

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Nyaman Nyeri**

##### **1. Definisi Kebutuhan Nyaman**

Setiap individu membutuhkan rasa nyaman. Kebutuhan rasa nyaman ini dipersepsikan berbeda pada tiap orang. Ada yang yang mempersepsikan bahwa hidup terasa nyaman bila mempunyai banyak uang. Ada juga yang indikatornya bila tidak ada gangguan dalam hidupnya dalam konteks asuhan keperawatan ini, maka perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang di alami klien di atasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Asmadi, 2008)

##### **2. Definisi Kebutuhan Nyeri**

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan lainnya. Nyeri diartikan berbeda-beda antarindividu, tergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain. Hal tersebut menjadi dasar bagi perawat dalam mengatasi nyeri pada klien (Asmadi, 2008)

##### **3. Fisiologi Nyeri**

Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati, dan kadung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Proses tersebut terdiri atas empat fase, yakni:

a. Transduksi

Pada fase ini, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (mis. bahan kimia, suhu, listrik) memicu mediator biokimia (mis. prostaglandin, bradikinin, histamin) yang mensensitisasi nosiseptor.

b. Transmisi

Fase transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis dua jenis serabut yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus melalui jaras spinotalamikus (spinotalamikus tract (STT)). STT merupakan sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke thalamus. Selanjutnya pada bagian ketiga, sinyal tersebut di teruskan ke korteks sensorik somatic tempat nyeri di persepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbik.

c. Persepsi

Pada fase ini individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d. Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medulla spinalis.

Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls ascenden yang membahayakan dibagian dorsal medulla spinalis. (Mubarak & Chayatin, 2007)

#### 4. Jenis dan Klasifikasi Nyeri Kepala

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan

##### a. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- 1) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa
- 2) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) *Referred pain*, yaitu nyeri dalam disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditranmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lai-lain.

##### b. Nyeri berdasarkan sifatnya:

- 1) *Incidental pain*, nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain*, nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- 3) *Paroxymal pain*, nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap  $\pm 10-15$  menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

##### c. Nyeri berdasarkan berat ringannya:

- 1) Nyeri ringan, nyeri dengan intensitasnya rendah.
- 2) Nyeri sedang, nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat, nyeri dengan intensitas tinggi.

##### d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan

- 1) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan darah nyeri diketahui

dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti lokasi operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner.

- 2) Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali nyeri, dan begitu seterusnya. (Asmadi, 2008)

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

<p>Nyeri Akut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waktu: kurang dari 6 bulan</li> <li>▪ Daerah nyeri terlokalisasi</li> <li>▪ Nyeri terasa tajam seperti seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain</li> <li>▪ Respons sistem saraf simpatis: takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil</li> <li>▪ Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot.</li> </ul>	<p>Nyeri kronis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waktu: lebih dari enam bulan</li> <li>▪ Daerah nyeri menyebar</li> <li>▪ Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu, dan lain-lain</li> <li>▪ Respons sistem saraf parasimpatis: penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, dan pupil konstriksi</li> <li>▪ Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri</li> </ul>
--	--

Sumber : (Asmadi, 2008)

## 5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Adapun beberapa faktor yang memengaruhi nyeri menurut Perry & Potter (2005), antara lain :

### a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang memengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia terhadap nyeri.

### b. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

### c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan yang diterima oleh kebudayaan mereka.

d. Makna nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

e. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

i. Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya koping mempengaruhi mengatasi nyeri.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. (Judha, Sudarti & Fauziah, 2012)

## 6. Penatalaksanaan Nyeri Farmakologis dan Non-farmakologis

### a. Terapi nyeri farmakologis

Analgetik merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan yang bisa digunakan untuk mengendalikan nyeri, yaitu:

- 1) Opioid, analgetik opioid bekerja dengan cara melekat pada diri pada reseptor-reseptor nyeri seperti di dalam SSP
- 2) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgetik nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.
- 3) Adjuvant, adjuvant bukan merupakan analgetik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.

