

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga biasanya didefinisikan berdasarkan strukturnya, di mana setiap anggota memiliki peran tertentu, seperti ayah, ibu, atau anak. Namun, keluarga juga dapat didefinisikan berdasarkan hubungan satu sama lain. Keluarga adalah kelompok sosial yang diakui, biasanya disatukan oleh darah, pernikahan, hidup bersama, atau adopsi, dan membentuk hubungan emosional dan berfungsi sebagai unit ekonomi masyarakat (Simanullang et al., 2024).

Keperawatan keluarga adalah pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan keluarga sebagai unit utama dalam proses perawatan. Konsep ini memandang keluarga sebagai sistem yang saling terkait, di mana kesehatan individu dalam keluarga dipengaruhi oleh dinamika dan kondisi keseluruhan anggota keluarga lainnya (Simanullang et al., 2024).

2.1.2 Tipe Keluarga

Terdapat beberapa tipe keluarga berdasarkan para ahli. Secara umum tipe keluarga di bagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan *modern* (Non tradisional) (Fadhilah & Yuliarsih, 2024).

A. Tradisional

Tipe keluarga tradisional memiliki struktur yang utuh dan tetap. Tipe keluarga tradisional merupakan tipe yang paling umum sering

ditemukan di negara-negara bagian timur. Ada beberapa tipe keluarga tradisional, yaitu sebagai berikut:

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga inti terbentuk karena pernikahan atau kelahiran, dan dari sebab biologis maupun adopsi.

2. Keluarga Tanpa Anak (*Dyad Family*)

Keluarga terdiri dari suami dan istri tanpa anak yang hidup bersama dalam satu rumah, baik pasangan yang baru menikah yang sepakat untuk menunda memiliki anak maupun yang sudah lama menikah dan tidak memiliki anak.

3. *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena wanita mengejar karier atau pendidikan.

4. Keluarga Adopsi

Keluarga yang mendapatkan anak secara sah dan mengambil tanggung jawab dari orangtua kandung.

5. Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga yang terdiri dari anggota keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) disertai paman, tante, orang tua keponakan, dan lain-lain. Keluarga besar ini merupakan gabungan dari beberapa generasi yang hidup bersama dalam satu rumah.

6. Keluarga Orang Tua Tunggal (*Single-Parent Family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua yaitu ayah atau ibu (tidak memiliki pasangan) dengan anak, baik anak kandung maupun anak angkat, biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan.

7. *Commuter Family*

Suami istri yang bekerja berjauhan atau tinggal terpisah di kota yang berbeda, tetapi dapat berkumpul dengan anggota keluarga pada waktu-waktu tertentu.

8. *Multigenerational Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa generasi atau tingkatan umur yang tinggal dalam satu rumah.

9. *Kin-Network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama.

10. Keluarga Campuran (*Blended Family*)

Duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.

11. Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (*Single Adult*)

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri tanpa pasangan karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.

12. Keluarga Binuklir

Keluarga atau suami istri yang bercerai dan anak menjadi bagian anggota keluarga dari dua rumah tangga inti ibu dan ayah yang berpisah.

B. Non Tradisional (*modern*)

Bentuk keluarga non tradisional atau keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial yang terbentuk secara legal maupun tidak legal. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya keluarga modern ini diantaranya yaitu karena adanya kebutuhan berbagi, berinteraksi dan hubungan relasi sosial, serta adanya kesepakatan. Bentuk keluarga modern atau non tradisional yang paling umum saat ini adalah:

1. *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terbentuk tanpa adanya pernikahan, yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2. *Reconstituted Nuclear*

Keluarga yang terbentuk karena pernikahan kembali setelah berpisah dan hidup bersama anak hasil pernikahan yang lama maupun pernikahan yang baru.

3. *The Step Parent Family*

Keluarga dengan anak yang diadopsi oleh pasangan suami dan istri baik yang sudah memiliki anak maupun belum.

4. *Commune Family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa pasangan suami istri yang tidak memiliki hubungan darah, dan tinggal satu atap bersama anak anaknya. Keluarga terbentuk karena kesepakatan bersama untuk hidup satu atap dan hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok dan membesarkan anak bersama.

5. *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family* (Keluarga Heteroseksual)

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan dalam waktu singkat tanpa melalui pernikahan.

6. *Gay and Lesbian Families*

Seseorang yang mempunyai jenis kelamin yang sama yang hidup bersama sebagaimana suami dan istri.

7. *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu, misalnya diperantauan karena berasal dari daerah yang sama.

8. *Group-Marriage Family*

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

9. *Group Network Family*

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

10. *Foster Family*

Keluarga yang menerima anak karena kehilangan orang tua atau orang tua yang sengaja menitipkan anaknya dalam waktu sementara hingga anak tersebut kembali kepada keluarga aslinya.

11. *Institusioal Anak atau orang dewasa yang tinggal bersama di sebuah panti atau dinas sosial karena kehilangan keluarga atau sengaja dititipkan oleh keluarga.*

12. *Homeless Family*

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

13. *Gang Family*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi dan peran keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota

keluarga terkendala, dalam melaksanakan peran dan fungsinya maka tujuan keluarga akan terhambat.

Aspek fungsional keluarga merupakan pembentuk ikatan keluarga yang intim, interaktif dan saling ketergantungan yang memiliki nilai-nilai, tujuan, sumber tanggung jawab, dan keputusan sepanjang waktu (Steinmetz, Clavan, & Stein, 1990).

Menurut Friedman (1998) dalam Fadhilah & Yuliarsih (2024) fungsi pokok keluarga dikelompokkan dalam lima poin yaitu fungsi reproduktif, sosialisasi, affektif, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

A. Fungsi reproduktif

Fungsi reproduksi berkaitan dengan hubungan suami istri dan pola reproduksi memiliki keturunan untuk mempertahankan generasi penerus keluarga, budaya dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

B. Fungsi sosial

Fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial, menanamkan nilai-nilai, norma, sikap dan perilaku dalam berhubungan dengan orang lain.

