

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada saat ini, penerapan teori keperawatan kedalam praktik keperawatan keluarga belum lengkap, tapi berkembang secara mengesankan. Teori-teori keperawatan sangat menjanjikan apabila diterapkan dalam keluarga. Teori-teori keluarga memiliki gambaran yang jauh lebih lengkap dan memiliki kekuatan lebih dalam menjelaskan tentang perilaku keluarga (teori ilmu sosial keluarga) dan intervensi keluarga (teori terapi keluarga) tapi perlu dirumuskan ulang atau diadaptasi ulang sehingga teori-teori tersebut cocok dengan perspektif keperawatan.

Salah satu teori keperawatan keluarga yang sering digunakan adalah teori Friedman. Model pengkajian keluarga Friedman merupakan integrasi dari teori sistem, teori perkembangan keluarga, dan teori struktural fungsional sebagai teori-teori utama yang merupakan dasar dari model dan alat pengkajian keluarga. Teori-teori lain ikut berperan kedalam dimensi struktural dan fungsional adalah teori komunikasi, peran dan stress keluarga.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 908/MENKES/SK/VII/2010 Keperawatan Keluarga adalah area kekhususan yang mengaplikasikan berbagai konsep dan teori keluarga dalam keperawatan yang bersinggungan dengan berbagai spesialisasi keperawatan yang lain. Pelayanan Keperawatan Keluarga (yanwatga) merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan

komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas. Pelayanan keperawatan keluarga dapat diberikan di berbagai tatanan, seperti rumah, rumah sakit, klinik, tempat praktik perawat dan unit pemulihan kesehatan (Kemenkes, 2010).

Asuhan Keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga dengan tujuan menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga (Setiadi, 2008).

Penyakit *degeneratif* merupakan penyakit kronik menahun yang banyak mempengaruhi kualitas hidup serta produktifitas seseorang, dimana progresifitas penyakit akan bertambah seiring bertambahnya usia si penderita. Jenis penyakit *degeneratif* diantaranya penyakit *kardiovaskuler* (jantung dan pembuluh darah) termasuk hipertensi, *diabetes mellitus* dan kanker. Beberapa jenis penyakit *degeneratif* yang ada, penyakit hipertensi merupakan salah satu penyakit yang mengalami peningkatan jumlah penderita yang cukup tinggi (Depkes. 2007).

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hipertensi dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Seseorang dinyatakan hipertensi apabila tekanan darah sistolik >140 mmHg atau tekanan darah diastolik >90 mmHg (Kemenkes,

2013). Hipertensi dibedakan menjadi hipertensi primer yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang muncul akibat adanya penyakit lain seperti hipertensi ginjal, hipertensi kehamilan, dan lain-lain. Hipertensi yang dibiarkan, maka dapat menimbulkan kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri/bilik kiri yang terjadi pada otot jantung (Kemenkes, 2012).

Hipertensi merupakan penyakit *degenerative* yang bisa menyerang setiap orang, baik muda maupun tua dan merupakan penyakit paling mematikan di dunia karena termasuk penyakit *silent killer* dimana penderita sering tidak merasakan adanya gejala dan baru mengetahui ketika memeriksakan tekanan darah atau sesudah kondisinya parah seperti timbulnya kerusakan organ. Berdasarkan data dari organisasi WHO sebanyak satu milyar orang di dunia atau satu dari empat orang dewasa menderita penyakit ini, bahkan diperkirakan jumlah penderita hipertensi akan meningkat menjadi 1,6 milyar menjelang tahun 2025 (Soegondo dan Sidartawan, 2009).

Penyakit hipertensi di Indonesia juga merupakan masalah kesehatan yang sangat perlu diperhatikan oleh dokter, perawat, serta tim kesehatan lainnya. karena angka prevalensinya yang tinggi akibat jangka panjang yang ditimbulkannya. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% sedangkan di Jawa Tengah mencapai 26,4%, dari penderita hipertensi tersebut rata-rata penderita tidak patuh dalam meminum obat (Kemenkes, 2013).

Prevalensi hipertensi di Kabupaten Klaten pada tahun 2014 sebanyak 3.233, sedangkan di Kecamatan Klaten Selatan sebanyak 2.740 dan di Desa Jetis kejadian hipertensi mencapai 121 (Puskesmas Klaten Selatan, 2014). Sebagian pasien hanya meminum obat apabila dirasa perlu saja.