Efek samping tanda-tanda dari reaksi yang tidak diinginkan mungkin tidak dikenali karena tanda-tanda tersebut menggambarkan tanda-tanda gangguan pada lansia seperti kebingungan, tremor, depresi, konstipasi, dan hilangnya nafsu makan. (M. Black & Hokanson, 2014)

### b. Terapi nyeri nonfarmakologis

#### 1) Pijat

Usapan dipunggung merupakan metode memberikan stimulasi kutaneus. Hal ini terutama lebih rileks saat dilakukan menjelang tidur dan dapat menghambat nyeri sehingga memberikan kenyamanan saat tidur.

#### 2) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktifkan serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5° dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar 5-15 menit.

Pemberian panas merupakan cara baik dalam menurunkan atau meredakan nyeri. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat).

Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau meredakan nyeri untuk mencegah atau mengurangi inflamasi.

3) Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) memberikan letupan listrik melalui kulit ke saraf superfisial dan dalam. TENS telah terbukti menurunkan atau meredakan nyeri pada banyak individu.

4) Akupunktur

Jarum metal yang sangat tipis secara cermat ditusukkan ke dalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut bervariasi. Kira-kira terdapat 1.000 titik akupunktur yang diketahui yang menyebar di seluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai *meridian*.

5) Akupresur

Akupresur adalah metode non-invasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupunktur. Tekanan, pijatan, atau stimulasi kutaneus lainnya, seperti kompres panas dan dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur.

6) Napas Dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas.

7) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosi negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri.

8) Musik

Individu yang kesakitan akan merasa rileks saat mendengarkan musik. Mekanisme fisiologis yang tepat, namun beberapa teori yang mungkin termasuk distraksi, pelepasan opioid endogen, atau disosiasi.

### 9) Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat diubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada sugesti, disosiasi, dan proses memfokuskan perhatian. (M. Black & Hokanson, 2014)

## 7. Respon Terhadap Nyeri

### a. Reseptor fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis ke batang otak dari thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai respon dari stress. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperhatikan tanda-tanda fisik. (Mubarak & Chayatin, 2007)

### b. Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Chayatin, 2007)

### c. Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan (Mubarak & Chayatin, 2007)

### d. Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang mananggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Chayatin, 2007)

## 8. Intensitas Nyeri

Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relative. Oleh karena itu banyak tes, skor, atau tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara subjektif setepat mungkin (Asmadi, 2008)

## 9. Alat Bantu Menentukan Skala Nyeri

### a. *Visual Analog Scale (VAS)* dan *Numeric Rating Scale (NRS)*

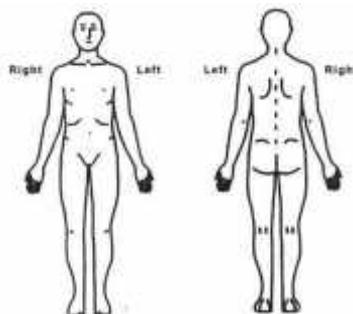
Penggunaan skala nyeri ini dengan cara pasien diminta untuk memberikan tanda pada garis angka yang menandakan intensitas nyeri yang dirasakan. Pada VAS, pemberian tanda semakin ke kiri berarti semakin tidak nyeri dan sebaliknya. Sementara pada NRS angka 0 menyatakan tidak ada nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang sangat berat.



Gambar 2.1 *Visual Analog Scale (VAS)*  
Sumber : (M. Black & Hokanson, 2014)

### b. *Pain Diagram*

Diagram ini dapat digunakan untuk membantu menentukan letak posisi nyeri, seperti tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi dengan gambar tubuh manusia dan disertai intruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan.

