

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan aktifitas yang dibutuhkan oleh setiap individu untuk kehidupan individu itu sendiri dan kepuasan hidup. Kebutuhan adalah sesuatu yang harus kita dapatkan, yang berguna untuk kehidupan itu sendiri. Misalnya supaya dapat bertahan hidup manusia memerlukan oksigen untuk bernafas dan dapat memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh. Oleh karena itu, kebutuhan dasar manusia bersifat mutlak diperlukan untuk hidup (Siti et al. 2013)

Teori Maslow Hierarchy, 5 kebutuhan dasar manusia:

- a. Physiological needs (kebutuhan fisiologis).
- b. Safety needs (menginginkan rasa aman).
- c. Love and belongingness needs (menginginkan kasih sayang).
- d. Esteem needs (kebutuhan penghargaan).
- e. Self actualization needs (kebutuhan aktualisasi diri).

Henderson dalam Potter dan Perry membagi kebutuhan dasar manusia menjadi dalam 14 komponen sebagai berikut :

- a. Bernafas secara normal

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat ialah dengan membantu klien memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal yang nyaman, alas dan alat bantu sejenisnya agar klien dapat bernafas secara normal, dapat mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

b. Makan dan minum yang cukup

Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Serta perawat Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan social klien.

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)

Perawat harus pandai mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran,serta frekuensi pengeluaran.

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan

Perawat harus dapat mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar

e. Tidur dan istirahat

Perawat harus mengontrol istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.

f. Memilih pakaian yang tepat

Perawat harus pandai membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.

g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan

Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature (suhu), kelembapan serta pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan dan mengurangi aktifitasnya.

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan

Perawat harus mampu memotivasi klien mengenai konsep - konsep kesehatan, walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standart kesehatannya, dan dapat menjaga agar tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Perawat dapat melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor sehingga membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.

j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini

Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat harus pandai menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, perawat juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan

Perawat harus menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhannya.

l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup

Di dalam keperawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi

Perawat mampu memilihkan aktifitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya.

n. Belajar menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Mubarok, 2015)

2. Kebutuhan Nyeri

a. Definisi kebutuhan nyeri

Setiap individu memberikan persepsi terhadap rasa nyeri yang berbeda. Nyeri ialah sensasi rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dibilang individu karena respon terhadap nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar sebagai perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada setiap individu. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensoris maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Andina, 2017).

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

Menurut Mc. Coffery dalam buku Aziz, dkk, 2012 nyeri ialah suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang dimana eksitensinya diketahui jika seorang pernah mengalaminya, dan sedangkan menurut Wolf Weisel Feurst dalam buku Aziz, dkk, menjelaskan nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik mental ataupun perasaan yang dapat menimbulkan ketegangan. Secara umum nyeri sebagai suatu keadaan yang dimana tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik ataupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologi, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2012).

b. Fisiologi nyeri

Nyeri merambat dipersepsikan oleh individu dan masih belum mengerti. Tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu di pengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan yang membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri, dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi nyeri disebut nosiseptor. Nosiseptor sendiri ialah ujung-ujung saraf perifer bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu, dan kimiawi. Sedangkan proses fisiologis terkait nyeri disebut nosisepsi. Proses ini terdiri ada 4 fase, yaitu:

1) Transmisi

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

2) Transduksi

Stimulus atau rangsangan yang membahayakan misalnya bahan kimia, suhu, atau mekanis memicu pelepasan mediator biokimia yang mensensitisasi nosiseptor.

3) Persepsi

Individu mulai menyadari adanya nyeri. Persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan muncul berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

c. Jenis dan bentuk nyeri

1) Jenis nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

a) Nyeri perifer, terdapat tiga macam yaitu:

- (1) Nyeri viseral, yaitu rasa nyeri yang dimana muncul akibat stimulus pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium dan toraks.
- (2) Nyeri superfisial, yaitu rasa nyeri yang dimana muncul akibat adanya rangsangan-rangsangan pada mukosa dan kulit.
- (3) Nyeri alih, yaitu nyeri dimana dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b) Nyeri sentral, yaitu nyeri yang dimana muncul akibat stimulasi pada batang otak, medula spinalis, dan thalamus.

- (1) Nyeri psikogenetik, yaitu nyeri yang dimana tidak diketahui penyebab fisiknya. Nyeri ini timbul akibat si penderita sendiri. Nyeri ini sering muncul karena faktor psikologis bukan fisiologis (Mubarok & Chayatin, 2008).

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) Bentuk nyeri

(1) Nyeri akut

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak penyebabnya serta lokasi nyeri sudah

diketahui. Nyeri akut ini ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

(2) Nyeri kronis

Nyeri ini dimana berlangsung lebih dari enam bulan sumber nyeri ini bisa diketahui atau tidak. Nyeri dimana hilang timbul dan biasanya tidak bisa disembuhkan. Selain itu penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukkannya. Dampak yang terjadi akibat nyeri ini antara lain penderita mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akhirnya mereka menjadi kurang perhatian, dan merasa putus asa. Nyeri kronis ini dimana biasanya hilang timbul dalam periode waktu tertentu. Ada dimana penderita terbebas dari rangsangan nyeri (Mubarok & Chayatin, 2008).

2) Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

a) Usia

Usia ialah yang mempengaruhi nyeri khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak -anak yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga memahami kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyerinya ke orangtua maupun petugas kesehatan. Dengan demikian pertimbangan perkembangan ini perawat harus mengadaptasi pendekatan yang dilakukan dalam upaya mencari dan mempersiapkan seorang anak untuk perosedur medis yang menyakitkan. Klien lansia mempunyai kemampuan untuk menginterpretasi nyeri yang mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit beserta gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang dimana sama. Apabila lansia memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu, maka perawat harus mengumpulkan pengakjian yang rinci. Manifestasi dari berbagai penyakit dapat menimbulkan kondisi nyeri yang tidak khas. Dengan kata lain

yaitu penyakit yang berbeda dapat menimbulkan gejala yang dimana akan sama (Mubarok & Chayatin,2008).

b) Ansietas

Hubungan nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri bisa menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara efektif untuk menghilangkan nyeri ialah dengan mengarahkan pengobatan nyeri daripada ansietas (Haswita & Sulistyawati, 2017).

c) Makna nyeri

Individu akan merasakan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalamannya. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif seperti ketakutan dan kecemasan berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman ini diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan pasti lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi hal yang positif (M.Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Etnik dan budaya

Etnik dan budaya salah satu faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Dengan contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan dengan individu dan budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak mau merepotkan orang lain (Mubarok & Chayatin, 2008).

3) Penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non farmakologis

a) Terapi nyeri farmakologis

Analgesik ialah metode yang paling umum dalam mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan yang bisa mengatasi nyeri, yaitu:

- (1) Analgesic nonopioid, asetaminofen dan aspirin ialah dua jenis analgesic nonopoid yang sering kali digunakan. Obat ini bekerja dimana terutama pada tingkat ferifer agar mengurangi nyeri.
- (2) Adjuvant ialah bukan analgesik yang sebenarnya tetapi zat ini dapat membantu jenis-jenis nyeri tetrentu terutama pada nyeri kronis.
- (3) Opiod analgesic ini bekerja dengan cara dimana melekatan diri pada resepto-reseptor nyeri speripik di dalam SSP.

Adapun efek samping tanda-tanda dari reaksi yang tidak diinginkan mungkin tidak dikenali karena tanda-tanda ini menggambarkan tanda-tanda gangguan pada lansia yaitu tremor, depresi, konstipasi, dan kurangnya nafsu makan.

b) Terapi nyeri non farmakologi

(1) Nafas dalam

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

(2) Kompres panas dan dingin

Pemberian panas ialah cara yang baik dalam menurunkan nyeri sehingga disetujui termasuk kedalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan seperti bantal pemanas, dan handuk hangat.

Kompres dingin juga menurunkan nyeri. Es dapat digunakan mengurangi nyeri dan mencegah edema dan inflamasi (M.Black & Hokanson Hawks, 2014).

(3) Distraksi

Penjelasan teoritisnya ialah 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).

c) Akupresur

Akupresur memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat. Perawat yang ahli terapi mempelajari alur energi atau meridian tubuh dan memberikan tekanan pada titik-titik disepanjang alur.

d. Respon terhadap nyeri

1) Respon fisiologis

Dimana pada saat impuls nyeri itu naik ke medula spinalis ke batang otak dan thalamus, system saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi “flight atau fight”. Yang adalah sindrom adaptasi umum. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, system saraf parasimpatis menghasilkan suatu reaksi. Respon fisiologis dari nyeri sangat membahayakan individu itu sendiri. Kecuali individu pada kasus nyeri berat yang menyebabkan terjadinya syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yakni tanda-tanda fisik kembali normal.

2) Respon perilaku

Sensasi nyeri yang terjadi saat merasakan nyeri. Gerakan tubuh khas dimana ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh klien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon yang terjadi seperti gelisah, mengkerutkan dahi, dan membuang muka saat diajak bicara (Wahyudi & Wahid, 2016).

3) Respon terhadap nyeri

Setiap individu memberikan respon atau reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada yang menghadapinya dengan rasa takut, gelisah, dan cemas ada pula yang menghadapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Chayatin, 2008).

4) 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, 2008).

e. Intensitas nyeri

Nyeri itu sendiri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri ialah karakteristik yang relatif, maka dari itu banyak tes, skala, skor dan tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur nyeri secara subjektif setepat itu (Asmadi, 2008).

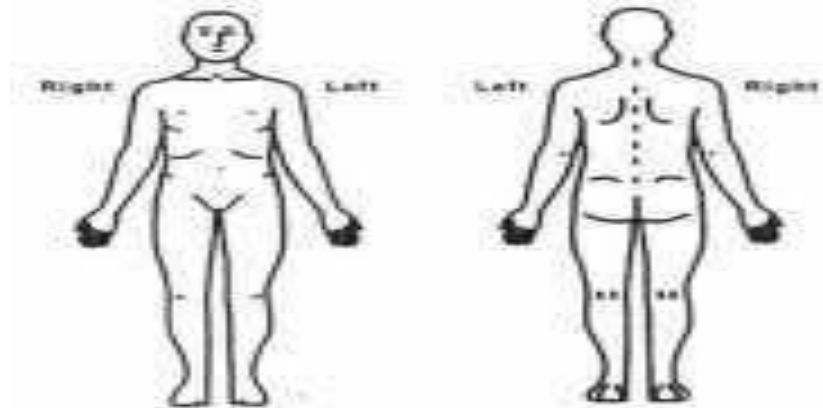
1) Alat bantu menentukan skala nyeri

Agar dapat mempermudah pengukuran nyeri bisa menggunakan banyak cara yaitu tes, atau skala pengukur nyeri. Akan tetapi bahwa semua tes tersebut bersifat subjektif, artinya berbagai alat pengukuran tersebut diantaranya:

a) Pain diagram

Ini digunakan untuk membantu menentukan dimana letak posisi nyeri serta tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi

dengan gambar tubuh manusia ini serta instruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan, OOO=seperti ditusuk jarum, ///=seperti disenterum, xxx=nyeri yang tajam, TTT=nyeri berdenyut, AAA=nyeri tumpul.

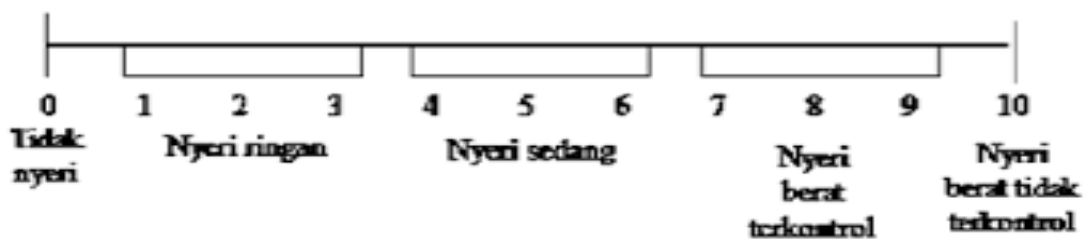


Gambar 2.1 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber: Asmadi (2008)

b) Visual Analog Scale (VAS) dan Numeric Rating Scale (NRS)

Skala tersebut digunakannya sederhana, yakni dimana klien diminta memberi tanda pada garis atau angka yang mempresentasikan intensitas nyeri yang klien rasakan. Pada VA, pemberian tanda pada garis semakin ke kiri semakin tidak nyeri, sedangkan semakin ke kanan semakin nyeri. Sementara itu pada NRS angka 0 menyatakan tidak adanya nyeri, dan angka 10 menyatakan nyeri itu sangat hebat.



Gambar 2.2 Pain Diagram

Sumber: Asmadi (2008)

c) Face Pain Rating Scale

Dimana skala ini menggambarkan adanya lima sketsa wajah masing-masing dengan nilai angka, dimulai dengan ekspresi senang, senyum, sampai dengan sedih dan menangis, setara dengan tidak nyeri sampai nyeri sangat parah.



Gambar 2.3 Face Pain Rating Scale

Sumber: Asmadi (2008)

d) Catatan harian

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

e) Dampak Nyeri

- (1) Gangguan rasa nyaman nyeri
- (2) Gangguan pola tidur
- (3) Gangguan aktivitas
- (4) 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. Perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua

komponen utama, yaitu 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 & Chayatin, 2008).

Tabel 1
Neumonik Untuk Pengkajian Nyeri

P	Provoking atau pemicu, ialah faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	Quality dan kualitas nyeri misal tumpul/tajam.
R	Region atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	Severity atau krganasan ialah intensitasnya
T	Time atau waktu, ialah serangan, lamanya, dan sebab

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2008)

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 menunjukan 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 coping

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

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, 2008).

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)

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

b) Gejala dan Tanda Mayor

Data subjektif

Data objektif

(1) Tampak meringis

(2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

c) Gejala dan Minor

Data subjektif

Data objektif

(1) Tekanan darah meningkat

(2) Pola napas berubah

(3) Nafsu makan berubah

(4) Proses berpikir terganggu

- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri
- (7) Diaforesis

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 kolaborasi

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
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi penunjang
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (sakit kepala)</p> <p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Setelah dilakukn asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : ● Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ● Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ● Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) <p>Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ● Identifikasi skala nyeri ● Identifikasi respon nyeri non verbal ● Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ● Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ● Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri ● Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ● Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan ● Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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) ● Fasilitasi istirahat dan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aromaterapi ● Dukungan hipnosis diri ● Dukungan pengungkapan kebutuhan ● Edukasi efek samping obat ● Edukasi manajemen nyeri ● Edukasi proses penyakit ● Edukasi teknik tarik nafas ● Kompres dingin ● Kompres panas ● Konsultasi ● Latihan pernafasan ● Manajemen efek samping obat ● Manajemen kenyamanan lingkungan ● Manajemen medikasi ● Manajemen sedasi ● Manajemen terapi radiasi ● Pemantauan nyeri ● Pemberian obat ● Pemberian obat intravena ● Pemberian obat oral ● Pemberian obat topikal ● Pengaturan posisi ● Peawatan amputasi ● Perawatan kenyamanan ● Teknik distraksi