Studi pendahuluan diperoleh hasil wawancara dengan Keluarga Tn. M bahwa Tn. M berusia 62 tahun dan sudah menderita hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Klien hanya mengkonsumsi obat yang didapat dari Poskesdes apabila dirasa perlu. Klien berada di wilayah kerja Puskesmas Klaten Selatan.

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, maka penulis tertarik mengambil kasus hipertensi dengan menetapkan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. M Khususnya Tn. M dengan Masalah Hipertensi di Dukuh Wanteyan Wetan Desa Jetis Wilayah Kerja Puskesmas Klaten Selatan”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan gambaran asuhan keperawatan keluarga secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan masalah kesehatan dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan gambaran pelaksanaan pengkajian pada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi.

- b. Memberikan gambaran pelaksanaan penegakkan diagnosa dan skoring keperawatan pada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi.
- c. Memberikan gambaran pelaksanaan perencanaan keperawatan yang diwujudkan dalam rencana intervensi keperawatan kepada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi.
- d. Memberikan gambaran pelaksanaan implementasi keperawatan kepada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi.
- e. Memberikan gambaran pelaksanaan evaluasi keperawatan kepada keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi yang mengacu pada lima tugas utama kesehatan keluarga.

C. Manfaat

Manfaat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah.

1. Pusat Kesehatan Masyarakat

Penulisan ini bermanfaat bagi instansi pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

2. Bagi Perawat Kesehatan Masyarakat

Agar perawat kesehatan masyarakat memahami fungsi dan tugas seorang perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan juga menjalankan fungsi promotif, preventif, dan rehabilitatif. Perawat memahami klien di masyarakat tidak hanya sebagai klien individu namun juga memandang keluarga sebagai sasaran.

3. Bagi Masyarakat dan keluarga

Penulisan ini diharapkan membuat keluarga mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi didalam keluarga dengan masalah kesehatan hipertensi dan dapat menjalankan peran keluarga sesuai tugas utama keluarga mulai dari mengenal, memutuskan masalah, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah, dan juga melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan. Selain itu, keluarga juga mendapatkan cara perawatan sederhana dirumah untuk mengatasi masalah kesehatan dengan hipertensi yang dialami anggota keluarga sehingga dapat tercapai peningkatan kesehatan dalam keluarga.

D. Metodologi

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus yaitu dengan melihat kondisi saat ini dan menyelesaikan masalah yang timbul dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pengambilan kasus penulis dilaksanakan pada hari Jumat, 06 Februari 2015 di Dukuh Wanteyan Wetan Desa Jetis Wilayah Kerja Puskesmas Klaten Selatan

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Observasi partisipatif, yaitu pengamatan yang dilakukan penulis secara langsung dan ikut serta memberikan asuhan keperawatan keluarga selama 6 x 45 menit kunjungan rumah.
2. Wawancara, yaitu kesatuan tanya jawab antara penulis dan pihak yang terkait dengan kegiatan penyusunan karya tulis antara pasien, keluarga, perawat puskesmas, dokter puskesmas, bidan desa dan tim lain yang tersangkut.
3. Dokumentasi
Dokumentasi yaitu dengan melihat catatan medik dan perawatan yang pernah dilakukan.
4. Studi Pustaka atau Literatur
Studi pustaka atau literatur yaitu mempelajari buku-buku yang berkaitan dengan penyakit hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah salah satu kelompok atau kumpulan manusia yang hidup bersama sebagai satu kesatuan atau unit masyarakat terkecil dan biasanya selalu ada hubungan darah, ikatan perkawinan atau ikatan lainnya, tinggal bersama dalam satu rumah yang dipimpin oleh seorang kepala keluarga dan makan dalam satu periuk (Riadi, 2012).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling tergantung (Depkes RI, 1998 dalam Riadi, 2012).

Menurut Friedman (1998) dalam Riadi (2012), keluarga adalah dua orang atau lebih yang bergabung karena ikatan tertentu untuk berbagi pengalaman dan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

2. Ciri-ciri Struktur Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan ciri- ciri struktur keluarga terdiri dari :

a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi antara lain bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga ; berfikir positif, tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri. Faktor-faktor

yang mempengaruhi komunikasi dalam keluarga berfungsi atau tidak antara lain: sender, channel atau media, message, environment dan receiver.

