

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson Manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu

- a. Terhambat dalam melakukan aktivitas;
- b. Belum mampu melakukan aktivitas; dan
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas.

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

a. Bernafas secara normal:

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal, alas dan sejenisnya sebagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

b. Makan dan minum yang cukup:

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

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil):

Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan

normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:

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

e. Tidur dan istirahat:

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

f. Memilih pakaian yang tepat:

Perawat dasarnya meliputi 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, kelembapan atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya.

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan:

Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standard kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak factor yang 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 menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri,

juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan:

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

l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup:

Dalam perawatan 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

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 actual atau pada fungsi ego seorang individu persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

b. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan

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

Jenis 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 viseral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks; dan
 - 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 talamus.
- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini di sebabkan karena faktor

psikologi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Bentuk nyeri

Tabel 1
Bentuk Nyeri

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
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 kelom 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 pasien 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 orangtua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

f. 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, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri seperti di dalam SSP; dan
- 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 mengaktifasi 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 akupunktur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (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).

g. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu

terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & 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).

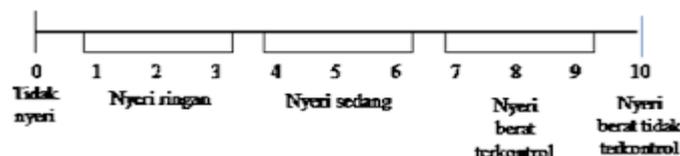
3) Reaksi terhadap nyeri

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).

h. 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 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

Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*
 Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

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 Mnemonik Untuk 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)

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 berkopling terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

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

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-

tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang di gunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang di ambil.

4) 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.

5) Faktor pretisipasi

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

6) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

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

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, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada (Mubarak & Cahyatin, 2008).

d) Penetapan Diagnosis

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

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)

e) 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 rasa nyeri
- (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 nyeri terhadap berbagai fungsi tubuh. Dampingi klien memilih intervensi terhadap sifat dan efek nyeri.

3) Perawatan kolaboratif

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

f) Rencana Keperawatan

Tabel 3 Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarma- kologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <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 yang memperberat dan memperingat nyeri 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 7. Edukasi Proses Penyakit 8. Edukasi teknik napas 9. Kompres dingin 10. Kompres panas 11. Konsultasi 12. Latihan pernapasan 13. Manajemen efek samping obat 14. Manajemen kenyamanan lingkungan 15. Manajemen medikasi 16. Manajemen sedasi 17. Manajemen terapi radiasi 18. Pemantauan nyeri 19. Pemberian obat 20. Pemberian obat intravena 21. Pemberian obat oral 22. Pemberian obat intravena 23. Pemberian obat topical 24. Pengaturan posisi 25. Perawatan amputasi 26. Perawatan kenyamanan 27. Teknik distraksi 28. Teknik imajinasi terbimbing

	<p>nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan 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 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, narkotika, non-narkotika atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 5. Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 30. Terapi akupresur 31. Terapi akupunktur 32. Terapi bantuan hewan 33. Terapi humor 34. Terapi murattal 35. Terapi music 36. Terapi pemijatan 37. Terapi relaksasi 38. Terapi sentuhan 39. Transcutaneous Electrical (TENS)
--	--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid 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 	
--	--	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

g) 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, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

h) 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.

2. Asuhan Keperawatan Keluarga

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

A. Pengkajian

1) Data Umum

a) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama kepala keluarga
- (2) Umur (KK)
- (3) Pekerjaan kepala keluarga
- (4) Pendidikan kepala keluarga
- (5) Alamat dan nomor telepon

b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 4 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: Achjar, 2010

c) Genogram

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

d) Tipe keluarga

Menurut (Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih pada kasus

ini, yaitu:

(1) Keluarga Tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

e) Suku bangsa

(1) Asal suku bangsa keluarga

(2) Bahasa yang dipakai keluarga

(3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

f) Agama

(1) Agama yang dianut keluarga

(2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

g) Status sosial ekonomi keluarga

(1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga

(2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan

(3) Tabungan khusus kesehatan

(4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (prabot, transportasi)

h) Aktifitas rekreasi keluarga

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut (Maria, 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 tentang 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 pernah 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 atauantisipasi.

3) Lingkungan

Menurut (Achjar, 2010)

a) Karakteristik rumah

- 1) Ukuran rumah (luas rumah)
- 2) Kodisi dalam dan luar rumah
- 3) Kebersihan rumah
- 4) Ventilasi rumah
- 5) Saluran pembuangan air limbah
- 6) Air bersih
- 7) Pengelolaan sampah
- 8) Kepemilikan rumah
- 9) Kamar mandi
- 10) Denah rumah

b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- (1)Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
- (2)Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
- (3)Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

- c) Mobilitas geografis keluarga
 - (1) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
 - d) Perkumpulan keluarga dan interaksi pada masyarakat
 - 1) Perkumpulan atau organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
 - 2) Digambarkan dalam ecomap
 - e) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.
- 4) Struktur keluarga
- Menurut (Maria, 2017)
- (a) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskna 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 perasaan 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 tak melakukannya, tentu orangtua akan gelisah. Begitu pula jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

(d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

5) Fungsi keluarga

Menurut (Maria, 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?