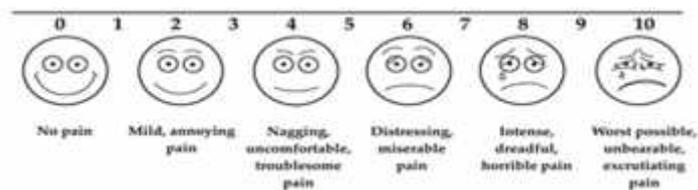


Gambar 2.2 *Pain Diagram*  
Sumber : (M. Black & Hokanson, 2014)

### c. *Face Pain Rating Scale*

Skala ini digunakan untuk evaluasi nyeri pada pasien pediatrik. Skala ini menggambarkan sketsa wajah masing-masing dengan nilai

angka, dimulai dengan ekspresi senang, senyum sampai dengan sedih dan menangis dengan tidak nyeri sampai dengan nyeri sangat parah.



Gambar 2.3 *Face Pain Rating Scale*

Sumber : (M. Black & Hokanson, 2014)

d. *Catatan harian*

Digunakan untuk mengevaluasi hubungan antar dinamika nyeri yang dirasakan dengan aktivitas sehari-hari secara continue. (Potter & Perry, 2010)

## 10. Dampak Nyeri

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri
- b. Gangguan pola tidur
- c. Gangguan aktivitas
- d. Gangguan mobilitas fisik

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni (a) riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan (b) observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. (Mubarak & Chayatin, 2007)

Tabel 2.2 Mnemonik untuk Pengkajian Nyeri

P	Provoking atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	Quality atau kualitas nyeri (mis., tumpul, tajam)
R	Region atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	Severity atau keganasan, yaitu insensitasnya
T	Time atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab.

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2007)

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

1) Lokasi

Untuk menentukan nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya.

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar terhadap diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu, durasi dan kekambuhan atau interval nyeri. Perawat perlu mengkaji kapan nyeri di mulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stressor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnya nyeri.

6) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri

8) Sumber koping

Setiap individu memiliki sumber koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, serta status emosional.

9) Respons afektif

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya ansietas, takut, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Chayatin, 2007)

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Ekspresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respon fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respon fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karenanya penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis

sebab bisa jadi respons tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri (Mubarak & Chayatin, 2007)

d. Penetapan diagnosis

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

e. Rencana keperawatan

Langkah-langkah dalam proses keperawatan membutuhkan perawat untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber.

1) Tujuan dan kriteria hasil

Ketika menangani nyeri klien, tujuan perawat harus dapat meningkatkan fungsi/peran klien secara optimal kriteria hasil yang didapatkan untuk tujuan tersebut:

- a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10
- b) Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan nyeri rasa
- c) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman
- d) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian

2) Menentukan prioritas

Ketika menentukan prioritas pada manajemen nyeri, pertimbangan jenis nyeri yang dialami klien dan efek yang dialami klien dan efek nyeri terhadap berbagai fungsi tubuh. Dampingi klien memilih intervensi terhadap sifat dan efek nyeri.

### 3) Perawatan kolaboratif

Perencanaan yang menyeluruh mencakup berbagai sumber untuk mengontrol nyeri. Sumber-sumber tersedia meliputi meliputi perawat spesialis, dokter ahli farmakologi, terapi fisik, terapis okupasional, dan penasehat spiritual (Potter & Perry, 2010)

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ( sakit kepala)</p> <p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setelah dilakukn asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</li> <li>▪ Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>▪ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>▪ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> </ul> <p>Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>▪ Identifikasi skala nyeri</li> <li>▪ Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>▪ Identifikasi faktor ang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>▪ Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>▪ Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aromaterapi</li> <li>▪ Dukungan hipnosis diri</li> <li>▪ Dukungan pengungkapan kebutuhan</li> <li>▪ Edukasi efek samping obat</li> <li>▪ Edukasi manajemen nyeri</li> <li>▪ Edukasi proses penyakit</li> <li>▪ Edukasi teknik tarik nafas</li> <li>▪ Kompres dingin</li> <li>▪ Kompres panas</li> <li>▪ Konsultasi</li> <li>▪ Latihan pernafasan</li> <li>▪ Manajemen efek samping obat</li> <li>▪ Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>▪ Manajemen medikasi</li> <li>▪ Manajemen sedasi</li> <li>▪ Manajemen terapi radiasi</li> <li>▪ Pemantauan nyeri</li> <li>▪ Pemberian obat</li> <li>▪ Pemberian obat intravena</li> <li>▪ Pemberian obat oral</li> <li>▪ Pemberian obat topikal</li> <li>▪ Pengaturan posisi</li> <li>▪ Peawatan amputasi</li> <li>▪ Perawatan kenyamanan</li> <li>▪ Teknik distraksi</li> <li>▪ Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>▪ Terapi akupresur</li> <li>▪ Terapi akupuntur</li> <li>▪ Terapi bantuan hewan</li> <li>▪ Terapi humor</li> <li>▪ Terapi murattal</li> <li>▪ Terapi musik</li> <li>▪ Terapi pemijatan</li> <li>▪ Terapi relaksasi</li> <li>▪ Terapi sentuhan</li> <li>▪ Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS)</li> </ul>