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Peran dalam keluarga terdiri dari: peran ayah sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman; peran ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya; peran anak sebagai pelaksana psiko sosial sesuai tingkat perkembangan. Friedmen (2010) menjelaskan perilaku peran anggota keluarga dibagi menjadi dua yaitu ; formal dan informal. Ayah (suami), ibu (istri), anak laki-laki (saudara laki-laki), anak perempuan (saudara perempuan) masuk kedalam peran formal sedangkan peran informal hanya bersifat untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individual.

c. Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain ke arah positif.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama untuk pembentukan maupun kelanjutan unit keluarga sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, ketika banyak tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Kemampuan untuk menyediakan kebutuhan ini merupakan penentu utama apakah suatu keluarga tertentu bertahan atau bubar. Peran utama orang dewasa dalam keluarga adalah fungsi afektif, fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosial emosional semua anggota keluarganya. Manfaat fungsi afektif paling banyak ditemukan diantara keluarga kelas menengah dan kelas atas karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Pada keluarga kelas menengah dan kelas atas, kebahagiaan personal dalam hubungan pernikahan yang didasari persahabatan dan cinta adalah hal yang penting.

b. Fungsi Sosialisasi dan status sosial

Leslie dan Korman (1989) dalam Friedman (2010) menjelaskan sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan

memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul ayah dan ibu. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam mengubah seorang bayi dalam hitungan tahun menjadi makhluk sosial yang mampu berpartisipasi penuh dalam masyarakat.

Status sosial atau pemberian status adalah aspek lain dari fungsi sosialisasi. Pemberian status kepada anak berarti mewariskan tradisi, nilai dan hak keluarga. Keluarga memiliki tanggung jawab dalam fungsi sosialisasi yang diperlukan dan pengalaman pendidikan yang memungkinkan anggota keluarga untuk memikul pekerjaan dan peran dalam kelompok yang konsisten dengan harapan status.

Fungsi sosialisasi pada anak toodler: proses sosialisasi dapat terjadi melalui permainan, misalnya pada saat anak akan merasakan kesenangan terhadap kehadiran orang lain dan merasakan ada teman yang dunianya sama. Pada usia toodler anak sudah mencoba bermain dengan sesamanya dan ini merupakan proses sosialisasi satu dengan yang lain, kemudian bermain peran misalnya pura-pura menjadi seorang guru, menjadi seorang anak, menjadi seorang bapak atau ibu dan lain-lain. Kemudian pada usia pra sekolah anak sudah mulai menyadari keberadaan teman sebaya, sehingga diharapkan anak mampu melakukan sosialisasi dengan teman dan orang lain.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan

kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Perawatan pada anak dengan gizi buruk menurut Notoatmojo salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan sebagai salah satu domain perilaku adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan dilaksanakan dalam rangka agar masyarakat menyadari atau mengetahui cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan orang lain. Pemberian pendidikan kesehatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik sehingga dapat memberikan kontribusi terhadap pemecahan masalah kesehatan termasuk masalah gizi buruk pada balita.

d. Fungsi reproduksi

Leslie dan Korman (1989) dalam Friedman (2010) menjelaskan salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kelanjutan antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat. Dahulu pernikahan dan keluarga dirancang untuk mengatur dan mengendalikan perilaku seksual serta reproduksi. Beberapa aspek ini (yaitu pengendalian perilaku seksual, kontrasepsi dan reproduksi) kini merupakan fungsi keluarga yang tidak terlalu

penting. Sampai saat ini, reproduksi masih mendominasi fungsi primer keluarga. Namun kini fungsi reproduksi telah dipisahkan dari keluarga.

e. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup, finansial, ruang dan material serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Suatu pengkajian mengenai sumber ekonomi keluarga memberikan perawat data yang relevan dengan kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang adekuat. Dengan memahami bagaimana sebuah keluarga mendistribusikan sumber-sumbernya, perawat yang berpusat pada keluarga juga dapat memperoleh perspektif yang lebih jelas mengenai sistem nilai keluarga dan sumber yang dapat diakses guna membantu keluarga memenuhi kebutuhannya. Karena fungsi ini sulit untuk dipenuhi secara memuaskan bagi sebagian besar keluarga miskin, perawat keluarga harus menerima tanggung jawab untuk membantu keluarga memperoleh sumber-sumber komunitas yang sesuai yang dapat memberikan informasi, pekerjaan, konseling kejuruan dan bantuan keuangan yang dibutuhkan.

