

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologi maupun psikologi, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Dalam mengaplikasikan kebutuhan dasar manusia bertujuan untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan pelayanan dan perawatan. Beberapa kebutuhan manusia tertentu mendasar daripada kebutuhan dasar lainnya. Oleh karena itu beberapa kebutuhan harus dipenuhi sebelum kebutuhan lainnya. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Abraham Maslow seorang psikologi dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow, menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu :

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia. Antara lain : pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dll. Perlindungan psikologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang.

c. **Kebutuhan rasa cinta**

Kebutuhan rasa cinta yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan.

d. **Kebutuhan akan harga diri**

Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dari hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003).

2. Konsep Kebutuhan Nyeri

a. **Definisi nyeri**

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan sangat mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat subjektif, tidak ada dua orang sekalipun yang mengalami kesamaan rasa nyeri dan tidak ada dua kejadian menyakitkan yang mengakibatkan respon atau perasaan yang sama pada individu. Nyeri didefinisikan sebagai suatu tindakan tidak menyenangkan. Bersifat subjektif dan hubungan dengan pencedera, serta merupakan suatu pengalaman emosional yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial atau digambarkan sebagai suatu kerusakan/cedera (Potter & Perry, 2010).

b. Fisiologi nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf- saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikiunin, prostaglandin) dilepaskan kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Sinyal nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali di persepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke cortex, di mana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorphin dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Jenis dan bentuk nyeri

- 1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
 - a) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit mukosa.
 - b) Nyeri visceral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
 - c) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan thalamus.
- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini di sebabkan karena faktor psikologi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Bentuk nyeri

Tabel 2.1
Bentuk Nyeri

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah Dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai manifestasi alami penuaan. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berpikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua, hal ini mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika

mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3) Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4) Makna nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman tersebut diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hal yang positif (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita & Sulistyowati, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

8) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi nyeri farmakologi

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

- a) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesic nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.
- b) Opioid, analgesik opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri periferik di dalam SSP.
- c) Adjuvant. Adjuvan bukan merupakan analgesik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis (Stanley, 2007).

2) Terapi nyeri non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Untungnya, terdapat banyak intervensi nonfarmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri.

a) Kompres panas dan dingin

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

tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

b) Akupuntur

Akupuntur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira-kira terdapat 1000 titik akupuntur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

c) Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupuntur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Napas dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

e) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Penjelasan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang

untuk memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

f) Hipnotis

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

e. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi 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 & Cahyatin, 2008).

2) 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 & Cahyatin, 2008).

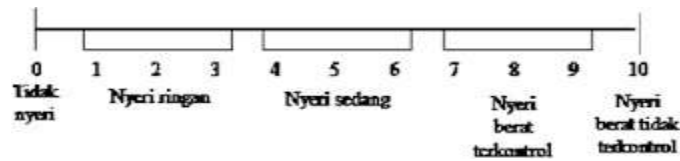
3) Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang menanggapi dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Cahyatin, 2008).

f. Pengukuran intensitas nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.



Gambar 2.1 Skala nyeri menurut Hayward

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

2) Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut:

0 = Tidak Nyeri

1 = Nyeri Ringan

2 = Nyeri sedang

3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2

Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

B. Konsep Keluarga

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan.

1. Definisi keluarga

Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta: kula dan warga “kulawarga” yang berarti “anggota” kelompok kerabat. Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah. Keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah (Friedman, 1998).

Keluarga merupakan satu kelompok atau sekumpulan manusia yang hidup bersama sebagai satu kesatuan unit masyarakat yang terkecil dan biasanya tidak selalu ada hubungan darah, ikatan perkawinan, atau ikatan lain.

Menurut Salvicion dan Celis (1998) di dalam keluarga terdapat dua atau lebih dari dua pribadi yang tergabung karena hubungan darah hubungan perkawinan atau pengangkatan, dihidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan Menurut Burgess (1963) memberikan pandangan tentang definisi keluarga yang berorientasi kepada tradisi, yaitu peranan :

- a. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, dan ikatan adopsi.
- b. Anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.

- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti halnya peran sebagai suami istri, peran sebagai ayah dan Ibu, peran sebagai suami istri, peran sebagai anak laki- laki dan anak perempuan .
- d. Keluarga bersama-sama menggunakan kultur yang sama yaitu: kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

2. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1986) adalah :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Didalamnya terkait dengan saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antar anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu: sandang, pangan dan papan .