	<ul style="list-style-type: none"> ● Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri ● Jelaskan strategi meredakan nyeri ● Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ● Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ● Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian analgetik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) ● Identifikasi riwayat alergi obat ● Identifikasi kesesuaian jenis analgetik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri ● Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik ● Monitor efektifitas analgetik <p>Teraupetik</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Teknik imajinasi terbimbing ● Terapi akupresur ● Terapi akupuntur ● Terapi bantuan hewan ● Terapi humor ● Terapi murattal ● Terapi musik ● Terapi pemijatan ● Terapi relaksasi ● Terapi sentuhan ● Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● Diskusikan jenis analgetik yang disukai mencapai analgetik optimal, jika perlu ● Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum ● Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respon klien ● Dokumentasikan respon terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi 	
--	---	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

f. Implementasi

Dimana terapi nyeri yang memerlukan pendekatan secara personal, mungkin lebih pada penanganan masalah kepada klien yang lain. Perawat, klien, dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan Tindakan untuk mengatasi nyeri tersebut (Potter & Perry, 2010)

Implementasi ialah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap impementasi ini 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 ialah salah satu tanggung jawab perawat yang dimana 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 yang tepat.

2. Asuhan keperawatan keluarga

a. Pengkajian

- 1) Data Umum
 - a) Identitas kepala keluarga
 - b) Nama kepala keluarga (KK)
 - c) Umur (KK)
 - d) Pekerjaan kepala keluarga
 - e) Pendidikan kepala keluarga
 - f) Alamat dan nomor telepon

- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

3) Genogram

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

4) Tipe keluarga

Menurut Maria (2017) tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional).

a) Keluarga tradisional

(1) Keluarga inti ialah keluarga kecil dalam satu rumah. Anggota hidup bersama dan saling menjaga. Terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak.

(2) Keluarga besar ialah keluarga gabungan keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak dan kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula.

(3) Keluarga dyad (Pasangan Inti) ialah tipe keluarga yang biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya sepakat untuk tidak memiliki anak lebih dulu.

(4) Keluarga single Parent ialah dimana seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini dikarenakan perceraian atau meninggal dunia. Tetapi single parent mensyaratkan anak baik anak kandung atau anak angkat.

(5) Keluarga single adult (bujang dewasa) ialah pasangan yang mengambil jarak atau berpisah waktu untuk kebutuhan tertentu. Orang dewasa inilah yang disebut Single Adult.

b) Keluarga modern (non tradisional)

(1) *The unmarried teenage mother*

Di zaman yang sekarang ini hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat. Meski pada akhirnya beberapa pasangan tetap menikah, namun ada pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya perempuan memilih merawat anaknya sendirian.

(2) *Reconstituted nuclear*

Di zaman sekarang ini keluarga yang tadinya berpisah kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tetap hidup bersama anak-anaknya baik dari pernikahan sebelumnya ataupun perkawinan baru.

(3) *The stepparent family*

Di zaman sekarang ini banyak kita temui seorang anak di adopsi oleh sepasang suami istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan the stepparent family.

(4) *Commune family*

Keluarga ini biasanya hidup dalam penampungan atau memang tidak memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini berlangsung dalam waktu yang lama.

(5) *The non marital heterosexual cohabitang family*

Tanpa adanya ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama pasangannya namun dalam beberapa waktu yang singkat kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

(6) *Gay and lesbian family*

Dimana seseorang yang mempunyai jenis kelamin yang sama menyatakan hidup sebagaimana pasangan suami istri .

(7) *Cohibiting couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka seperti mereka sudah berkeluarga.

5) Suku bangsa

Mengetahui suku budaya klien beserta keluarganya ialah hal penting. Dari budaya keluarga ini kita akan mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga. Tidak semua dikaji hanya yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017)

6) Agama

Mengetahui agama pasien dan keluarganya tidak hanya sebatas nama agamanya, melainkan bagaimanapun mereka mengamalkan ajaran-ajaran agama atau kepercayaannya. Hal ini mengetahui sejauh aman kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Maria, 2017) .

7) Status sosial ekonomi keluarga

Status keluarga tak selalu ditentukan oleh pendapatnya meski hal tersebut sangat mempengaruhi. Bisa saja orang mendapatkan status sosial karena pengaruhnya dimasyarakat. Selain itu juga, kebutuhan atau pengeluaran keluarga menjadi penyebab berikutnya. Akhirnya, perawat juga perlu mengetahui tingkat konsumsi keluarga beserta anggotanya (Maria, 2017)

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Bentuk rekreasi tidak hanya dilihat pergi kemana bersama keluarga, melainkan hal-hal yang sederhana yang bisa dilakukan dirumah. Misalnya menonton televisi, mendengarkan musik, membaca buku, media sosial dan lain-lain (Maria, 2017) .

9) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi. Misalnya, faktor ekonomi karena keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan makan yang sehat dan aman, maka anggota keluarga mudah terserang penyakit. Tahap perkembangan keluarga ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti (Maria, 2017).