	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>▪ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>▪ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>▪ Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul> <p><b>Pemberian analgetik</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>▪ Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>▪ Identifikasi kesesuaian jenis analgetik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>▪ Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik</li> <li>▪ Monitor efektifitas analgetik</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusikan jenis analgetik yang disukai mencapai analgetik optimal, jika perlu</li> <li>▪ Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>▪ Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respon klien</li> <li>▪ Dokumentasikan respon terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul>	
--	---	--

	Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi</li> </ul>	
--	---	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

#### f. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

#### g. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis dan efektif. Respon perilaku klien terhadap penanganan nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

## 2. Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing Friedman*, meliputi 7 komponen yaitu :

#### 1) Data Umum

##### a) Identitas kepala keluarga

(1) Nama kepala keluarga (KK)

(2) Umur (KK)

(3) Pekerjaan kepala keluarga

(4) Pendidikan kepala keluarga

(5) Alamat dan nomor telepon

##### b) Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti :

Ket :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Garis keturunan
-  : Garis pernikahan
-  : Klien
-  : Meninggal

d) Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

(1) Keluarga Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

- (a) Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang diperoleh dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- (b) Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi). (Setiadi, 2008)

(2) Keluarga Modern

Berkembangnya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain diatas adalah:

(a) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja dirumah.

(b) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anak, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

(c) *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/keduanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

(d) *Dyadic Nuclear*

Suami atau istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja dirumah.

(e) *Single Parent*

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

(f) *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

(g) *Commuter Married*

Suami istri keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

(h) *Single Adult*

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

(i) *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

(j) *Institutional*

Anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti

(k) *Communal*

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

(l) *Group Marriage*

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

(m) *Unmarried Parent And Child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

(n) *Cohibing Couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

(o) *Gay And Lesbian Family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama. (Setiadi, 2008)

- e) Suku bangsa  
Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. (Padila, 2018)
  - f) Agama  
Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. (Padila, 2018)
  - g) Status sosial ekonomi keluarga  
Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. (Padila, 2018)
  - h) Aktivitas rekreasi keluarga  
Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2018)
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini  
Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti. Contoh: keluarga bapak A memiliki dua orang anak, anak pertama berusia tujuh tahun dan anak kedua berusia empat tahun, maka keluarga bapak A berada pada tahap perkembangan keluarga dengan usia anak sekolah. (Padila, 2018)
  - b) Tahap keluarga yang belum terpenuhi  
Menjelaskan perkembangan yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas keluarga oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan belum terpenuhi. (Padila, 2018)

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. (Padila, 2018)

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri. (Padila, 2018)

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah. (Padila, 2018)

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan. (Padila, 2018)

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat. (Padila, 2018)

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat. (Padila, 2018)

#### 4) Struktur keluarga

##### a) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan keluarga mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat. (Padila, 2018).