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatann adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang stressmengalami masalah kesehatan.

3. Tipe dan bentuk keluarga

a. Tipe keluarga

Ada beberapa tipe keluarga yakni :

- 1) Keluarga inti, yang terdiri dari suami, istri dan anak atau anak- anak.

- 2) Keluarga konjugal, yang terdiri dari pasangan dewasa (Ibu dan ayah) dan anak- anak mereka, dimana terdapat interaksi dengan kerabat dari salah satu atau dua pihak orang tua.
- 3) Selain itu terdapat juga keluarga luas yang ditarik atas dasar garis keturunan di atas keluarga aslinya. Keluarga luas ini meliputi hubungan antara paman, bibi, keluarga kakek, dan keluarga nenek.

b. Bentuk keluarga

Ada dua macam bentuk keluarga dilihat dari bagaimana keputusan diambil, yaitu berdasarkan lokasi dan berdasarkan pola otoritas.

1) Berdasarkan lokasi

- a) Adat Utrolokal, yaitu adat yang memberi kebebasan kepada sepasang suami istri untuk memilih tempat tinggal, baik itu disekitar kediaman kaum kerabat suami ataupun disekitar kediaman kaum kerabat istri.
- b) Adat Virilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri diharuskan menetap disekitar pusat kediaman kaum kerabat suami.
- c) Adat Uxurilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri harus tinggal disekitar kediaman kaum kerabat istri.
- d) Adat Bilokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri dapat tinggal di sekitar pusat kediaman kerabat suami pada masa tertentu, dan disekitar pusat kediaman kaum kerabat istri pada masa tertentu pula (bergantian).
- e) Adat Neolokal, yaitu adat yang menentukan bahwa sepasang suami istri dapat menempati tempat yang baru, dalam arti kata tidak berkelompok bersama kaum kerabat suami maupun istri.
- f) Adat Avunkulokal, yaitu adat yang mengharuskan sepasang suami istri untuk menetap di sekitar tempat kediaman saudara laki- laki Ibu (avunculus) dari dari pihak suami.

2) Berdasarkan pola otoritas

- a) Patriarkal, yakni otoritas di dalam keluarga dimiliki oleh laki- laki (laki- laki tertua, umumnya ayah)

- b) Matriarkal, yakni otoritas didalam keluarga dimiliki oleh perempuan (perempuan tertua, umumnya Ibu)
- c) Equalitarian, suami dan istri berbagi otoritas secara seimbang.

4. Macam- macam struktur keluarga

a. Tradisional:

- 1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak.
- 2) *The dyad family*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
- 3) Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.
- 4) *The childless family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) *The extended family* (keluarga luas/besar), yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai: paman, tante, orang tua (kakak-nenek), keponakan, dan lain-lain.
- 6) *The single- parent family* (keluarga duda/ janda), yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan Ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
- 7) *Coummuter family*, yaitu kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (*weekend*).
- 8) *Multigenerational family*, yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) *Kin- network family*, yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-

barang dan pelayanan yang sama. Misalnya : dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dan lain-lain.

10) *The single adult living alone/ single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti : perceraian atau ditinggal mati.

5. Peranan keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat didalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peranan ayah : ayah sebagai suami dari istri, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b. Peranan Ibu : sebagai istri dan Ibu dari anak- anaknya, Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c. Peranan anak : anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

6. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan

kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Friedman, 1998) :

- a. Kemampuan mengenal masalah kesehatan
- b. Kemampuan mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- c. Kemampuan memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Kemampuan mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e. Kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

7. Tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah tantangan emosional dan intelektual yang harus dihadapi oleh sebuah keluarga. Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama (Rodgers cit Friedman, 1998) :

a. Tahap perkembangan keluarga baru (*beginning family*)

Pada tahap ini, pria dan wanita akan saling melakukan penyesuaian atas sifat dari masing-masing individu yang baru menjalin pernikahan dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial.
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

b. Tahap kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Tahap ini terjadi ketika pasangan suami-istri tengah menantikan kelahiran anak pertamanya. Tahap perkembangan keluarga ini akan berlangsung hingga anak kemudian lahir dan berusia hingga 30 bulan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Mempersiapkan diri untuk menjadi orangtua.
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan keluarga.
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

c. Keluarga dengan anak pra-sekolah

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Di fase ini, beberapa keluarga juga mulai memiliki anak kedua sehingga orangtua harus membagi fokus antara menyiapkan keperluan anak sekolah dengan kebutuhan anak kedua yang masih bayi. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