4. Tugas Perkembangan Keluarga

Duval (1985) dalam Friedman (2010) membagi tugas perkembangan keluarga menjadi 8. Disini penulis akan membahas

tentang tugas perkembangan sesuai dengan asuhan keperawatan tahap asuhan keperawatan tertentu seperti ;Tahap II adalah keluarga sedang mengasuh anak (childbearing family). Carter dkk, (1993) menjelaskan Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. dengan kelahiran anak pertama keluarga menjadi kelompok trio, membuat sistem yang permanen pada keluarga untuk pertama kalinya .

Tugas perkembangan keluarga meliputi: Membentuk keluarga muda sebagai unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru ke dalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai anggota keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan dan memperluas hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek atau nenek.

Perhatian kesehatan meliputi: persiapan untuk pengalaman melahirkan, transisi mejadi orang tua, perawatan bayi yang sehat, mengenali secara dini dan menangani masalah-masalah kesehatan fisik anak dengan tepat, imunisasi, pertumbuhan dan perkembangan yang normal, tindakan untuk keamanan, keluarga berencana, interaksi keluarga dan praktik kesehatan yang baik.

B. Konsep Dasar Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hipertensi dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Seseorang dinyatakan hipertensi apabila tekanan darah sistolik >140 mmHg atau tekanan darah diastolik >90 mmHg (Kemenkes, 2013).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya di atas 90 mmHg atau bila pasien memakai obat anti hipertensi (Mansjoer, 2007).

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda (dilakukan 4 jam sekali). Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik (Corwin, 2009).

Pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg dan didefinisikan sebagai derajat keparahan yang mempunyai rentang dari tekanan darah normal tinggi diukur dalam tiga kali kesempatan berbeda.

2. Etiologi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu : (Gunawan, 2010) :

- a. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya: Hipertensi primer terdapa pada lebih dari 90% penderita hipertensi.
- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain seperti hipertensi ginjal, hipertensi kehamilan, dan lain-lain, prosentasenya adalah 10%.

3. Pathofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat *vasomotor* pada medulla di otak, dari pusat *vasomotor* ini bermula *jaras saraf simpatis*, yang berlanjut ke bawah ke *korda spinalis* dan keluar dari *kolumna medulla spinalis ganglia simpatis* di *toraks* dan *abdomen*. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui *sistem saraf simpatis* ke *ganglia simpatis*. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasta ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya *norepineprin* mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang *vasokonstriksi*. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap *norepinefrin*, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas *vasokonstriksi*. *Medulla adrenal* mensekresi *epinefrin*, yang menyebabkan

vasokonstriksi. *Korteks adrenal* mensekresi *kortisol* dan *steroid* lainnya, yang dapat memperkuat respons *vasokonstriktor* pembuluh darah. *vasokonstriksi* yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan *rennin*. *Rennin* merangsang pembentukan *angiotensin I* yang kemudian diubah menjadi *angiotensin II*. suatu *vasokonstriktor* kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi *aldosteron* oleh *korteks adrenal*. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua factor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut untuk pertimbangan *gerontology*. Perubahan tersebut meliputi *aterosklerosis*. hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan *distensi* dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, *aorta* dan *arteri* besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth, 2002).

4. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Hipertensi

Menurut Gunawan (2010), faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi antara lain adalah :

a. Faktor keturunan

Data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

b. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka TD meningkat), jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan) dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

c. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr), kegemukan atau makan berlebihan, stress dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin).

5 Manifestasi Klinik

Edward K Chung (2008), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

a. Hipertensi tidak ada gejala

Hipertensi tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Hipertensi gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini

merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

c. Sakit kepala

Sakit kepala disertai nyeri pada tengkuk seperti kesemutan.

d. Vertigo dan muka merah

Sakit kepala yang hebat dan terasa betputar.

e. Epitaksis spontan

Terjadi perdarahan pada pembuluh darah tipis di sekitar hidung.

f. Penglihatan atau scotomass dengan perubahan retina

Penglihatan yang mulai kabur dan terjadi perubahan pada retina.