##### b) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- (1) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas
- (2) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan
- (3) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan
- (4) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga
- (5) Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)
- (6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga. (Padila, 2018)

##### c) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku. (Padila, 2018).

##### d) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. (Padila, 2018).

##### e) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan. (Padila, 2018).

## 5) Fungsi keluarga

### a) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2018).

### b) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku. (Padila, 2018)

### c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dilingkungan setempat. (Padila, 2018)

### d) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji yaitu :

- (1) Berapa jumlah anak?
- (2) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- (3) Metode yang digunakan keluarga upaya dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga? (Padila, 2018)

### e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah :

- (1) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan?
  - (2) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga? (Padila, 2018)
- 6) Stress dan koping keluarga
- a) Stressor jangka pendek dan panjang
    - (1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
    - (2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.
  - b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor
  - c) Strategi koping yang digunakan  
Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stressor
  - d) Strategi adaptasi disfungsional  
Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/ stress.  
(Padila, 2018)
- 7) Pemeriksaan fisik  
Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.  
(Padila, 2018)
- 8) Harapan keluarga  
Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada. (Padila, 2018)

b. Analisa Data dan Diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks seperti tabel berikut:

Tabel 2.4 Analisis Data Keperawatan

NO	Data	Diagnosis Keperawatan
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data subjektif: Data yang diperoleh dari klien dengan suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian.</li> <li>• Data subjektif: Data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indra selama pemeriksaan fisik.</li> </ul>	-

Sumber : Achjar, 2010

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1) Diagnosa sehat/ *wellness*

Diagnosa sehat/ *wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi (E).

Contoh perumusan diagnosa sehat/ *wellness*:

Potensial peningkatan kemampuan keluarga Bapak A dalam meningkatkan kesehatan reproduksi pada ibu N. (Achjar, 2010)

2) Diagnosa ancaman (resiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditentukan beberapa data maldatif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

Contoh diagnosis resiko :

Resiko cedera pada keluarga bapak A khususnya ibu N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi. (Achjar, 2010)

### 3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan dikeluarga, didukung dengan adanya beberapa data maldatif. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan. Terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

Contoh diagnosa nyata/gangguan:

Ganggaun cerebral pada keluarga bapak A khususnya ibu N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi. (Achjar, 2010)

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - (2) Pengertian
  - (3) Tanda dan gejala
  - (4) Faktor penyebab
  - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
  - (1) Sejauh mana keluarga memahami sifat dan luasnya masalah
  - (2) Masalah dirasakan keluarga
  - (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.
  - (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
  - (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
  - (6) Informasi yang salah.
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
  - (1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit.
  - (2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
  - (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga

- (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - (2) Pentingnya hygiene sanitasi
  - (3) Upaya pencegahan sakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- (1) Keberhasilan fasilitas kesehatan
  - (2) Keuntungan yang didapat
  - (3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - (4) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - (5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel 2.5

Tabel 2.5 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual</li> <li>• Resiko</li> <li>• Potensial</li> </ul>	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah untuk dipecahkan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah</li> <li>• Sebagian</li> <li>• Tidak dapat</li> </ul>	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi</li> <li>• Cukup</li> <li>• Rendah</li> </ul>	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segera diatasi</li> <li>• Tidak segera diatasi</li> <li>• Tidak dirasakan adanya masalah</li> </ul>	2 1 0	1

Sumber : (Achjar, 2010)

c. Intervensi Keperawatan Keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART ( S=spesifik, M=*measurable*/ dapat diukur, A=*achievable*/ dapat dipercaya, R=*reality*, T=*time limited*/ punya limit waktu). (Achjar, 2010)

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan pada Klien Hipertensi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria Kasil		Intervensi
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan gangguan rasa nyaman nyeri pada keluarga berkurang.	1) Keluarga mampu mengenal masalah			
			1.1 Keluarga menyebutkan pengertian hipetensi	Respon verbal	Hipertensi merupakan gangguan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan diatas nilai normal, yaitu melebihi 140/90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi bisa penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan semakin tinggi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dikusikan dengan keluarga tentang hipertensi</li> <li>2. Tanyakan kembali jika ada yang belum dimengerti</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang pengertian hipertensi</li> <li>4. Beri reinforcement positif pada keluarga</li> </ol>