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

d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini bisa dibilang sebagai tahap perkembangan keluarga dengan aktivitas paling sibuk. Saat ini, anak tertua akan berusia 6-12 tahun dengan aktivitas yang padat, begitu pula orangtua yang harus bekerja atau beraktivitas dengan agendanya sendiri. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Tugas perkembangan pada fase ini:

- 1) Membantu sosialisasi anak : tetangga, sekolah dan lingkungan.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

Remaja di sini adalah anak yang berusia mulai dari 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuan keluarga ini adalah

melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tugas perkembangan pada fase ini:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa (*pelepasan*)

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak pertama memutuskan keluar dari rumah orangtua dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas perkembangan pada fase ini:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
- 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap perkembangan keluarga memasuki masa-masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah atau orang tua menjelang waktu pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan pada fase ini :

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak- anak.
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.

h. Keluarga usia lanjut

Tahap perkembangan keluarga akan masuk kategori usia lanjut saat suami-istri telah pensiun hingga salah satunya meninggal dunia. Tugas perkembangan pada fase ini:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Melakukan *life review* masa lalu.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep asuhan keperawatan nyeri kronis

a. Pengkajian

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. (Mubarak & Cahyatin, 2008).

Tabel 2.2
Pengkajian Nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	<i>Severity</i> atau keganasan, yaitu intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan dan sebab

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

1) 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 :

a) Lokasi

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

b) 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.

c) 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 pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

d) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, 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.

e) 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.

f) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

2) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

a) Sumber coping

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

b) Respons afektif

Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Cahyatin, 2008).

c) Observasi respons perilaku dan fisiologis

Eksresi 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, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. (Mubarak & Cahyatin, 2008).

b. diagnosa keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan hipertensi seperti pada tabel dibawah ini:

tabel 2.3
Diagnosa Keperawatan Nyeri Kronis

No	Diagnosa keperawatan	Penyebab	Gejala tanda mayor minor		Kondisi klinis terkait
			Subyektif	Obyektif	
1.	Nyeri kronis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem 3. Agen pencedera fisik 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor 6. Gangguan imunitas 7. Gangguan fungsi metabolic 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Peningkatan indeks massa tubuh 10. Kondisi pasca trauma 11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiyaan 13. Riwayat penyalahgunaan obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa tertekan 3. Merasa takut mengalami cedera berulang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas 4. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) 5. Waspada 6. Pola tidur berubah 7. anoreksia 8. fokus menyempit 9. Berfokus pada diri sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis (mis. Arthritis rheumatoid) 2. Infeksi 3. Cedera medulla spinalis 4. Kondisi pasca trauma 5. Tumor

Tabel 2.4
Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas

No	Diagnosa keperawatan	Penyebab	Gejala dan tanda mayor dan minor		Kondisi klinis terkait
			Subjektif	Objektif	
2.	Intoleransi aktivitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidak antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Dipsnea saat/saat setelah aktivitas 3. Merasa tidak nyaman setelah aktivitas 4. Merasa lemah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat 2. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 3. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 4. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 5. sianosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia 2. Gagal jantung kongestif 3. Penyakit jantung koroner 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) 7. Gangguan metabolik 8. Gangguan muskuloskeletal

c. Intervensi keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) rencana keperawatan yang muncul sesuai diagnosa keperawatan diatas ada pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan nyeri kronis

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
Nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan sistem	Manajemen nyeri Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromatherapy 2. Dukungan hipnotis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi management nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi tehnik nafas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas

	<p>yang memperberat dan memperingat nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tempat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Konsultasi 11. Latihan pernafasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresure 29. Terapi akupunktur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor muratal 32. Terapi humor 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation (TENS)
--	--	--

	<p>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis, narkotika, non-narkotika atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic</p> <p>5. Monitor efektifitas analgesic</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi <p>Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya. 3. Identifikasi masalah 	
--	--	--

	<p>emosional dan spiritual</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Berikan terapi akupresure 6. Berikan terapi hipnotis 7. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan 8. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernafasan 4. Ajarkan distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, antihistamin, jika perlu 	
--	--	--

Tabel 2.6

Intervensi keperawatan intoleransi aktivitas

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen energi <p>Indakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama 5. melakukan aktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi 2. Dukunagn kepatuhan program pengobatan 3. Dukungan pemelihara rumah 4. Dukungan perawatan diri 5. Dukungan spiritual 6. Dukunagn tidur 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi teknik ambulasi 9. Edukasi pengukuran nadi radialis 10. Manajemen aritmia 11. Manajemen lingkunagn