6. Test Diagnostik

Menurut Mansjoer (2007), pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor resiko lain atau penyebab hipertensi. Penderita diperiksa urinalisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL dan EKG), sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Dibawah ini merupakan klasifikasi pengukuran tekanan darah menurut WHO/ISH

Tabel 2.1 Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah menurut WHO/ISH

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	< 140	< 90
Hipertensi ringan	140 – 180	90 – 105
Hipertensi perbatasan	140 – 180	90 – 95
Hipertensi sedang dan berat	> 180	> 105
Hipertensi sistolik terisolasi	> 140	< 90
Hipertensi sistolik perbatasan	140 – 160	< 90

7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada hipertensi menurut Corwin (2009) adalah :

a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak. atau akibat *embolus* yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal. sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahnya bekkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan

(misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak

b. *Infark miokard*

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami *arterosklerosis* tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk *trombus* yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi *ventrikel*, maka kebutuhan oksigen *miokardium* mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Hipertropi ventrikel juga dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi *disritmia*, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal, *glomerulus*. Rusaknya *glomerulus*, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, *nefron* akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi *hipoksia* dan kematian. Rusaknya *membran glomerulus*, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan *osmotik koloid plasma* berkurang, menyebabkan *edema* yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. Gagal jantung

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut

edema. Cairan didalam paru paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema.

e. *Ensefalopati* (kerusakan otak)

Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neron-neron disekitarnya kolap dan terjadi koma serta kematian.

f. Kejang

Kejang dapat terjadi pada wanita preeklamsi. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil masa kehamilan akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses kelahiran.

8. Penatalaksanaan

Penanggulangan hipertensi secara garis besar dibagi menjadi dua jenis penatalaksanaan :

a. Penatalaksanaan non farmakologis

1) Diet

Pembatasan atau pengurangan konsumsi garam/ kolesterou lemak jenuh. Nasehat pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan. Cara pengobatan ini hendaknya tidak dipakai sebagai pengobatan

tunggal, tetapi lebih baik digunakan sebagai pelengkap pada pengobatan farmakologis.

2) Aktivitas

Klien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan seperti berjalan, jogging, bersepeda atau berenang (Crowin, 2009). Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah. Melakukan olah raga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3-4 kali seminggu.

3) Berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol

b. Penatalaksanaan farmakologis

Secara garis besar terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi. Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretik, golongan betabloker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversi renin angiotensin (Philip & Jeremy, 2010).

1) Diuretik

Obat-obatan jenis diuretik bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan di tubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan. Contoh obatannya adalah Hidroklorotiazid.

2) Penghambat Simpatetik

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas). Contoh obatnya adalah: Metildopa, Klonidin dan Reserpin.

3) Betabloker

Mekanisme kerja anti-hipertensi obat ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis betabloker tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronkial. Contoh obatnya adalah : Metoprolol, Propranolol dan Atenolol. Pada penderita diabetes melitus harus hati-hati, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (kondisi dimana kadar gula dalam darah turun menjadi sangat rendah yang bisa berakibat bahaya bagi penderitanya). Pada orang tua terdapat gejala bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan) sehingga pemberian obat harus hati-hati.

4) Vasodilator

Obat golongan ini bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos (otot pembuluh darah). Yang termasuk dalam golongan ini adalah : Prasosin, Hidralasin. Efek samping yang kemungkinan akan terjadi dari pemberian obat ini adalah : sakit kepala dan pusing.

5) Penghambat enzim konversi Angiotensin

Cara kerja obat golongan ini adalah menghambat pembentukan zat Angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah). Contoh obat yang

termasuk golongan ini adalah Kaptopril. Efek samping yang mungkin tirnbul adalah : batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

6) Antagonis kalsium

Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Yang termasuk golongan obat ini adalah : Nifedipin, Diltiasem dan Verapamil. Efek samping yang mungkin timbul adalah : sembelit, pusing, sakit kepala dan muntah.