					tekanan darah makan semakin besar resikonya.	
			1.2 keluarga mampu menyebutkan penyebab hiperensi	Respon verbal	Penyebab hipertensi : 1. pola makan yang tidak sehat 2. merokok 3. obesitas 4. minuman yang mengandung alkohol	1. Dikusikan dengan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Minta keluarga menentukan penyebab hipertensi pada klien 3. Evaluasi kembali tentang penyebab hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			1.3 keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda hipertensi	Respon verbal	Gejala yang dikeluhkan penderita hipertensi adalah : 1. Sakit kepala 2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk 3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh 4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat 5. Telinga berdenging	1. Dikusikan dengan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Bersama keluarga identifikasitanda hipertensi 3. Beri reinforcement positif pada keluarga atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien
			2) Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai hipertensi pada klien			
			2.1 keluarga mampu menjelaskan akibat yang	Respon verbal	Akibat apabila hipertensi tidak ditangani dengan segera	1. Dikusikan bersama keluarga tentang

			terjadi apabila hipertensi tidak ditangani dengan tepat		: 1. Akan menyebabkan kematian 2. Gagal ginjal 3. stroke	akibat lanjut hipertensi apabila tidak ditangani 2. Evaluasi kembali keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari hipertensi 3. Beri reinforcement positif pada keluarga
			2.2 mengambil keputusan untuk mengatasi hipertensi pada klien dengan segera dan tepat	Respon verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi hipertensi dengan segera dan cepat	1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			3) keluarga mampu merawat klien hipertensi			
			3.1 menjelaskan cara merawat klien hipertensi	Respon verbal	Menyebutkan cara merawat klien dengan hipertensi : 1. Kompres hangat 2. Lakukan akupresur ( pijat) 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Minum obat sesuai anjuran	1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali

						hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman bagi klien hipertensi			
			4.1 menyebutkan lingkungan yang mendukung untuk klien hipertensi	Respon verbal	Lingkungan yang tepat mendukung hipertensi : 1. Kurangi aktivitas 2. Pola hidup yng sehat seperti melaksanakan diet rendah garam, tinggi kalium, penurunan berat badan, olahraga.	1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			4.2 melakukan modifikasi lingkungan menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien hipertensi	Kunjungan tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klien hipertensi yang terhindar dari kebisingan.	Memotivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien hipertensi dengan memberikan reinforcement positif
			5) Keluarga mampu memanfaatkan			

			fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah hipertensi			
			5.1 menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan	Respon verbal	Fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dikunjungi adalah puskesmas, posbindu, pusat rehabilitatif, rumah sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan klien tentang pelayanan kesehatan</li> <li>2. Beri penjelasan tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>5. Beri reinforcement positif pada keluarga atas jawaban benar</li> </ol>
			5.2 memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu atau puskesmas sebagai bukti telah menggunakan fasilitas kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu atau pelayanan kesehatan lainnya</li> <li>2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang dilakukan keluarga</li> </ol>

Sumber : (Achjar, 2010)

#### d. Implementasi

Pada kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya (saat mensosialisasikan diagnosis keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi/topik yang didiskusikan, siapa yang akan melaksanakan, anggota keluarga yang perlu mendapat informasi (sasaran langsung implementasi), dan peralatan yang diperlukan. Langkah selanjutnya adalah melakukan implementasi sesuai dengan rencana. (Suprajitno, 2004)

#### e. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Perlu diperhatikan juga bahwa evaluasi perlu melibatkan keluarga sehingga perlu pula direncanakan waktu yang sesuai dengan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian, yaitu :

- S : ungkapan atau keluhan dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.
- O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau penglihatan.
- A : analisis perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif keluarga dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga
- P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis. (Suprajitno, 2004)

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian/mortalitas. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung ( Endang Triyanto, 2014)

Menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg, sedangkan bila lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi; dan diantara nilai tersebut disebut sebagai normal-tinggi. (batasan tersebut diperuntukan bagi individu dewasa diatas 18 tahun). Sebetulnya batas antara tekanan darah normal dan tekanan darah tinggi tidaklah jelas, sehingga klasifikasi hipertensi dibuat berdasarkan tingkat tingginya tekanan darah yang mengakibatkan peningkatan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah (CBN, 2006)