	<p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nymana dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. 2. Terapi aktivitas Definisi: menggunakan aktivitas fisik, kongnitif, sosial, dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok. <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 4. Identifikasi makna aktifitas rutin (mis, bekerja) dan waktu luang 5. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang di alami 	<p>manajemen medikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Manajemen mood 13. Manajemen program latihan pemantauan tanda vital 14. Pemberian obat 15. Promosi dukungan keluarga 16. Promosi latihan fisik 17. Terapi aktivitas
--	---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial 3. Fasilitasi makna aktivitas yang di pilih fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih 4. Fasilitasi aktivitas fisik (mis, ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i> 5. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak 6. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot 7. Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i> 8. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri 9. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i> 2. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kongnitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 3. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas 	
--	---	--

d. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin lebih pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien, dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010). 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. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

e. Evaluasi

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

Menurut Standar Luanan Keperawatan Indonesia (2018) evaluasi tingkat nyeri dan evaluasi intoleransi aktivitas sesuai tabel dibawah ini:

Tabel 2.7
Evaluasi Keperawatan Nyeri Kronis (Tingkat Nyeri)
(SLKI, 2018)

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5

Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perenium terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegang otot	1	2	3	4	5
Mual muntah	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5

Kriteria	memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola nafas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Focus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

**Evaluasi Keperawatan Intoleransi Aktivitas
(SLKI, 2018)**

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Saturasi oksigen	1	2	3	4	5
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	1	2	3	4	5
Kecepatan berjalan	1	2	3	4	5
Jarak berjalan	1	2	3	4	5
kekuatan tubuh bagian atas	1	2	3	4	5
kekuatan tubuh bagian bawah	1	2	3	4	5
toleransi dalam menaiki tangga	1	2	3	4	5

Kriteria	meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan lelah	1	2	3	4	5
Dipsnea saat aktivitas	1	2	3	4	5
Dipsnea setelah aktivitas	1	2	3	4	5
Perasaan lemah	1	2	3	4	5
Aritmia saat aktivitas	1	2	3	4	5
Aritmia setelah aktivitas	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5

Kriteria	memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Warna kulit	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Frekuensi nafas	1	2	3	4	5
EKG iskemia	1	2	3	4	5

(Sumber:PPNI,SLKI,2018)

2. Konsep asuhan keperawatan keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model Family Center Friedman, yaitu :

a. Pengkajian

Data Umum

- 1) Identitas kepala keluarga
 - a) Nama Kepala Keluarga (KK)
 - b) Umur (KK)
 - c) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK)
 - d) Pendidikan
 - e) Alamat dan nomor telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.9
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : (Achjar, 2010)

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

4) Tipe keluarga

Menurut (Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional.

5) Suku bangsa

- a) Asal suku bangsa keluarga
- b) Bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

- a) Agama yang dianut keluarga
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

7) Status sosial ekonomi keluarga

- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- c) Tabungan khusus kesehatan
- d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (prabot, transportasi)

8) Aktivitas rekreasi keluarga

9) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut (Bakri, 2017) :

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar mana saja tugas yang telah diselesaikan.

c. Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang telah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetic atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi.

10) Lingkungan

Menurut (Achjar, 2010)

- a) Karakteristik rumah
- b) Ukuran rumah (luas rumah)
- c) Kondisi dalam dan luar rumah
- d) Kebersihan rumah
- e) Ventilasi rumah
- f) Saluran pembuangan air limbah
- g) Air bersih
- h) Pengelola sampah
- i) Kepemilikan rumah
- j) Kamar mandi
- k) Denah rumah

11) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- a) apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
- b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
- c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

- d) Mobilitas geografis keluarga
 - e) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - f) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 12) Perkumpulan keluarga dan interaksi pada masyarakat
- a) Perkumpulan atau organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap
 - c) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah
- 13) Struktur keluarga
Menurut (Bakri, 2017)
- a) Pola komunikasi keluarga
Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan pearsaan dalam berinteraksi.
 - b) Struktur kekuatan keluarga
Keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.
 - c) Struktur peran keluarga
Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak

berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya anak yang harus belajar atau bermain, jika tidak melakukannya, tentu orangtua akan gelisah. Begitu pula jika orang tua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

d) Nilai dan norma keluarga

kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi status kesehatan keluarga (Gusti, 2013) Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga.