7) Penghambat Reseptor Angiotensin II

Cara kerja obat ini adalah dengan menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah Valsartan (Diovan). Efek samping yang mungkin timbul adalah: sakit kepala, pusing, lemas dan mual.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Konsep Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga menurut Salvilion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1989) dalam Komang (2010), perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai sarana atau penyalur.

2. Pengkajian

Format pengkajian keperawatan keluarga menurut Friedman (2010), dan diaplikasikan dalam kasus masalah keperawatan yang muncul adalah :

a. Data umum

Data umum diperoleh dengan wawancara klien tentang peristiwa yang lalu dan sekarang. Menurut Kaplan (2002), hipertensi memperhatikan perbedaan umur dan jenis kelamin, bahwa pria berusia <45 tahun dinyatakan hipertensi bila tekanan darah pada waktu berbaring 130/90 mmHg atau lebih sedangkan yang berusia >45 tahun dinyatakan hipertensi apabila tekanan darah pada waktu tirah berbaring 160/95 mmHg atau lebih dinyatakan hipertensi.

b. Genogram

Genogram dapat memberikan gambaran bahwa hipertensi dapat disebabkan karena faktor keturunan atau adanya riwayat hipertensi dalam keluarga.

c. Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi meliputi gaji yang diperoleh selama sebulan. Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada kebiasaan dan gaya hidup seseorang.

d. Riwayat keluarga inti

Riwayat keluarga inti dikaji untuk mengetahui riwayat perkembangan dan kejadian yang berkaitan dengan kesehatan terutama pada pendidikan hipertensi.

e. Riwayat keluarga sebelumnya

Penyakit hipertensi dapat diturunkan adanya bukti bahwa kejadian hipertensi lebih banyak dijumpai pada pasien kembar monozygot daripada heterozygot, jika salah satu diantaranya menderita hipertensi.

f. Pengkajian lingkungan

Gambaran tentang kondisi rumah, seperti : penerangan, adanya tanjakan dan tangga perlu diperhatikan pendidikan hipertensi. Penerangan diperlukan karena pada penderita hipertensi sering mengalami sakit kepala, pusing dan. pandangan kabur sehingga dibutuhkan penerangan baik dengan harapan dapat mengurangi resiko cidera lantai yang licin. adanya tanjakan dan tangga juga dapat menjadi faktor resiko terjadinya ciders pada penderita hipertensi.

g. Struktur keluarga

Struktur keluarga dikaji untuk mengetahui bagaimana masalah kesehatan akan mempengaruhi peran individu dan relokasi spa yang sudah dilakukan terhadap perannya, bagaimana seseorang dengan masalah kesehatan bereaksi terhadap perubahan, atasi hilangnya peran dalam keluarga (Friedman, 2010).

3. Fungsi Keluarga

a. Fungsi efektif

Fungsi efektif berhubungan dengan fungsi internal pada individu adanya dukungan keluarga sangat diperlukan dalam melakukan perawatan.

b. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan kemampuan keluarga atau seseorang untuk dapat memberikan keturunan pada keluarganya.

c. Fungsi ekonomi

Keadaan ekonomi yang lemah pada keluarga yang menderita hipertensi akan mempengaruhi proses keperawatan, khususnya dalam menggunakan fasilitas kesehatan untuk menunjang perawatan dan pengobatan.

d. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi menggambarkan interaksi individu dan keluarga dalam belajar disiplin normal, budaya dan perilaku yang mempengaruhi penderita.

e. Fungsi perawatan kesehatan

1) Keyakinan, nilai dan perilaku sehat keluarga

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal tentang penyakit hipertensi, pencegahan hipertensi dan perilaku kesehatan dalam perawatan hipertensi.

2) Definisi sakit-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga

Ketidakmampuan keluarga dalam mendefinisikan untuk sehat dan sakit untuk masing-masing anggota keluarga, mengamati serta melaporkan gejala dan perubahan yang signifikan serta informasi dan saran yang dilakukan untuk anggota keluarga.

3) Status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga

Ketidaktahuan keluarga mengenai status kesehatan yang sedang dialami anggota keluarga, mengidentifikasi

penyakit, kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga dan persepsi keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat terhadap hipertensi.