Menurut Santun & Agus, 2008 tahap dan tugas perkembangan keluarga antara lain yaitu:

- (1) Pasangan pemula atau pasangan baru menikah
 - (2) Keluarga dengan “child bearing” kelahiran anak pertama
 - (3) Keluarga dengan anak prasekolah (anak pertama berusia 2,5-5 tahun)
 - (4) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak pertama berusia 6-12 tahun)
 - (5) Keluarga dengan anak remaja (anak pertama berusia 13-20 tahun)
 - (6) Keluarga dengan melepaskan anak ke masyarakat
 - (7) Keluarga dengan tahapan berdua kembali
 - (8) Keluarga dengan tahapan masa tua
- b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan anggotanya memiliki peran tugasnya masing-masing. Jika ada tugas yang belum diselesaikan kemudian dikaji kendala apa yang menyebabkannya. Lalu apakah tugas tersebut bisa diselesaikan secepatnya atau bisa ditunda (Maria, 2017)

- c) Riwayat keluarga inti

Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017)

- d) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami maupun istri juga perlu. Hal ini karena ada penyakit yang bersifat genetic atau menurun kepada anak cucu. Jika hal tersebut dapat dideteksi lebih awal dapat dilakukan pencegahan (Maria, 2017)

10) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Perawat harus mengetahui karakteristik rumah yang dihuni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, jumlah ruangan, tipe rumah, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara/ AC, pencahayaan, banyaknya jendela, letak perabotan, penempatan septic tank, jarak sumber air dengan septic tank, konsumsi makanan olahan dan minum keluarga dan lain-lain.

b) Karakteristik tetangga dan RT-RW

Perawat harus mengetahui mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan dan aturan penduduk setempat dan budaya yang mempengaruhi kebiasaan.

c) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Selain interaksi dengan tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individu atau keluarga memiliki pergaulannya sendiri baik komunitas hobi, kantor, sekolah atau lainnya.

11) Mobilitas geografis keluarga

Dimana pernah berpindah dari rumah orangtua menuju rumah sendiri. Atau apabila merantau, dimana saja ia pernah kontrak rumah. Atau seorang pegawai sering ditugaskan di berbagai kota.

12) Sistem pendukung keluarga

Setiap keluarga pasti menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya. Fasilitas inilah yang perlu dikaji sistem pendukung keluarga. Selain itu, sistem pendukung ini juga membutuhkan fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat sekitar (Maria, 2017)

13) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Perawat harus melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang

baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi (Maria, 2017)

b) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga dilihat dari peran dominan anggota keluarga. Maka itu, perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain-lain (Maria, 2017)

c) Struktur peran keluarga

Setiap anggota pasti memiliki peran masing-masing baik dari orang tua ataupun anak-anak. Peran ini berjalan sendirinya, walaupun tanpa disepakati terlebih dahulu. Misalnya, anak yang harus belajar ataupun bermain, apabila anak tidak melkaukan pasti orangtua akan gelisah. Begitu juga jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu akan kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya (Maria, 2017)

d) Nilai dan norma keluarga

Dimana menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008)

14) Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

- (1) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
- (2) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
- (3) Bagaimana sensitivitas antar anggota keluarga?
- (4) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga?
- (5) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain?
- (6) Bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan?
- (7) Bagaimana anggota keluarga saling mempercayai, memberikan perhatian dan saling mendukung satu sama lain?

(8) Apakah ada pendekatan khusus anggota keluarga dengan anggota yang lain, keterpisahan dan keterikatan? (Maria, 2017)

2) Fungsi sosialisasi

(1) Kebudayaan yang dianut dalam membesarkan anak?

(2) Apakah keluarga merupakan risiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak? Faktor resiko apa yang memungkinkan?

(3) Bagaimana keluarga membesarkan anak, termasuk pola kontrol perilaku, penghargaan, disiplin, kebebasan, hukuman, memberi dan menerima cinta sesuai dengan tingkatan usia? Siapa yang bertanggung jawab?

(4) Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak seperti tempat bermain, dan kamar tidur sendiri? (Maria, 2017)

15) Fungsi perawatan keluarga

a) Kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga

b) Bila ditemukan data maladaptif, segera lakukan peninjauan tahap II yang berdasarkan 5 tugas keluarga seperti mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan (Achjar, 2010)

16) Stress dan coping keluarga

a) Stressor jangka pendek

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

b) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang dimana waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017)

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap masalah atau stressor tersebut (Setiadi, 2008)

d) Strategi coping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

e) Strategi adaptasi disfungsi

Menjelaskan mengenai adaptasi disfungsi yang digunakan keluarga apabila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

17) Pemeriksaan fisik

a) Aktivitas/ istirahat

(1) Gejala: Lemah, letih, napas pendek, gaya hidup

(2) Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

b) Sirkulasi

(1) Gejala

(a) Riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner dan penyakit serbrovaskuler

(b) Episode palpitasi

c) Tanda

(1) Denyutan nadi jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardia

(2) Peningkatan tekanan darah

(3) Distensi vena jugularis

(4) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin

d) Integritas ego

Gejala: Perubahan kepribadian, ansietas, stress multipel (keuangan berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda: gelisah, otot muka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

e) Eliminasi

Gejala : gangguan saat ini atau riwayat penyakit ginjal masa lalu.

f) Makanan/ cairan

(1) Gejala:

(a) Makanan kesukaan yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolestrol

(b) Mual, muntah dan perubahan BB saat ini (naik/turun)

(2) Tanda:

- (a) Adanya edema
- (b) BB normal atau obesitas
- (c) Glikosuria

g) Neurosensori

(1) Gejala

- (a) Keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).
- (b) Gangguan penglihatan

(2) Tanda

- (a) Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, status mental.

h) Nyeri

Gejala: angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung) dan sakit kepala

i) Pernafasan

Gejala: Dispnea yang berkaitan dari aktivitas, takipnea, ortopnea, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok.