14) Fungsi keluarga

Menurut (Bakri, 2017)

a) Fungsi afektif

- (1) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
- (2) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga ?
- (3) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain ?

b) Fungsi sosialisasi

Menurut (Achjar, 2010)

- (1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar ?
- (2) Interaksi dengan hubungan keluarga (Achjar, 2010)

c) Fungsi perawatan keluarga

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang

sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).

15) Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.

b) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Bakri, 2017).

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada (Gusti, 2013).

d) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Gusti, 2013).

e) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah (Gusti, 2013).

16) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

b) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia (Achjar, 2010)

17) Harapan Keluarga

a) Terhadap masalah kesehatan keluarga

b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).

b. Diagnosa (Achjar, 2010)

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

1) Diagnosis sehat/*wellnes*

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

2) Diagnosis ancaman (resiko)

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

3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S). 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) Persepsi keluarga terhadap masalah

b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :

- (1) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- (2) Masalah dirasakan keluarga
- (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami

- (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- (5) Informasi yang salah
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
 - (1)
 - (2) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - (3) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - (4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - (5) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi:
 - (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - (2) Pentingnya hygiene sanitasi
 - (3) Upaya pencegahan penyakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi :
 - (1) Keberadaan fasilitas kesehatan.
 - (2) Keuntungan yang didapat.
 - (3) Pengalaman keluarga yang kurang baik.
 - (4) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

c. skoring

sebelum menentukan rencana keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel.

Tabel 2.10
Skoring Prioritas Masalah
Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	sifat masalah a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2

3	potensi masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah menonjolnya masalah	3 2 1	1
4	masalah yang benar-benar harus ditangan a. Ada masalah tetapi tidak segera ditangani b. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber : (Bakri, 2017)

Skoring

- (a) Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
- (b) Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- (c) Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- (d) Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- (e) Jumlah skor dari semua kriteria

d. Rencana keperawatan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan 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 menggunakan *SMART* (*S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=Achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu*) (Achjar, 2010).

e. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga atau memandirikan keluarga (Achjar, 2010).

f. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga. Evaluasi ditujukan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan keluarga dan program apa yang dibutuhkan keluarga. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaiannya (Achjar, 2010).

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
- O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap klien.
- A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah

program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan(SLKI, 2018).

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga bisa menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah, maka semakin besar risikonya (Nurarif & Kusuma, 2016). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Pada lansia hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Brunner & Sudarth, 2014).

2. Penyebab Hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak memiliki penyebab yang spesifik. hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu:

- a. Genetik: respons neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada lansia serta pelebaran pembuluh darah.

3. Klasifikasi

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh sebab itu, penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh faktor berikut ini:

1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang 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 tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dibandingkan perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak daripada ras kulit putih)

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya Hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30 g), kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin)