(4) Bagaimana sensitivitas antaranggota keluarga?

(5) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga?

(b) Fungsi sosialisasi

Menurut (Achjar, 2010)

(1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar

(2) Interaksi dan hubungan dengan keluarga (Achjar, 2010)

(c) Fungsi perawatan keluarga

(1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga

(2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit,

memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).

- 6) 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 (Maria, 2017).
 - c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).
 - d) Strategi koping yang digunakan
Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
 - e) Strategi adaptasi disfungsional
Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- 7) Pemeriksaan fisik
 - a) Aktivitas/istirahat
 - 1) Gejala: Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup
 - 2) Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea
 - b) Sirkulasi
 - 1) Gejala: Riwayat Hipertensi, penyakit jantung koroner dan penyakit serebrovaskuler
 - 2) Tanda: Peningkatan tekanan darah, denyutan nadi jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardia, murmur stenosis vulvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda

- c) Integritas ego
 - 1) Gejala: Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multipel (hubungan, keuangan, berkaitan dengan pekerjaan)
 - 2) Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, menghela napas, peningkatan pola bicara.
- d) Eliminasi
 - 1) Gejala: Gangguan saat ini atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu
- e) Makanan/cairan
 - 1) Gejala: Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolestrol, mual muntah dan perubahan BB saat ini (meningkat/menurun)
 - 2) Tanda: BB normal atau obesitas, adanya edema
- f) Neurosensori
 - 1) Gejala: Keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
 - 2) Tanda: Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, proses pikir
- g) Nyeri
 - 1) Gejala: Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), sakit kepala
- h) Pernapasan
 - 1) Gejala: Dispnea yang berkaitan dari aktivitas, takipnea, ortopnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok
 - 2) Tanda: Distress pernapasan atau penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas tambahan (cracles/mengi), sianosis

- i) Keamanan
 - 1) Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural
- j) Pembelajaran penyuluhan
 - 1) Gejala: Faktor risiko keluarga: Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung DM
Faktor lain seperti penggunaan pil kb atau hormon lain, penggunaan alkohol atau obat (Maria, 2017)
- 8) Harapan keluarga
 - a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
 - b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

B. Analisa data

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

1. Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*, 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 (risiko)

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 disukung 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) Sejauhmana 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) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - 3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - 4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi:
 - 1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - 2) Pentingnya higyene sanitasi
 - 3) Upaya pencegahan penyakit

- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- 1) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - 2) Keuntungan yang di dapat
 - 3) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - 4) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel

Tabel 5 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

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

Sumber : Maria, 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.

Diagnosa yang mungkin muncul:

- a) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada ibu X berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah Hipertensi.

C. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan 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).

D. Rencana Keperawatan

Tabel 6 Rencana Keperawatan pada Klien Hipertensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Intervensi
1. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan tidak terjadi gangguan rasa nyaman nyeri pada keluarga. Khusus: 1. Setelah empat kali pertemuan keluarga mampu mengenal masalah gangguan rasa aman nyeri.			
	1.1. Keluarga menyebutkan pengertian Hipertensi	Respon verbal	Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg.	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
	1.2. Keluarga mampu menyebutkan penyebab Hipertensi	Respon verbal	Penyebab Hipertensi : 1. Pola makan yang tidak sehat 2. Merokok 3. Obesitas 4. Minuman yang mengandung alkohol	1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab Hipertensi 2. Minta keluarga menentukan penyebab Hipertensi

				<p>pada klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Evaluasi kembali penyebab Hipertensi 4. Beri reinforcement 5. positif pada keluarga
	<p>1.3. Keluarga mampu menyebutkan tanda- tanda Hipertensi</p>	<p>Respon verbal</p>	<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
	<p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai Hipertensi pada klien</p>			
	<p>2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi apabila Hipertensi tidak ditangani dengan tepat</p>	<p>Respon verbal</p>	<p>Akibat apabila Hipertensi tidak ditangani dengan segera :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akan menyebabkan kematian 2. Gagal ginjal 3. stroke 	<ol style="list-style-type: none"> 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 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
	3. Keluarga mampu merawat klien Hipertensi			
	3.1 Menjelaskan cara merawat klien Hipertensi	Respon verbal	Menyebutkan cara merawat klien dengan Hipertensi : 1. Kompres hangat 2. Lakukan akupresur (pijat) 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Minum obat sesuai anjuran	1. Diskusikan dengan keluarga tentang 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	Lingkungan yang tepat mendukung untuk klien Hipertensi : 1. Kurangi aktivitas 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	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang mendukung untuk klien Hipertensi 2. Beri kesempatan keluarag untuk bertanya 3. Tanyak kembali hal yang belum dimengerti 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
	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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan klien tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan 2. Beri penjelasan kepada keluarag tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan Hipertensi 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 4. Tanyakan kembali hal ang kurang belum dimengerti 5. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar
	5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko Hipertensi	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu atau puskesmas sebagai bukti telah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu atau pelayanan kesehatan lainnya. 2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang dilakukan keluarga