C. Fungsi affektif

Keluarga berfungsi memberikan kasih sayang, perhatian, rasa nyaman, membantu anggota keluarga untuk belajar saling menghormati dan menggunakan koping pada saat menghadapi konflik atau stress. Fungsi ini dapat membentuk karakteristik atau identitas keluarga, dan membentuk perkembangan psikologis

anggota keluarga. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi affektif yaitu saling mendukung, menghormati, saling asuh, menciptakan kehangatan dan menjalin hubungan yang dekat antara anggota keluarga.

D. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian, rumah tempat tinggal. Kemampuan keluarga untuk memperoleh penghasilan yang baik dan mengelola dengan bijak merupakan faktor penting untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi. Penghasilan keluarga diperoleh dari ayah, ibu atau anak yang bekerja.

E. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan

Keluarga merupakan unit utama dalam menciptakan perilaku sehat dan melakukan pemeliharaan serta perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga bersifat preventif dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

2.1.4 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Kholifah & Widagdo (2020) terdapat lima tugas Kesehatan keluarga yang saling berkaitan dan perlu dilakukan pengkajian oleh perawat untuk mengetahui sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut sehingga perawat dapat memberikan pembinaan terhadap keluarga. Keluarga harus mampu melakukan tugas kesehatan sebagai berikut :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan utama, oleh karena itu Keluarga harus mampu mengenal keadaan kesehatan dan menyadari perubahan yang dialami anggota keluarga.

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebagai bentuk upaya keluarga dalam mencari tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dirasakan berupa perubahan kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga. Keluarga diharapkan mampu menentukan tindakan kesehatan yang tepat sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi oleh keluarga.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Pada saat anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan maka keluarga harus segera memberikan perawatan atau melakukan tindakan untuk mengatasi gangguan atau masalah kesehatan yang terjadi agar tidak terjadi dampak lebih lanjut dari masalah yang terjadi. Jika masalah kesehatan yang terjadi masih dalam tahap ringan, keluarga dapat memberikan tindakan pertolongan pertama di rumah, dan jika keluarga merasa tidak mampu mengatasi masalah di rumah maka perawatan dapat dilakukan di tempat pelayanan Kesehatan.

4. Menciptakan lingkungan rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat tinggal anggota keluarga, harus dapat menunjang kesehatan keluarga dengan keadaan yang bersih, pencahayaan sinar matahari dan udara yang cukup baik, tenang dan

nyaman terbebas dari faktor-faktor yang dapat menimbulkan penyakit baik fisik maupun psikologis.

5. Memanfaatkan pelayanan Kesehatan

Ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, keluarga dapat berkonsultasi dan meminta pertolongan dengan tenaga Kesehatan serta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada disekitarnya sehingga keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

2.1.5 Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya di sepanjang waktu. Perkembangan ini terbagi menjadi beberapa tahap atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapnya, keluarga memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahap perkembangan tersebut dapat tercapai (Simanullang et al., 2024).

1. Tahap I: Keluarga baru (*beginning family*)

Perkembangan keluarga tahap I merupakan keluarga dengan pasangan yang baru menikah dan belum mempunyai anak. Perkembangan keluarga tahap I dimulai ketika laki-laki/perempuan melepas masa lajang ke hubungan baru yang lebih intim dan berakhir ketika lahir anak pertama. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membangun perkawinan yang saling memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis,

mendiskusikan rencana keluarga dan memahami prenatal care (kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

2. Tahap II: Tahap mengasuh anak (*child bearing*)

Perkembangan keluarga tahap II merupakan masa transisi pasangan menjadi orangtua. Tahap ini dimulai ketika anak pertama dilahirkan hingga anak tersebut berusia 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap II antara lain adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan, membagi tugas dan peran, memperluas persahabatan keluarga besar, bimbingan orangtua tentang tumbuh kembang anak dan konseling KB.

3. Tahap III: Keluarga dengan anak prasekolah (*families with pre school*)

Perkembangan keluarga tahap III dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga (kebutuhan anak prasekolah), mensosialisasikan anak dan merencanakan kelahiran berikutnya.

4. Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Perkembangan keluarga tahap IV dimulai ketika anak pertama mulai masuk sekolah dasar yaitu berusia 6 tahun dan berakhir ketika anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain mensosialisasikan anak terhadap lingkungan luar rumah,

mempertahankan hubungan yang memuaskan dan menyediakan kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5. Tahap V: Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Perkembangan keluarga tahap V berlangsung selama 6 hingga 7 tahun dimulai ketika anak pertama melewati usia 13 tahun. Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab anak, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, memelihara komunikasi terbuka, dan mempertahankan etika serta moral keluarga.

6. Tahap VI: Keluarga yang melepaskan anak dewasa muda (*launching center families*)

Perkembangan keluarga tahap VI ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah membantu anak untuk hidup mandiri, menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orangtua lansia dan sakit sakitan dari suami maupun istri.

7. Tahap VII: Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Perkembangan keluarga tahap VII dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah atau orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun. Tugas perkembangan tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang penuh arti dan memperkokoh hubungan perkawinan.