### 2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan *cardiac output* atau peningkatan tekanan perifer.

Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik : respon nerologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.
- b. Obesitas : terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas dan arterisklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah. (Aspiani, 2014)

### 3. Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi 2 bagian yaitu :

#### a. Hipertensi primer/ hipertensi esensial

Penyebab hipertensi primer belum diketahui dengan pasti, namun ada beberapa faktor yaitu:

##### 1) Faktor keturunan

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

##### 2) Ciri perseorangan

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

##### 3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah: konsumsi garam yang tinggi ( melebihi 30 gr), kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (*ephedrine, prednison, epineprin*). (Aspiani, 2014)

#### b. Hipertensi Sekunder

Jenis hipertensi ini penyebabnya dapat diketahui sbb:

1) Penyakit Ginjal : Glomerulonefritis, Piyelonefritis, Nekrosis tubular akut, Tumor.

2) Penyakit Vascular : Aterosklerosis, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol dan Vaskulitis.

3) Kelainan Endokrin : *Diabetes Melitus, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme.*

4) Penyakit Saraf : Stroke, Ensephalitis, Syndrom Gulian Barre.

5) Obat-obatan : Kontrasepsi oral, Kortikosteroid. (Aspiani, 2014)

### 4. Patofisiologi

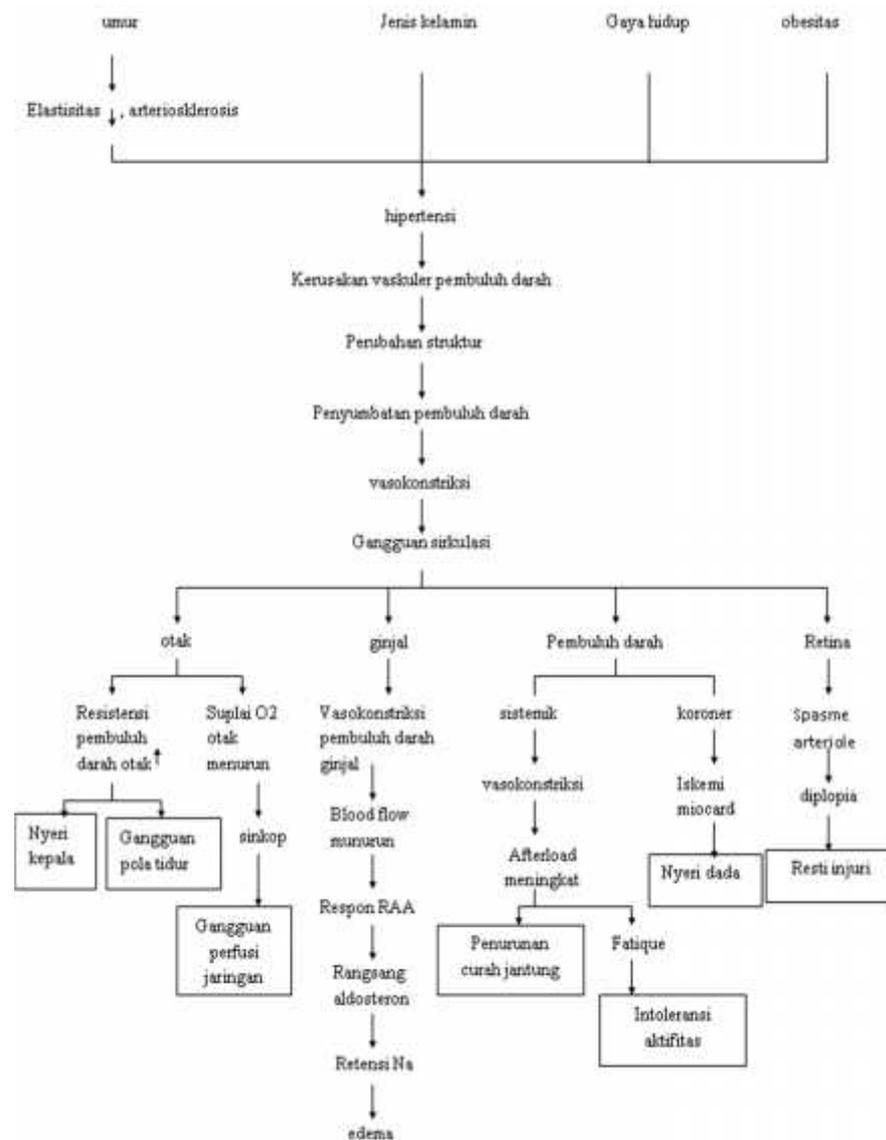
Menakisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat *vasomotor* pada medula otak. Dari pusat *vasomotor*