Tanda: Distress pernafasaan atau penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan (mengi), sianosis

j) Keamanan

Gejala: gangguan koordinasi /cara berjalan ,hipotensi postural

k) Pembelajaran penyuluhan

(1) Gejala:

- (a) Faktor resiko keluarga : hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung DM
- (b) Faktor lain seperti penggunaan pil kb atau penggunaan alkohol/obat.

18) Harapan keluarga

Perlu diuraikan bagaimana harapan keluarga klien terhadap penyakit yang di derita klien. Dan juga, sebagai pendukung atau motivasi, perawat juga harus mengetahui apa saja harapan keluarga terhadap perawat. Harapan ini harus sudah sebaiknya diusahakan semaksimal mungkin oleh perawat agar keluarga merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan.

b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. 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).

2) Diagnosa ancaman (resiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditentukan beberapa data maldatif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosa 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 dikeluarga, didukung dengan adanya beberapa data maldatif. Perumusan diagnosa 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:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, yaitu:
 - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - (2) Pengertian
 - (3) Tanda dan gejala
 - (4) Faktor penyebab
 - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah
 - 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, yaitu:
 - (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.
 - 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, yaitu:
 - (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.
 - 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, yaitu :
 - (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
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan terlebih dahulu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan skoring pada tabel :

Tabel 3
Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	• Tidak /kurang sehat	3	1
	• Ancaman kesehatan	2	
	• Keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Mudah	2	2
	• Sebagian	1	
	• Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi	3	1
	• Cukup	2	
	• Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	2	
	• Masalah yang benar-benar harus ditangani	1	1
	• Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	0	
	• Masalah tidak dirasakan		

Sumber: Maria, 2017

c. Skoring

- 1) Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka yang tertinggi ialah 5.
- 2) Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- 3) Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- 4) Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- 5) Jumlah skor dari semua kriteria.

Diagnosa yang mungkin muncul ialah:

- 1) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi.
- 2) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hipertensi.
- 3) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien hipertensi.
- 4) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien hipertensi.
- 5) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

d. 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 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).

Tabel 4

Rencana Keperawatan pada Klien Nyeri Akut

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan umum	Tujuan khusus	Kriteria	Standar	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan KMK mengenal masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan tidak terjadi nyeri akut pada keluarga	1. Keluarga mampu mengenal masalah			
			1.1 Keluarga menyebutkan pengertian hipertensi	Respon verbal	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	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hipertensi 2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti 3. Evaluasi kembali tentang pengertian hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga

					darah, maka semakin besar resikonya.	
			1.2 Keluarga mampu menyebutkan penyebab hipertensi	Respon verbal	<p>Penyebab hipertensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola makan yang tidak sehat 2. Merokok 3. Obesitas 4. Minuman yang mengandung alkohol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Minta keluarga menentukan penyebab hipertensi pada klien . 3. Evaluasi kembali penyebab hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
			1.3 Keluarga mampu menyebutkan tandatanda hipertensi	Respon verbal	<p>Gejala yang dikeluhkan penderita hipertensi adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda hipertensi 2. Bersama keluarga identifikasi tanda hipertensi pada klien 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien

			2. Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai hipertensi pada klien			
			2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi apabila hipertensi tidak ditangani dengan tepat	Respon verbal	Akibat apabila hipertensi tidak ditangani dengan segera : 1. Akan menyebabkan kematian 2. Gagal ginjal 3. stroke	1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari hipertensi apabila tidak di tangani dengan segera 2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari hipertensi 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan 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 bertanya

						<p>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</p> <p>4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar</p>
			3. Keluarga mampu merawat klien hipertensi			
			3.1 Menjelaskan cara merawat klien hipertensi	Respon verbal	<p>Menyebutkan cara merawat klien dengan hipertensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompres hangat 2. Lakukan akupresur (pijat) 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Minum obat sesuai anjuran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan klien hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
			4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman bagi klien dengan hipertensi			
			4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi	Respon verbal	<p>Lingkungan yang tepat mendukung untuk klien hipertensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi aktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang

					2. Pola hidup sehat seperti melaksanakan diet rendah garam, diet tinggi kalium, penurunan berat badan dan berolahraga secara teratur serta berhenti merokok dan kurangi konsumsi alkohol	<p>mendukung untuk klien hipertensi</p> <p>2. Beri kesempatan keluarag untuk bertanya</p> <p>3. Tanyak kembali hal yang belum dimengerti</p> <p>4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar</p>
			4.2 Melakukan modifikasi atau menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien hipertensi	Kunjungan yang tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klen hipertensi seperti lingkungan yang tenang dan terhindar dari kebisingan.	Motivasi 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 dan manfaatnya	Respon verbal	Fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dikunjungi adalah puskesmas, posbindu, pusat rehabilitasi, rumah sakit	1. Kaji pengetahuan klien tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan

						<p>2. Beri penjelasan kepada keluarag tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan hipertensi</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</p> <p>4. Tanyakan kembali hal ang kurang belum dimengerti</p> <p>5. Beri reinforcement positif atas jawab</p>
			5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko hipertensi	Kunjungan yang tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu atau puskesmas sebagai bukti telah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan	<p>1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu atau pelayanan kesehatan lainnya.</p> <p>2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang dilakukan keluarga</p>

e. Implementasi

Implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun, perawat membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup :

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga
- 4) Membantu keluarga mewujudkan lingkungan sehat
- 5) Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan (Maria, 2017).

f. Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosis.