8. Tahap VIII: Keluarga lanjut usia

Perkembangan keluarga tahap VIII merupakan tahap akhir yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika keduanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi mengubah pengaturan hidup, menyesuaikan diri dengan masa pensiun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi dan melakukan life review masa lalu.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah kelainan patofisiologi pada pembuluh darah yang dapat melibatkan berbagai kondisi klinik dan dapat menjadi komplikasi dari penyakit-penyakit kardiovaskular dan respirasi. Hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan rerata arteri pulmonalis (*mean pulmonary artery pressure / mPAP*) di atas normal, yaitu > 120 mmHg dan peningkatan tahanan vaskular pulmonal (*pulmonary vascular resistance/PVR*) di atas normal, pada kondisi istirahat (PERKI, 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu peningkatan abnormal tekanan dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menyebabkan kerusakan jantung dan pembuluh darah (Udjianti, 2018a). Hipertensi dapat didefinisikan

sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg.

2.2.2 Etiologi

Menurut Nurhidayat (2019) berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu:

1. Hipertensi Primer (Esensial)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya.

Faktor yang mempengaruhi adalah: genetik, lingkungan, hiperaktifitas syaraf simpatis system rennin, angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler, obesitas, merokok, alkohol, dan polisitemia merupakan faktor-faktor yang meningkatkan resiko hipertensi.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme), sindrom cushing, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Menurut Kushariyadi (2020) ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

1. Genetik: Respon nerologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.

2. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
3. Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
4. Stress lingkungan
5. Hilangnya elastisitas jaringan dan arteriosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah

Menurut Maryam (2018) hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

1. Hipertensi yang tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
2. Hipertensi sistolik terisolasi karena tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg. Penyebab hipertensi pada lansia karena terjadinya perubahan pada:
 - a. Elastisitas pada dinding aorta menurun.
 - b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.
 - c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% satu tahun sesudah berusia 20 tahun, kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dalam volumenya
 - d. Hilangnya elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kekurangan efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
 - e. Meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Pasien hipertensi biasanya tidak mengetahui bahwa sedang memiliki penyakit tekanan darah tinggi. Keadaan simptomatik yang biasa pasien

rasakan adalah adanya rasa berdebar, badan mudah kelelahan, sesak nafas, sakit pada bagian dada, hingga bengkak pada kedua kaki. Gejala lain yang juga sering dirasakan oleh pasien hipertensi ketika tekanan darahnya tinggi adalah sakit kepala, perdarahan pada hidung, pusing, wajah kemerahan, sering kelelahan, mual, muntah, pandangan menjadi kabur, sesak nafas, gelisah. Beberapa gejala tersebut dapat terjadi karena beberapa organ dalam tubuh telah mengalami kerusakan (Marliani, 2018).

Menurut (Udjianti, 2018b) hipertensi jarang menimbulkan tanda-tanda serta cara satu-satunya untuk mengetahui apakah seorang mengalami hipertensi yaitu dengan mengukur tekanan darah. Jika tekanan darah tidak terkontrol dan menjadi sangat tinggi keadaan ini disebut hipertensi berat. Tidak seluruh penderita hipertensi mengalami keluhan juga tanda-tanda, sebagai akibatnya penderita hipertensi tak jarang dianggap silent killer. Keluhan-keluhan yang tidak spesifik di penderita hipertensi antara lain: sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, mudah lelah.

2.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods Preassure* (JNC) ke-VIII dalam Bare & Smeltzer (2016) yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah sistole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole. Berikut merupakan klasifikasi

tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun keatas yang tidak sedang memakai obat antihipertensi dan tidak sedang sakit akut.

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori		Sistole (mmHg)	Diastole (mmHg)
Optimal		<120	<80
Normal		<130	<85
Tingkat 1	(hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub grup: perbatasan		140-149	90-94
Tingkat 2	(hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)		≥ 180	≥ 110

2.2.5 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Cahyaningtias (2019) Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, diantaranya yaitu:

1. Pengaturan diet

Penderita hipertensi memiliki pantangan makanan berupa, makanan yang mengandung tinggi garam (asin, makanan ringan, makanan yang diawetkan, makanan dalam kaleng) dan tinggi lemak. Diet rendah garam dan lemak tidak hanya untuk mengontrol tekanan darah tetapi juga untuk mencegah timbulnya komplikasi

2. Perubahan gaya hidup yang lebih sehat

Memodifikasi gaya hidup penting bagi pasien hipertensi agar komplikasi yang dapat ditimbulkan penyakit tersebut dapat dicegah. Menjaga berat badan ideal, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, mengurangi makanan cepat saji, mengurangi konsumsi kafein,

dan berolahraga secara rutin merupakan contoh modifikasi gaya hidup yang dapat dilakukan oleh penderita hipertensi terutama pada lansia

3. Waktu istirahat yang cukup

Penderita hipertensi hendaknya memiliki waktu istirahat yang cukup. Kurangnya waktu istirahat akan mengganggu kondisi fisik dan psikologi pasien dengan hipertensi. Salah satu penyebab hipertensi adalah adanya kondisi ketegangan jiwa (stress, perasaan cemas, gelisah, takut)

4. Melakukan aktifitas fisik

Melakukan aktifitas fisik atau berolahraga ringan secara rutin dapat membantu memperlancar peredaran darah dan melatih kerja jantung. Selain itu berolahraga juga dapat mencegah timbulnya penimbunan lemak di dinding pembuluh darah sehingga dapat menurunkan resiko terjadinya hipertensi maupun komplikasinya

5. Pemeriksaan kesehatan secara rutin

Pasien hipertensi dalam kurun waktu yang lama akan dianjurkan untuk selalu memeriksakan tekanan darahnya sekurangnya dua kali dalam satu bulan. Hal tersebut bertujuan untuk mengetahui adanya kenaikan tekanan darah yang cukup tinggi sehingga dapat ditangani dengan segera dan menghindari timbulnya komplikasi