4) Praktik diet keluarga

Ketidakmampuan keluarga dalam mengolah dan mengenali jenis makanan yang sesuai bagi penderita hipertensi serta diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi.

5) Kebiasaan tidur dan istirahat

Ketidakmampuan keluarga pola tidur dan istirahat yang memiliki efektivitas baik terutama bagi penderita hipertensi.

6) Aktifitas dan rekreasi fisik

Ketidakmampuan keluarga mengenali aktifitas dan rekreasi fisik yang diperlukan agar kesehatan baik.

7) Praktik obat terapeutik dan penenang, alkohol dan tembakau dalam keluarga

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenali bahaya penggunaan alkohol, tembakau, kopi, kola atau teh dan obat penenang serta cara menyimpan dan jangka waktu penyimpanan obat terapeutik.

8) Peran keluarga dalam perawatan diri

Ketidakmampuan keluarga untuk merawat masalah kesehatan dan penyakit hipertensi, seberapa kompeten keluarga dalam merawat diri terkait dengan pengenalan tanda dan gejala, diagnosis, dan terapi umum di rumah mengenai masalah hipertensi.

9) Praktik lingkungan dan higiene

Ketidakmampuan memelihara lingkungan seperti kurang ventilasi dan jendela, kurang penerangan, lantai yang licin akan menimbulkan resiko menuju ke keadaan yang lebih parah.

10) Tindakan pencegahan berbasis medis

Ketidakmampuan keluarga dalam melakukan tindakan pencegahan hipertensi terkait dengan imunisasi yang telah dilakukan serta kebiasaan higiene oral keluarga berkenaan dengan menyikat dan menggunakan benang gigi setelah makan.

11) Terapi komplementer dan alternatif.

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenali dan menjalankan terapi komplementer dan alternatif yang baik dan tidak untuk penyakit hipertensi.

12) Riwayat kesehatan keluarga

Ketidaktahuan keluarga dalam mengenali riwayat kesehatan keluarga yang lalu mengenai hipertensi bahwa hipertensi merupakan penyakit yang menurun.

13) Pelayanan kesehatan yang diperoleh

Ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan layanan kesehatan bagi masing-masing anggota keluarga.

14) Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan

Perasaan keluarga mengenai layanan kesehatan yang diperoleh terkait dengan kenyamanan, kepuasan dan

kepercayaan dengan perawat berkenaan dengan layanan kesehatan yang diperoleh.

15) Layanan kesehatan darurat

Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan hipertensi akan dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi lanjutan dan keadaan tekanan darah yang tidak dapat dikontrol yang mungkin akan mengakibatkan kefatalan.

16) Sumber pembayaran

Sumber pembayaran keluarga dari pengobatan yang dilakukan misalnya perolehan biaya pengobatan (anak atau saudara), penggunaan asuransi kesehatan untuk biaya pengobatan.

17) Logistik perawatan yang diperoleh

Ketidakmampuan menggunakan fasilitas kesehatan di rumah terkait dengan jarak rumah dengan lokasi perawatan kesehatan (rumah sakit) serta model transportasi yang dapat digunakan untuk dapat sampai tujuan (Friedman, 2010).

4. Stressor dan Koping Keluarga

Stressor ada dua yaitu stressor jangka panjang dan jangka pendek. Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dipikirkan keluarga saat ini agar mampu merawat kesehatan secara mandiri tanpa tergantung anak/ orang lain. Stressor jangka panjang yang dipikirkan adalah kemampuan keluarga berespon terhadap masalah kesehatan keluarga dan strategi adaptasi disfungsional

5. Harapan Keluarga

Keluarga berharap pada petugas kesehatan agar dapat membantu mengatasi masalah kesehatan dan untuk pelayanan kesehatan, keluarga berharap agar meningkatkan kualitasnya.