P : adalah perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga pada tahapan evaluasi. (Maria, 2017).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi ialah didefinisikan sebagai dimana tekanan sistoliknya diatas 140mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90mmHg. Pada manula, hipertensi sebagai tekanan darah sistolik 160mmHg dan diastolik 90mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke dan gagal ginjal. Hipertensi disebut sebagai silent killer atau pembuluh diam-diam karena orang dengan hipertensi sering tidak menunjukkan gejala. Begitu penyakit ini diderita, tekanan darah pasien harus dipantau dengan interval teratur karena hipertensi merupakan kondisi seumur hidup.

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. Etiologi

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

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

B. Faktor resiko

Faktor Risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain :

- a. Merokok.

- b. Diet rendah serat.
- c. Dislipidemia.
- d. Konsumsi garam berlebih.
- e. Kurang aktivitas fisik.
- f. Stres.
- g. Berat badan berlebih/ kegemukan.

C. 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.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, 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.

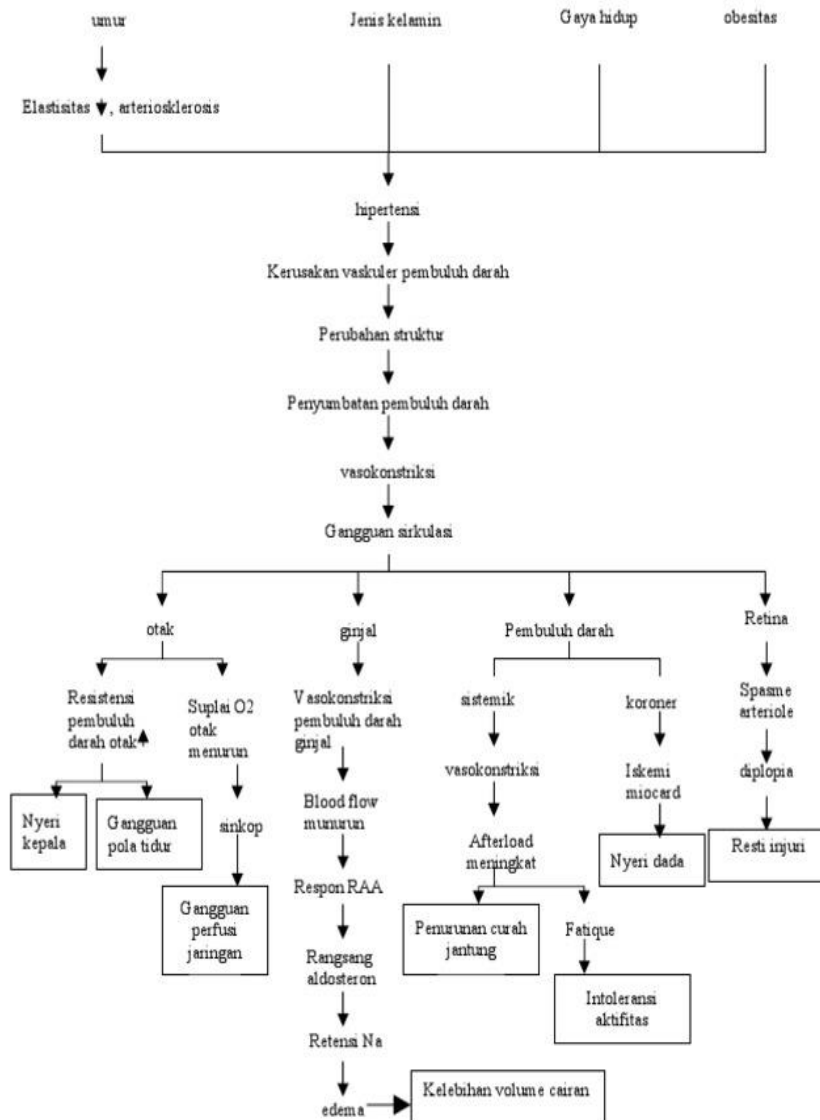
Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh

tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner & Suddart, 2014).

Rangsang nyeri bisa disebabkan oleh adanya tekanan, traksi, displacement maupun proses kimiawi dan inflamasi terhadap nosiseptor-nosiseptor pada struktur peka nyeri di kepala. Jika struktur tersebut yang terletak pada atau pun diatas tentorium serebelli dirangsang, maka rasa nyeri akan timbul terasa menjalar pada daerah didepan batas garis vertikal yang ditarik dari kedua telinga kiri dan kanan melewati puncak kepala. 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. Telah dibuktikan adanya hubungan erat antara inti trigeminus dengan radiks dorsalis segmen servikal atas. Trigemino servikal reflex dapat dibuktikan dengan cara stimulasi n. supraorbitalis dan direkam dengan cara pemasangan elektrode pada otot sternokleidomastoideus. Input eksteroseptif dan nosiseptif dari trigemino-servikal reflex ditransmisikan melalui polysynaptic route, termasuk spinal trigeminal nuklei dan mencapai servikal motorneuron. Dengan adanya hubungan ini jelaslah bahwa nyeri didaerah leher dapat dirasakan atau diteruskan kearah kepala dan sebaliknya.