6. Obat-obatan

Antihipertensi Selain melakukan perubahan pada gaya hidup, pengaturan diet, melakukan aktifitas fisik secara rutin, ada beberapa keadaan yang mengharuskan pasien hipertensi dibantu dengan obat-

obatan dalam upaya pengendalian tekanan darahnya. Berikut ini adalah beberapa rekomendasi obat antihipertensi:

- a. Diuretik, merupakan obat yang menghambat reabsorpsi natrium di tubulus distal dan mensekresikan urin lebih banyak. Faktor yang dapat mempengaruhi kerja dari diuretik adalah sebagai berikut, diuretik akan mereabsorpsi sedikit sodium dan memberikan efek yang minimal. Kedua, status fisiologis organ akan memberikan respon yang berbeda. Ketiga, interaksi antara obat dengan reseptornya.
- b. α – blocker, mekanisme alpha blocker ini adalah dengan menghambat reseptor α_1 yang berada di otot polos dinding pembuluh darah agar vasodilatasi dan menurunkan resistensi perifer. Obat ini mampu menurunkan tekanan darah dengan cepat pada pemberian dosis pertama, sehingga harus diberikan secara hati-hati.
- c. β – blocker, beta blocker bekerja dengan cara menurunkan daya pompa jantung karena obat tersebut menghambat adrenoreseptor beta di jantung, pembuluh darah perifer, bronkus, pankreas, dan hati. Sehingga tidak dianjurkan diberikan kepada pasien yang memiliki asma bronchial.
- d. ACE inhibitor, mekanisme kerja dari angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE inhibitor) adalah menghambat katalisasi perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II yang dapat menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah.

- e. Antagonis Reseptor Angiotensin II, memiliki sifat yang hampir sama dengan mekanisme obat ACE inhibitor hanya saja obat golongan ini tidak menghambat pemecahan bradykinin yang sering menimbulkan batuk kering persisten seperti golongan ACE inhibitor.
- f. Antagonis Kalsium (CCB), ion kalsium dalam jantung berperan dalam kinerja denyut dan pompa jantung, dengan demikian kerja obat ini adalah mengurangi jumlah Ca^{2+} yang masuk sehingga dapat mengurangi kontraksi dari jantung. Kontraksi jantung yang berkurang maka daya pompa jantung akan lebih ringan

2.3 Konsep Edukasi Kesehatan

2.3.1 Definisi Edukasi Kesehatan

Edukasi Kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang dilakukan baik secara formal maupun non formal yang bertujuan untuk mendidik, memberikan ilmu pengetahuan, serta mengembangkan potensi diri yang ada dalam diri setiap manusia (Aisah et al., 2021). Edukasi Kesehatan merupakan aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara umum edukasi kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan dan sikap seseorang dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2018).

Menurut Notoatmodjo (2018) edukasi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan pemahaman individu atau kelompok tentang kesehatan. Edukasi kesehatan adalah semua kegiatan dan usaha untuk menimbulkan perubahan tingkah laku hidup sehat, baik lingkungan,

masyarakat, dan sosial. Edukasi kesehatan tidak hanya berhubungan dengan komunikasi informasi, namun berkaitan dengan motivasi, keterampilan dan kepercayaan diri seseorang atau kelompok dalam memperbaiki kesehatan (Fatkhayah et al., 2020).

2.3.2 Tujuan Edukasi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2018) tujuan dari edukasi kesehatan adalah untuk mengubah pemahaman individu atau kelompok di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang penting dalam kehidupan mereka untuk mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai. Tujuan edukasi kesehatan adalah untuk mengubah perilaku dan sikap masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Sari, 2021). Pendidikan kesehatan sangat diperlukan sebagai dasar untuk kegiatan dalam kesehatan masyarakat untuk mencapai sehat jasmani, rohani, sosial dan ekonomi, dan tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktikkan dalam kehidupan sehari-hari tentang bagaimana perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2018).

2.3.3 Metode Edukasi Kesehatan

Menurut Indriawan & Kusumaningrum (2021) metode pendidikan kesehatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan dan menjadi salah satu bagian penting yang harus diperhatikan. metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi:

1. Metode Pendidikan Individual

Metode ini digunakan untuk membina perilaku baru serta perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi, dan metode ini digunakan dikarenakan setiap orang memiliki masalah atau alasan yang berbedabeda. Metode pendidikan individual yang biasa digunakan antara lain:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)
- b. Wawancara (*Interview*)

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam melakukan metode kelompok ini, harus melihat besarnya kelompok serta tingkat pendidikan formal dari kelompok tersebut. Kelompok besar metode yang diberikan tentunya akan berbeda dibandingkan dengan kelompok kecil.

a. Kelompok Kecil

Dikatakan kelompok kecil apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode-metode yang cocok untuk kelompok ini antara lain diskusi kelompok, *Brain storming*, dan *Snow balling*.

b. Kelompok Besar

Kelompok besar apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Maka metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

2.3.4 Media Edukasi Kesehatan

Media dalam edukasi kesehatan merupakan saluran komunikasi yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan. Media edukasi

kesehatan merupakan sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator. Media dibagi menjadi 3, yaitu: cetak, elektronik, media papan (Notoatmodjo, 2018).

1. Media Cetak

Seperti *booklet, leaflet, poster, flyer, flip chart*, foto

2. Media Elektronik

Seperti televisi, radio, VCD, slide presentasi, video,

3. Media Papan

Merupakan papan yang dipasang di tempat-tempat umum dan dapat dipakai dan diisi pada acara kesehatan.

2.4 Konsep Media *Booklet*

2.4.1 Definisi Media *Booklet*

Booklet adalah buku berukuran kecil (setengah kuarto) dan tipis, tidak lebih dari 30 halaman yang berisi tulisan dan gambar-gambar. Booklet merupakan media komunikasi yang termasuk dalam kategori media lini bawah (*below the line media*). Sesuai sifat yang melekat pada media lini bawah, pesan yang ditulis pada media tersebut berpedoman pada kriteria yaitu : menggunakan kalimat pendek, sederhana, singkat, dan ringkas. Selain itu penggunaan huruf tidak dari 10 pt, dikemas menarik dan kata yang digunakan ekonomis (Hapsari, 2020).