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga tidak terbatas kepada anggota keluarga yang sakit saja, namun mencakup seluruh anggota keluarga, adapun fokus pemeriksaannya adalah :

a. Keadaan umum

Keadaan umum meliputi : tanpa-tanda vital, pertumbuhan fisik (berat badan, tinggi badan, postur tubuh/ 1 MT) dan usia.

b. Kepala

Bentuk kepala (keadaan kulit, pertumbuhan rambut), mata (kebersihan, fungsi penglihatan), hidung (fungsi hidung), mulut (kemampuan bicara, kesehatan gigi dan mulut).

c. Leher

Bentuk, gerakan, pembesaran thyroid, nyeri telan, vena jugularis

d. Dada

Inspeksi : bentuk dada, retraksi otot dada, jenis pernafasan

Auskultasi : suara nafas, bunyi jantung

Perkusi : batas jantung dan paru

Palpasi : simetris atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak, ictus cordis

e. Abdomen

Inspeksi : simetris atau tidak, ada kelainan bentuk atau tidak

Auskultasi : frekuensi dan intensitas peristaltik usus

Perkusi : udara, cairan, masaa, tumor

Palpasi : ukuran organ, masa, hepar, nyeri tekan tidak

f. Ekstremitas

Atas : kelengkapan, kelainan, kesimetrisan gerak, kekuatan otot.

Bawah : kelengkapan, kelainan, edema, varises, kesimetrisan gerak, bentuk kaki dan kekuatan otot.

7. Pengkajian pada Lansia

SCREENING FAAL (Nordin Ellinor et al., 2008)

a. *FUNGTIONAL REACH (FR) TEST*

NO	LANGKAH
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan Direntangkan kedepan
2	Beri tanda letak tangan i
3	Minta pasien condong kedepan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke ii pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan i & ke ii

INTERPRETASI :

USIA LEBIH 60 TAHUN : KURANG 6 INCHI : RESIKO ROBOH

b. *THE TIMED UP AND GO (TUG) TEST*

NO	LANGKAH
1	Posisi pasien duduk dikursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah(3meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

INTERPRETASI :

Score:

10 detik : low risk of falling

11 - 19 detik : low to moderate risk for falling

20 – 29 detik : moderate to high risk for falling

30 detik : impaired mobility and is at high risk of falling

8. *Nursing Care Plan*

- a. Resiko ketidakefektifan management regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan *regimen terapeutik* menjadi efektif.

Tujuan khusus :

- 1) Keluarga mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala hipertensi.
- 2) Keluarga mampu memutuskan untuk mengatasi masalah hipertensi.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan hipertensi.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang hipertensi.
 - 2) Tentukan faktor yang berhubungan dengan hipertensi.
 - 3) Jelaskan kepada keluarga tentang hal-hal yang berkaitan dengan hipertensi.
 - 4) Monitor vital sign.
 - 5) Evaluasi pupil, bentuk, ukuran, reaksi terhadap cahaya.
 - 6) Posisikan pasien dengan kepala elevasi dan posisi nyaman.
- b. Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang.

Tujuan khusus

- 1) Keluarga mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala nyeri.
- 2) Keluarga mampu memutuskan untuk mengatasi masalah nyeri.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan keluhan nyeri.

Intervensi :

- 1) Monitor tanda-tanda vital.
 - 2) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang nyeri.
 - 3) Kaji tingkat nyeri klien.
 - 4) Jelaskan tentang hal-hal yang menjadi faktor pencetus nyeri.
 - 5) Berikan posisi yang nyaman kepada klien.
 - 6) Ajarkan relaksasi nafas dalam/ relaksasi progresif.
 - 7) Anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam/ progresif setiap hari secara rutin dan bila merasa nyeri.
 - 8) Anjurkan klien untuk meminum obat penurun nyeri yang diberikan oleh dokter secara teratur.
 - 9) Anjurkan keluarga untuk memotivasi klien dalam latihan relaksasi.
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah

Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko cedera dapat dicegah.

Tujuan khusus :

- 1) Keluarga mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala dari resiko ciders.
- 2) Keluarga mampu memutuskan untuk mengatasi masalah resiko ciders.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah resiko cedera.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang cedera.
- 2) Jelaskan tentang hal-hal yang berkaitan dengan hipertensi.
- 3) Orientasi pasien baru terhadap lingkungan sekeliling.
- 4) Anjurkan pasien untuk meminta bantuan selama malam hari.
- 5) Pertahankan tempat tidur pada ketinggian yang paling rendah.
- 6) Kaji adanya efek-efek samping obat.
- 7) Lindungi pasien dari cedera dengan pengontrolan.
- 8) Lakukan tindakan kewaspadaan bahaya untuk individu yang mengalami kekacauan mental (Judith M. Wikinson, 2012).