b. Hipertensi sekunder

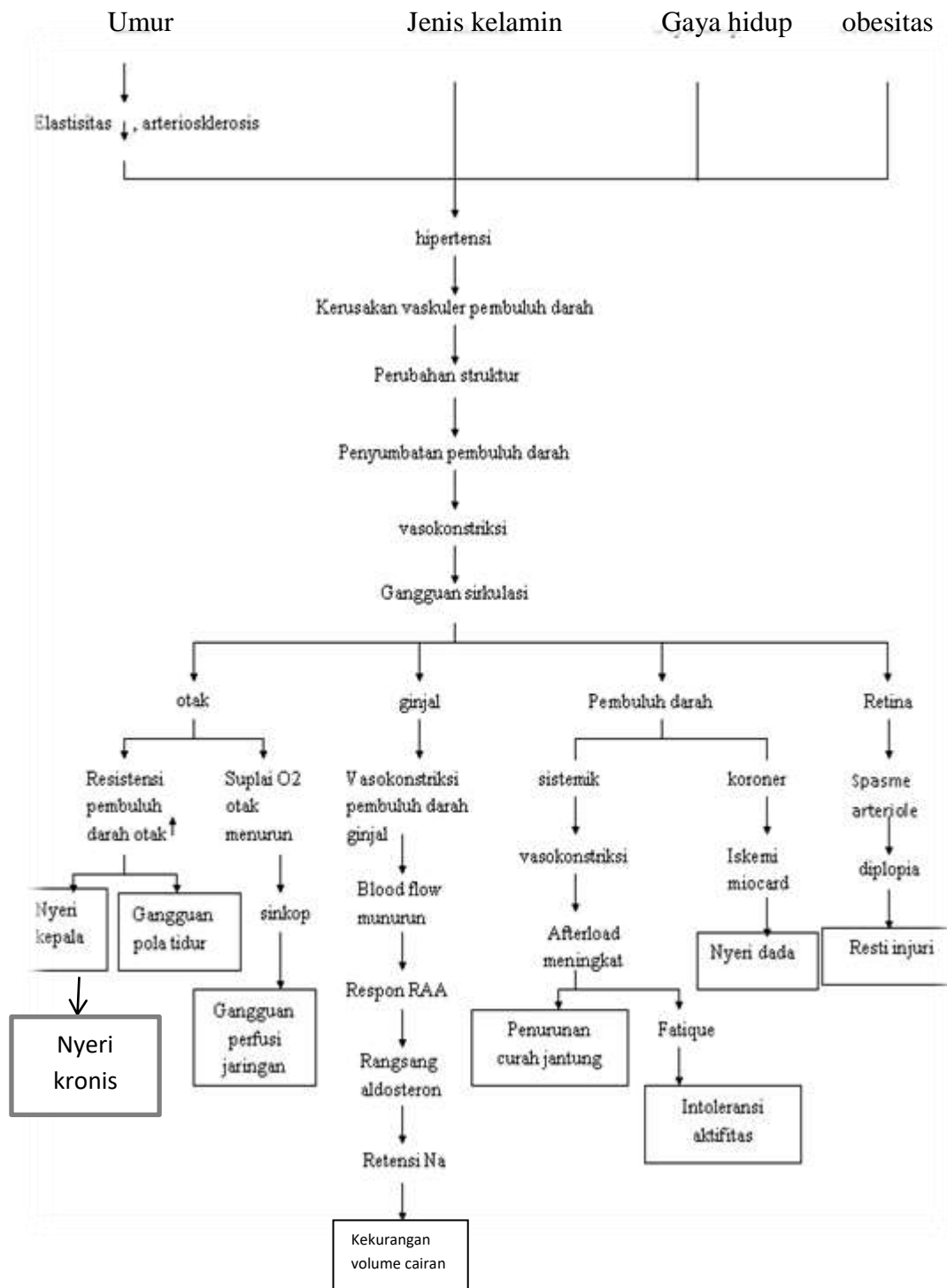
Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat arteriosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila

dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal. Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit Cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (Aspiani, 2014).

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetikolin, yang akan meangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan Hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf trigeminus. Sedangkan rangsangan terhadap struktur yang peka terhadap nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifernya akan menimbulkan nyeri pada daerah dibelakang garis tersebut, yaitu daerah oksipital, suboksipital dan servikal bagian atas.



Gambar 2.3
Pathway Hipertensi

Sumber : (Brunner & Suddart, 2014)

5. Tanda dan gejala

a. Tidak ada gejala

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. Gejala yang lazim

Seringkali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyerang nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- 1) Mengeluh nyeri kepala
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun (Nurarif & Kusuma, 2016)

6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Pengaturan diet

Beberapa diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi:

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi.
- b) Diet tinggi potasium. Pemberian potasium pada klien dengan hipertensi dapat menurunkan tekanan darah namun mekanismenya belum jelas.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya penyakit jantung koroner.

2) Penurunan berat badan

Penurunan berat badan dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi, yaitu dengan cara membatasi kalori yang masuk .

3) Olahraga

Olahraga secara teratur seperti berjalan, senam adalah olahraga yang tepat untuk penderita hipertensi bagi lansia.

4) Memperbaiki gaya hidup

Merubah gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, minuman beralkohol, mengkonsumsi makanan cepat saji penting untuk dilakukan agar mengurangi efek jangka panjang hipertensi. Asap rokok diketahui dapat menurunkan kecepatan aliran darah ke berbagai organ tubuh dan dapat membebani kerja jantung.

b. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi oksigen.

2) Pemantauan haemodinamik.

3) Pemantauan jantung.

4) Terapi Obat-obatan, seperti:

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

b) Penyekatan saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyakit kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR (Aspiani, 2014).

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume viskositas) dan dapat mengindikasi faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
- 2) BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 3) Glukosa: hiperglikemia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat di akibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal atau DM)

b. Ct scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.

c. EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

d. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal

e. Photo dada: menunukan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif & Kusuma, 2016).