2.4.2 Karakteristik Media *Booklet*

Booklet merupakan suatu sumber belajar dapat digunakan untuk menarik minat dan perhatian siswa karena bentuknya yang sederhana dan banyaknya warna serta ilustrasi yang ditampilkan. Selain itu, *Booklet*

dapat dibaca dimanapun dan kapanpun yang dapat membantu meningkatkan pemahaman keluarga terhadap materi khususnya hipertensi. Dengan adanya media pembelajaran *booklet* ini, materi hipertensi bisa disajikan dalam bentuk yang menarik serta dilengkapi dengan foto supaya mempermudah keluarga dalam menguasai materi sehingga pengetahuan keluarga meningkat (Azizah, 2022).

2.4.3 Kelebihan Media *Booklet*

Booklet memiliki kelebihan yaitu, dapat dipelajari setiap saat karena desain berbentuk buku, dapat dipelajari secara mandiri oleh keluarga, pesan atau informasi relatif lebih banyak, serta desain *booklet* yang menarik akan membuat penerima tidak membutuhkan waktu yang lama untuk membacanya (Paramita, 2018).

2.4.4 Kekurangan Media *Booklet*

Kelemahan atau keterbatasan yang dimiliki *booklet* sebagai salah satu jenis media yaitu, keterbatasan terbesar dari materi cetakan bahwa menulis untuk level membaca tertentu, untuk sebagian besar materi cetak tidak interaktif dan lebih cenderung digunakan dengan cara pasif dan sering kali tanpa pemahaman, terkadang buku cetak dipilih melalui pengujian sekilas apa saja yang memikat mata penelaah, kebanyakan orang juga malas untuk membacanya dan tidak bisa dipergunakan oleh orang yang tidak bisa membaca dan menulis (Paramita, 2018).

2.4.5 Proses Penyusunan Media *Booklet*

Penyusunan *booklet* sebagai media pendidikan kesehatan perlu dilakukan secara sistematis agar materi yang disampaikan sesuai dengan

kebutuhan sasaran, mudah dipahami, serta mampu mencapai tujuan pembelajaran. Menurut Notoatmodjo (2018), media pendidikan kesehatan yang baik harus disusun berdasarkan kebutuhan sasaran, menggunakan bahasa yang sederhana, isi yang akurat, serta disajikan secara menarik agar pesan kesehatan dapat diterima dengan baik. Oleh karena itu, penyusunan booklet tidak hanya berfokus pada tampilan, tetapi juga memperhatikan isi materi, karakteristik sasaran, dan proses evaluasi media sebelum digunakan.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), tahapan penyusunan media pendidikan kesehatan, termasuk booklet, meliputi:

1. Analisis Kebutuhan Sasaran

Tahap pertama dilakukan dengan mengidentifikasi karakteristik sasaran, tingkat pendidikan, usia, budaya, pengetahuan awal, serta kebutuhan informasi kesehatan yang diperlukan. Analisis kebutuhan bertujuan agar materi yang disusun sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh sasaran sehingga media yang dihasilkan lebih efektif digunakan.

2. Menentukan Tujuan Pembelajaran

Setelah kebutuhan sasaran diketahui, langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan pendidikan kesehatan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut menjadi dasar dalam menentukan materi, metode penyampaian, serta indikator keberhasilan pendidikan kesehatan.

3. Menyusun Materi

Materi disusun berdasarkan sumber ilmiah yang valid dan disesuaikan dengan tujuan pembelajaran. Isi booklet hendaknya disampaikan secara sistematis, dimulai dari konsep dasar hingga materi yang lebih spesifik, menggunakan bahasa yang sederhana, singkat, jelas, serta mudah dipahami oleh masyarakat.

4. Mendesain Tampilan Booklet

Tahap berikutnya adalah menyusun desain booklet yang menarik dengan memperhatikan ukuran huruf, jenis huruf, kombinasi warna, tata letak, penggunaan gambar atau ilustrasi, serta keseimbangan antara teks dan gambar. Desain yang baik dapat meningkatkan minat baca serta memudahkan sasaran memahami isi materi.

5. Validasi Media

Booklet yang telah disusun perlu dilakukan validasi oleh ahli, baik ahli materi maupun ahli media. Validasi bertujuan untuk menilai kesesuaian isi materi dengan eviden ilmiah, ketepatan bahasa, keterbacaan, serta kelayakan tampilan media sebelum digunakan pada sasaran.

6. Revisi Booklet

Masukan dan saran dari validator digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki isi maupun tampilan booklet sehingga media menjadi lebih baik dan sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan.

7. Uji Coba Penggunaan

Booklet yang telah direvisi kemudian dapat diujicobakan kepada sasaran atau kelompok kecil yang memiliki karakteristik serupa dengan sasaran penelitian. Tahap ini bertujuan mengetahui tingkat keterbacaan, kemudahan pemahaman, serta respon sasaran terhadap media yang digunakan.

8. Implementasi

Booklet yang telah dinyatakan layak selanjutnya digunakan sebagai media pendidikan kesehatan pada sasaran. Pada tahap ini booklet berfungsi sebagai media pendukung penyampaian informasi sekaligus sebagai bahan belajar mandiri yang dapat dibaca kembali oleh sasaran setelah kegiatan edukasi selesai.