D. Pathway hipertensi

Pathway Hipertensi



Gambar 4 Pathway Hipertensi

Sumber : (Brunner & Suddart, 2014)

4. 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 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 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.

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

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

- 1) Mengeluh nyeri kepala
- 2) Kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual & muntah
- 6) Epistaksis
- 7) Kesadaran menurun (Nurarif & Kusuma, 2016).

6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Pengaturan diet

Ada beberapa diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi antara lain :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Yaitu dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulus system renin angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi potasium. Pemberian potasium pada klien hipertensi bisa menurunkan tekanan darah namun mekanismenya belum jelas. Pemberian potasium secara intravena

bisa menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh nitric oxide pada dinding vascular.

c) Diet kaya buah dan sayur.

d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya penyakit jantung koroner.

b. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan ini dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi, karena dimana terjadi penurunan beban kerja jantung serta penurunan volume sekuncup.

c. Olahraga

Olahraga yang dilakukan secara teratur seperti berjalan, berlari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang bisa mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

d. Memperbaiki gaya hidup

Merubah gaya hidup yaitu dengan 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.

e. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi Oksigen.

2) Pemantauan Haemodinamik.

3) Pemantauan Jantung.

4) Terapi Obat-obatan, antara lain:

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

7. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal

- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
- 3) Darah perifer lengkap
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)

b. EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri
- 2) Gangguan induksi
- 3) Fotorontgen
- 4) Iskemia atau infark miokard
- 5) Hipertrofi parenkim ginjal
- 6) Hipertrofi vascular ginjal
- 7) Bentuk dan besar jantung nothing iga pada koartasi aorta
- 8) Pembendungan, lebarnya paru (Aspiani, 2017)

1. Komplikasi

Tekanan darah tinggi bisa merusak pembuluh darah dan organ-organ lain di dalam tubuh. Jika tidak segera diobati, tekanan darah tinggi bisa menimbulkan penyakit-penyakit serius, seperti:

- a. Hilangnya penglihatan
- b. Sindrom metabolik
- c. Gangguan ingatan
- d. Penyakit ginjal
- e. Penyakit arteri perifer
- f. Penyakit jantung
- g. Serangan jantung
- h. Gagal jantung
- i. Demensia vaskular
- j. Aneurisma otak
- k. Stroke

D. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Achjar (2012) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan dengan perkawinan, adopsi serta kelahiran yang bertujuan untuk, menciptakan, memperahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

2. Tipe Keluarga

Menurut Hernilawati (2011), membagi tipe keluarga menjadi 2 yaitu:

a. Secara Tradisional

- 1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi keduanya.
- 2) Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi)

b. Keluarga Modern

1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, anak yang tinggal dalam satu rumah.

2) *Reconstituted Nuclear*

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

3) *Middle Age*

Tahap keluarga memasuki masa akhir ketika anak telah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4) *Dyad Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak.

5) *Single Parent*

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

6) *Dual Carier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter Married*

Suami istri yang keduanya sibuk berkarier dan tinggal terpisah pada jarak dan waktu tertentu.

8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dan tidak memiliki keinginan untuk menikah.

9) *Three Generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

10) *Institusional*

Yaitu anak-anak atau dewasa yang tinggal dalam suatu panti-panti.

11) *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami bersama dengan anak-anaknya.

12) *Group Marriage*

Yaitu satu rumah terdiri dari orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga.

13) *Unmmaried Parent and Child*

Yaitu ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

14) *Cohibing Couple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa perkawinan.

15) *Gay and Lesbian Familiy*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985). Carter & Mc Goldrick (1998) dalam buku Achjar (2012). Mempunyai tugas-tugas perkembangan yang berbeda sebagai berikut:

a. Tahap I

1) Keluarga pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pasangan baru adalah membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, serta merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

b. Tahap II

1) Keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran nenek dan kakek dan mensosialisasikan

dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

c. Tahap III

1) Keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 sampai 6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahapan ke III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, mematuhi kebutuhan bermain pada anak.

d. Tahap IV

1) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6 sampai 13 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meningkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar dengan teratur, memperhatikan anak saat mengerjakan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarganya.

e. Tahap V

1) Keluarga dengan anak remaja (anak tertua berumur 13 sampai 20 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antar orang tua dengan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam bertanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka

f. Tahap VI

1) Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memaui anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk mempebaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia sakit-sakitan baik dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

g. Tahap VII

1) Orang tua usia pertengahan (pensiun)

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang sehat, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti pada orang tua, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan-kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, dan tetap menjaga komunikasi pada anak-anak

h. Tahap VIII

1) Keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan

pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berkebun, berolahraga, dan mengasuh cucu.

4. Tugas keluarga

Menurut Achjar (2012) tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas kesehatan yang dimaksud ialah:

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami oleh keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang sedang dihadapi, adakah rasa takut atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan peragaan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan luar dan dalam rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keutungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersiapkan keluarga.