertensi diantaranya:

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Secara garis besar terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu: mempunyai efektivitas yang tinggi, mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal, memungkinkan penggunaan obat secara oral, tidak menimbulkan intoleransi, harga obat relatif murah sehingga terjangkau oleh klien, dan memungkinkan penggunaan jangka panjang. Berdasarkan penelitian terbaru pada

obat- obat antihipertensi yang tersedia sekarang ini angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE inhibitor), angiotensin-receptor blocker (ARBs), calcium channel blocker, diuretik tipe Tiazid, beta-blocker, semua menurunkan komplikasi penyakit hipertensi.

b. Penatalaksanaan Non-Farmakologi

Adopsi gaya hidup sehat oleh semua individu penting dalam pencegahan meningkatnya tekanan darah dan bagian yang tidak terpisahkan dari terapi pasien dengan hipertensi. Terdapat banyak pilihan terapi non-farmakologis dalam menangani hipertensi pada lansia, terutama bagi mereka dengan peningkatan tekanan darah yang ringan. Bukti saat ini menunjukkan bahwa perubahan gaya hidup cukup efektif dalam menangani hipertensi ringan pada lansia. Beberapa cara berikut membantu menurunkan tekanan darah pada lansia: mengurangi berat badan yang berlebihan, mengurangi atau bahkan menghentikan konsumsi alkohol, mengurangi intake garam pada makanan, dan melakukan olah raga ringan secara teratur. Cara lain yang secara independen mengurangi resiko penyakit arteri terutama adalah berhenti merokok.

10. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dari hipertensi Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI 2017) yaitu:

a. Nyeri akut

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Definisi: beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

c. Intoleransi aktivitas

Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

11. Intervensi

Rencana asuhan keperawatan:

a. Nyeri akut

Tujuan : tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik.

Data yang mungkin muncul : tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat.

Tabel 2. 6 Intervensi Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.
2. Identifikasi skala nyeri	2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien
3. Identifikasi respon nyeri non verbal	3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan
4. Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	

Intervensi	Rasional
5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	pasien 4. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan cara non-farmakologis 5. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk. 6. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Tujuan : perfusi serebral meningkat.

Kriteria hasil : sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun menurun.

Tabel 2. 7 Intervensi Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
1. Observasi tanda - tanda vital 2. Monitor MAP (mean arterial pressure) 3. Berikan posisi semi fowler 4. Berikan Slow Stroke Back Massage.	1. Untuk mendeteksi penurunan perfusi serebral 2. Untuk memeriksa apakah aliran darah tercukupi dengan baik 3. Untuk membantu mengurangi sesak napas 4. Untuk membantu menurunkan tekanan darah

c. Intoleransi aktivitas

Tujuan : tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik.

Data yang mungkin muncul : mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Tabel 2. 8 Intervensi Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
1. Monitor kelelahan fisik dan emosional.	1. Untuk mengetahui Tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien.
2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.	2. Untuk mengetahui lokasi dan Tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas.
3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus.	3. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien.
4. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.	4. Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien.
5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.	5. Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dengan mudah.