Berdasarkan tahapan tersebut, penyusunan booklet harus dilakukan secara terencana mulai dari identifikasi kebutuhan sasaran hingga evaluasi kelayakan media sebelum digunakan dalam kegiatan pendidikan kesehatan. Proses penyusunan yang sistematis akan menghasilkan booklet yang mudah dipahami, menarik, sesuai dengan karakteristik sasaran, serta efektif dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2018).

2.4.6 Penyusunan Booklet pada Penelitian Ini

Pada penelitian ini, penyusunan booklet dilakukan dengan mengacu pada tahapan pengembangan media pendidikan kesehatan sebagaimana dijelaskan pada subbab sebelumnya.

1. Analisis kebutuhan sasaran

Penyusunan booklet diawali dengan melakukan analisis kebutuhan berdasarkan hasil pengkajian pada keluarga Tn. R. Analisis ini bertujuan mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga, informasi yang belum dipahami, karakteristik keluarga, serta materi yang paling dibutuhkan mengenai hipertensi.

2. Menentukan tujuan edukasi.

Setelah kebutuhan sasaran diketahui, ditetapkan tujuan edukasi yaitu meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai pengertian hipertensi, faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan, serta upaya pengendalian hipertensi sehingga keluarga mampu melakukan perawatan kesehatan secara mandiri.

3. Menyusun materi

Materi booklet disusun berdasarkan sumber ilmiah yang valid, meliputi Pedoman Tata Laksana Hipertensi PERKI (2021), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), serta buku dan jurnal ilmiah yang relevan. Materi disusun secara sistematis mulai dari pengertian hipertensi, klasifikasi, faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan, pengobatan, hingga peran keluarga dalam pengendalian hipertensi.

4. Mendesain booklet

Materi yang telah disusun kemudian dibuat dalam bentuk booklet menggunakan bahasa yang sederhana, kalimat yang singkat dan mudah dipahami, disertai ilustrasi atau gambar pendukung, serta tata letak yang menarik agar memudahkan keluarga memahami isi materi.

5. Melakukan validasi

Booklet yang telah disusun selanjutnya dikonsultasikan dan divalidasi oleh dosen pembimbing sebagai ahli untuk menilai kesesuaian isi materi, keakuratan informasi, penggunaan bahasa, tampilan media, dan kelayakan booklet sebelum digunakan dalam proses edukasi.

6. Implementasi booklet dalam edukasi Kesehatan

Booklet yang telah dinyatakan layak digunakan sebagai media edukasi pada intervensi keperawatan keluarga selama tiga hari. Booklet digunakan sebagai media utama saat pemberian pendidikan kesehatan dan diberikan kepada keluarga agar dapat dipelajari kembali secara mandiri setelah kegiatan edukasi selesai.

2.5 Konsep Defisit Pengetahuan

2.5.1 Pengertian Defisit Pengetahuan

Defisit pengetahuan merupakan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (PPNI, 2019). Menurut WHO, defisit pengetahuan adalah kurangnya informasi yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respon (WHO, 2018).

2.5.2 Penyebab Defisit Pengetahuan

Menurut PPNI (2019) adapun penyebab seseorang mengalami defisit pengetahuan yaitu:

1. Keterbatasan Kognitif
2. Gangguan fungsi kognitif
3. Kurang terpapar informasi
4. Kurang minat dalam belajar
5. Kurang mampu mengingat
6. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

2.5.3 Tanda dan Gejala Defisit Pengetahuan

Menurut PPNI (2019) tanda dan gejala deficit pengetahuan dapat dibagi menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

B. Tanda dan Gejala Mayor

1. Secara Subjektif
 - Menanyakan masalah yang dihadapi
2. Secara Objektif
 - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

B. Tanda dan Gejala Minor

1. Secara Subjektif
 - (Tidak ditemukan)
2. Secara Objektif
 - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

- Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Defisit Pengetahuan

2.4.7 Pengkajian Keperawatan

Menurut Setiadi (2020) dalam Fadhila (2024) Pengkajian adalah sekumpulan tindakan yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan klien (keluarga) dengan menangani norma-norma kesehatan keluarga maupun sosial, yang merupakan system terintegrasi dan kesanggupan keluarga untuk mengatasinya. Pengumpulan data dalam pengkajian dilakukan dengan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga yang disesuaikan dengan format milik Subekti (2026) meliputi sebagai berikut:

A. Data Umum

Pengkajian data umum pada keluarga dengan defisit pengetahuan tentang hipertensi meliputi identitas kepala keluarga dan anggota keluarga yang mengalami hipertensi, seperti nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan suku bangsa. Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui latar belakang keluarga yang dapat memengaruhi tingkat pengetahuan, pola hidup, serta kemampuan keluarga dalam memahami dan mengelola penyakit hipertensi.

Selain itu, dikaji komposisi keluarga dan genogram untuk mengetahui hubungan antaranggota keluarga serta adanya riwayat hipertensi atau penyakit keturunan lain dalam keluarga. Tipe keluarga

juga perlu diidentifikasi, apakah termasuk keluarga inti, keluarga besar, atau tipe keluarga lainnya.

Latar belakang budaya dan kebiasaan keluarga turut dikaji, seperti pola makan tinggi garam, konsumsi makanan berlemak, kebiasaan merokok, konsumsi kopi, maupun penggunaan pengobatan tradisional yang dapat memengaruhi kondisi hipertensi. Pengkajian terhadap keyakinan dan agama keluarga dilakukan untuk mengetahui nilai-nilai yang dianut keluarga dalam menjaga kesehatan dan menghadapi penyakit.

Status ekonomi keluarga juga dikaji meliputi sumber penghasilan, kecukupan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan biaya pengobatan, serta kepemilikan jaminan kesehatan. Selain itu, dikaji aktivitas rekreasi atau kegiatan waktu luang keluarga untuk mengetahui pola aktivitas dan kualitas interaksi keluarga yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi.

B. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Pengkajian riwayat dan tahap perkembangan keluarga dilakukan untuk mengetahui tahap perkembangan keluarga saat ini serta kemampuan keluarga dalam menjalankan tugas perkembangan sesuai tahap tersebut. Pengkajian ini penting untuk menilai kesiapan dan kemampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan, khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan hipertensi.

Riwayat kesehatan keluarga inti dikaji mulai dari kejadian penting yang pernah dialami keluarga, seperti riwayat penyakit hipertensi,

diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, maupun penyakit kronis lainnya yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan anggota keluarga. Selain itu, dikaji pula pengalaman keluarga terkait perawatan anggota keluarga yang sakit, kepatuhan dalam menjalani pengobatan, dan upaya keluarga dalam menjaga kesehatan.

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya juga perlu dikaji untuk mengetahui adanya faktor keturunan atau riwayat hipertensi pada orang tua maupun anggota keluarga lain. Riwayat penyakit keturunan penting diketahui karena hipertensi memiliki faktor risiko genetik yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya hipertensi pada anggota keluarga lainnya.

C. Data Lingkungan

Pengkajian data lingkungan dilakukan untuk mengetahui kondisi lingkungan tempat tinggal keluarga yang dapat memengaruhi status kesehatan anggota keluarga, khususnya pada keluarga dengan hipertensi. Pengkajian meliputi kondisi fisik rumah seperti status kepemilikan rumah, jenis bangunan, ventilasi, pencahayaan, kebersihan lingkungan, ketersediaan air bersih, serta sanitasi rumah. Kondisi rumah yang kurang nyaman, sempit, bising, atau memiliki ventilasi yang buruk dapat memengaruhi kenyamanan dan meningkatkan stres yang berpengaruh terhadap tekanan darah.

Karakteristik lingkungan sekitar juga perlu dikaji, seperti kondisi keamanan lingkungan, tingkat kebisingan, kepadatan penduduk, serta adanya paparan polusi udara, asap rokok, atau limbah yang dapat

memengaruhi kesehatan keluarga. Selain itu, dikaji pula kebiasaan masyarakat sekitar yang berkaitan dengan pola hidup sehat, seperti aktivitas olahraga, konsumsi makanan tinggi garam, maupun kebiasaan merokok.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan tempat tinggal juga perlu diperhatikan, seperti puskesmas, rumah sakit, posyandu lansia, apotek, dan sarana transportasi menuju fasilitas kesehatan. Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui kemudahan keluarga dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan melakukan kontrol tekanan darah secara rutin.

D. Struktur Keluarga

Pengkajian struktur keluarga dilakukan untuk mengetahui pola hubungan, komunikasi, peran, serta sistem pengambilan keputusan dalam keluarga yang dapat memengaruhi kemampuan keluarga dalam mengenal dan mengatasi masalah kesehatan, khususnya hipertensi.

Pada pola komunikasi keluarga dikaji bahasa yang digunakan sehari-hari, cara anggota keluarga menyampaikan informasi, serta kemampuan keluarga dalam menerima dan memahami informasi kesehatan mengenai hipertensi. Dinilai juga apakah komunikasi dalam keluarga berjalan efektif, terbuka, dan saling mendukung, atau terdapat hambatan komunikasi yang dapat memengaruhi proses perawatan anggota keluarga yang sakit.

Struktur kekuasaan dalam keluarga juga perlu dikaji untuk mengetahui siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan utama

dalam keluarga, terutama dalam menentukan tindakan pengobatan, penggunaan fasilitas kesehatan, dan pengelolaan biaya kesehatan. Cara keluarga mengambil keputusan dapat memengaruhi kepatuhan pengobatan dan keberhasilan pengendalian hipertensi.

Selain itu, dikaji struktur peran dalam keluarga, baik peran formal maupun informal masing-masing anggota keluarga. Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perubahan peran akibat kondisi kesehatan anggota keluarga yang mengalami hipertensi, seperti anggota keluarga lain yang harus membantu perawatan atau memenuhi kebutuhan sehari-hari klien. Dinilai pula adanya peran keluarga yang tidak berjalan optimal akibat kurangnya pengetahuan atau keterbatasan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan hipertensi.

Struktur nilai dan keyakinan keluarga juga dikaji untuk mengetahui nilai, budaya, dan kepercayaan yang dianut keluarga terkait kesehatan dan pengobatan hipertensi. Beberapa keluarga mungkin lebih memilih pengobatan tradisional dibandingkan pengobatan medis atau memiliki kebiasaan tertentu yang dapat memengaruhi kondisi hipertensi, seperti konsumsi makanan tinggi garam, merokok, atau kurang aktivitas fisik. Pengkajian ini membantu perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan nilai dan keyakinan keluarga.

E. Fungsi Keluarga

Pengkajian fungsi keluarga dilakukan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan kesehatan anggota keluarga, khususnya dalam merawat

anggota keluarga dengan hipertensi. Fungsi keluarga yang baik dapat membantu meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, melakukan perawatan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara optimal.

Pada fungsi afektif, dikaji hubungan emosional antaranggota keluarga, seperti adanya rasa saling menyayangi, perhatian, dukungan, dan kepedulian terhadap anggota keluarga yang mengalami hipertensi. Dukungan emosional keluarga sangat penting untuk meningkatkan motivasi klien dalam menjalani pengobatan dan menerapkan pola hidup sehat.