ini bermula jaras saraf sympatis, yang berlanjut ke bawah ke *korda spinalis* dan keluar dari *kolumna medula spinalis* ke *ganglia sympati* di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem *saraf sympatis* ke *ganglia simpatis*.

Pada titik ini, neuron *pre ganglion* melepaskan *asetilkolin*, yang akan merangsang serabut saraf pasca *ganglion* ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya *norefinefrin* mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang *vasokonstriktor*. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap *norefinefrin*, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi *efinefrin*, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon *vasokonstriktor* pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan *renin*.

*Renin* merangsang pembentukan *angiotensin I* yang kemudian diubah menjadi *angiotensin II*, suatu *vasokonstriktor* kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi *aldosteron* oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan Hipertensi. (Brunner & Suddarth, 2002)



Gambar 2.4 Pathway Hipertensi  
Sumber : (Brunner dan Suddarth, 2014)

## 5. Tanda dan gejala

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan kadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut :

- Sakit kepala.
- Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk.
- Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh.
- Berdebar atau detak jantung terasa cepat.

e. Telinga berdenging. (Aspiani, 2014)

Crowin (2000) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-bertahun berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala lain yang umumnya, terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Novianti, 2006)

## 6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

### 1) Pengaturan Diet

Beberapa diet yang dianjurkan :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi *system renin-angiotensin* sehingga sangat berpotensi sebagai antipertensi.
- b) Diet tinggi *potasium*, dapat menurunkan tekanan darah tapi mekanismenya belum jelas. Pembeian potasium secara intravena dapat menyebabkan *vasodilatasi*, yang dipercayai dimediasi oleh *nitric oxide* pada dinding vascular.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolestrol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

2) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup juga berkurang.

3) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arteroklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

b. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi Oksigen.

2) Terapi *Hemodinamik*.

3) Pemantauan Jantung.

4) Obat-obatan :

a) *Diuretik* : *Chlorthalidon, Hydromax, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretic* bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya.

b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung: sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vascular.

- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin 2 atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin 2 dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin 1 menjadi angiotensin 2. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta ( -blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa ( -blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokontruksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya: *Natrium, Nitroprusida, Nikardipin, Hidralazin, Nitrogliserin*, dll. (Brunner & Suddarth, 2002)

## 7. Pemeriksaan penunjang

### a. Laboratorium

- 1) *Albuminuria* pada hipertensi karena kelainan *Parenkim* Ginjal.
- 2) *Kreatinin serum* BUN meningkat pada hipertensi karena *parenkim* ginjal dengan gagal ginjal akut.
- 3) Darah perifer lengkap.
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kretinin, gula darah puasa).

### b. EKG

- 1) Hipertropi ventrikel kiri.
- 2) *Ischemi/Infark Miocard*.
- 3) Peninggian gelombang P.
- 4) Gangguan konduksi.

c. Rontgen Foto

- 1) Bentuk dan besar jantung *Nothing* dari iga pada *kwartasio* dari aorta.
- 2) Pembendungan, lebarnya paru.
- 3) *Hipertropi parenkim* ginjal.
- 4) *Hipertropi vascular* ginjal. (Aspiani, 2014)