Pada fungsi sosialisasi, dikaji bagaimana keluarga berinteraksi dengan lingkungan sosial dan bagaimana pola kebiasaan hidup sehat diterapkan dalam keluarga. Dinilai pula adanya pengaruh lingkungan terhadap perilaku kesehatan keluarga, seperti kebiasaan konsumsi makanan tinggi garam, merokok, kurang aktivitas fisik, maupun kebiasaan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

Pada fungsi perawatan kesehatan, dikaji tingkat pengetahuan keluarga tentang hipertensi, meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, faktor risiko, komplikasi, serta cara pencegahan dan pengobatan hipertensi. Selain itu, dikaji kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, seperti kemampuan mengontrol tekanan darah, mengatur diet rendah garam, mengingatkan minum obat secara teratur, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Dinilai pula adanya hambatan keluarga dalam menjalankan perawatan kesehatan,

seperti keterbatasan ekonomi, kurangnya informasi kesehatan, atau ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

Pola makan keluarga juga perlu dikaji, termasuk kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi garam, lemak, santan, makanan instan, serta konsumsi kopi dan rokok yang dapat memengaruhi tekanan darah. Selain itu, dikaji pola aktivitas fisik, olahraga, istirahat, dan tidur keluarga yang berhubungan dengan pengendalian hipertensi.

Pada fungsi reproduksi, dikaji kondisi kesehatan reproduksi anggota keluarga, penggunaan alat kontrasepsi, serta adanya pengaruh hipertensi terhadap kesehatan reproduksi apabila diperlukan. Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan keluarga secara menyeluruh dan faktor-faktor yang dapat memengaruhi status kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi.

F. Stress dan Koping Keluarga

Pengkajian stress dan koping keluarga dilakukan untuk mengetahui sumber stres yang dialami keluarga serta kemampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan, khususnya hipertensi. Kondisi hipertensi yang membutuhkan pengobatan jangka panjang sering menimbulkan beban fisik, psikologis, sosial, maupun ekonomi bagi keluarga sehingga dapat memengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.

Pengkajian meliputi adanya stressor jangka pendek maupun jangka panjang yang dirasakan keluarga. Stressor jangka pendek dapat berupa kecemasan terhadap peningkatan tekanan darah, kekhawatiran terhadap

kondisi kesehatan anggota keluarga, biaya pengobatan, atau perubahan aktivitas sehari-hari akibat penyakit hipertensi. Sedangkan stressor jangka panjang dapat berupa ketakutan terhadap komplikasi hipertensi seperti stroke, penyakit jantung, atau gagal ginjal yang dapat memengaruhi kondisi dan fungsi keluarga secara keseluruhan.

Selain itu, dikaji respons emosional keluarga terhadap penyakit yang dialami anggota keluarga, seperti perasaan cemas, takut, sedih, bingung, atau merasa terbebani dalam merawat anggota keluarga dengan hipertensi. Pengkajian juga dilakukan terhadap cara keluarga dalam mengatasi masalah atau strategi koping yang digunakan, apakah bersifat adaptif atau maladaptif. Strategi koping adaptif dapat berupa mencari informasi kesehatan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sakit, serta menerapkan pola hidup sehat. Sedangkan koping maladaptif dapat berupa mengabaikan pengobatan, menyangkal penyakit, atau tidak mematuhi anjuran kesehatan.

Sumber dukungan keluarga juga perlu dikaji, meliputi dukungan dari anggota keluarga lain, tetangga, kader kesehatan, maupun tenaga kesehatan dalam membantu keluarga menghadapi masalah kesehatan. Selain itu, dinilai pula kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya yang dimiliki untuk mengatasi stres dan mempertahankan kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi.

G. Pemeriksaan Pengkajian Fisik Anggota keluarga

Gambarkan hasil pemeriksaan Vital Sign (Tensi, Nadi, RR, Suhu), Keluhan Utama, Riwayat Penyakit, Pengkajian Fokus Pemeriksaan sistem tubuh yang mengalami masalah kesehatan secara singkat dan hasil pemeriksaan diagnostik.

2.4.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dibakukan sebelumnya (PPNI, 2019).

- **Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)**

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Defisit Pengetahuan

Gejala dan Tanda Mayor				Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif				Subjektif	
•	Menanyakan	masalah	yang	•	(Tidak Tersedia)
	dihadapi				

Objektif	Objektif
• Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran • Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	• Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat • Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

2.4.9 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Defisit Pengetahuan

No	Diagnosa	Intervensi Keperawatan		
		SLKI	SIKI	
1.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) Data Subjektif • Menanyakan masalah yang dihadapi Data Objektif • Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran • Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah • Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat • Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan Asuhan keperawatan 3x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil: • Perilaku sesuai anjuran meningkat • Verbalisasi minat dalam belajar meningkat • Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat • Kemampuan menggambarkan pengalaman	Edukasi (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan	Kesehatan Pembuatan Edukasi Kesehatan melalui media booklet tentang hipertensi - Pengertian Hipertensi - Klasifikasi hipertensi - Penyebab dan faktor resiko hipertensi - Gejala hipertensi - Komplikasi hipertensi - Tatalaksana hipertensi - Peran keluarga dalam merawat pasien hipertensi • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan

sebelumnya	• Berikan kesempatan untuk bertanya
yang sesuai dengan topik	Edukasi
meningkat	• Jelaskan faktor Risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
• Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	• Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
• Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	• Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
• Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	
• Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun	
• Perilaku menurun	

2.4.10 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari rencana intervensi yang dilakukan untuk tercapainya intervensi yang jelas. Implementasi merupakan tindakan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan dalam tahap perencanaan keperawatan. Tahap implementasi dilakukan setelah rencana intervensi disusun untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan untuk mengatasi masalah kesehatan klien

(Fadhila, 2024).

Pada tahap implementasi ini dilakukan edukasi kesehatan melalui media *booklet* kepada keluarga dengan defisit pengetahuan selama 3 kali pertemuan.

2.4.11 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual yang bertujuan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Perawat dapat memonitor apa saja yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien yang ditangani, Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisa), P (Perencanaan terhadap analisis) (Rahmadani Rezki, 2022).