Sumber : Achjar, 2010

C. 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 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.

Penyebab lain dari Hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin dari kelenjar adrenal,

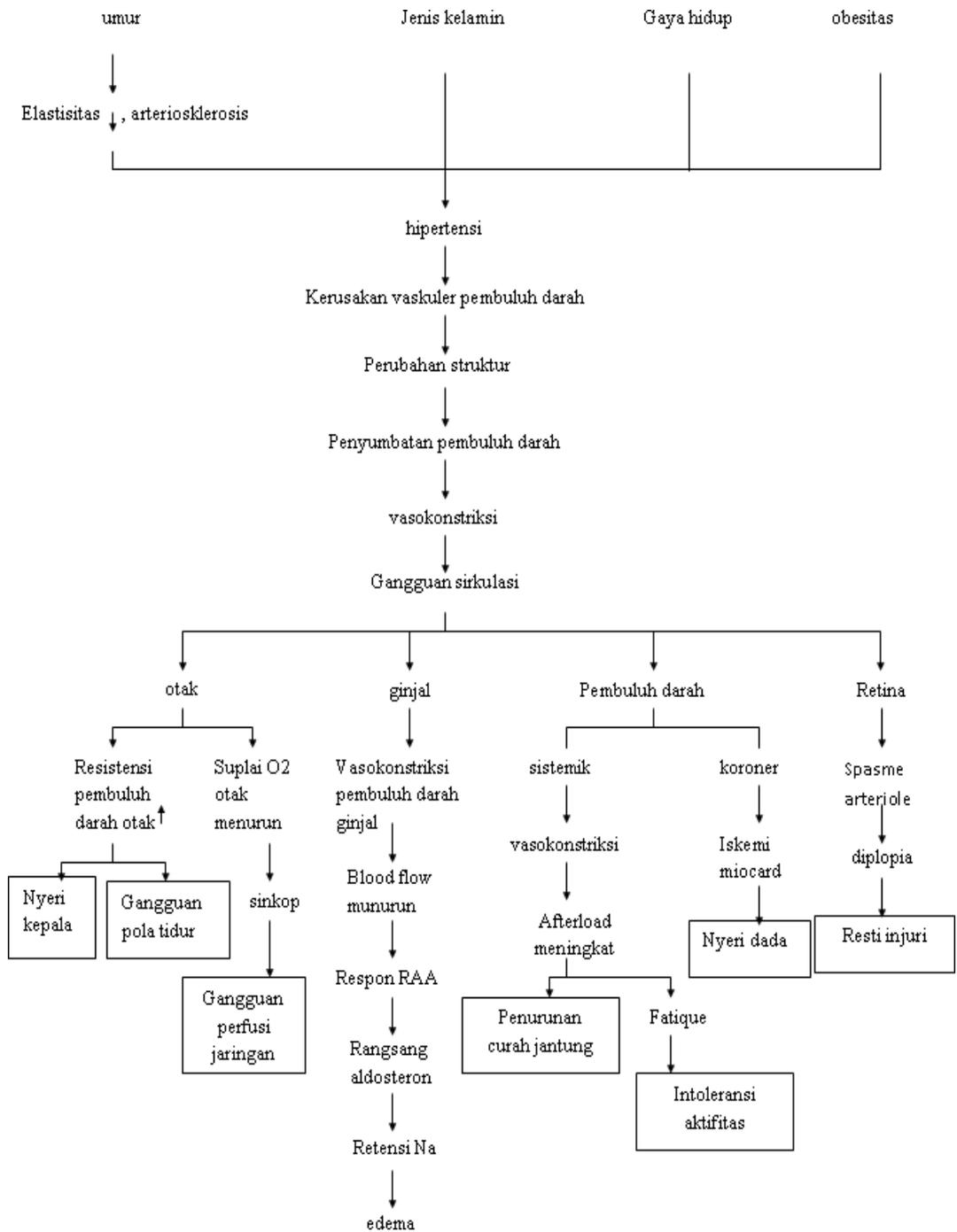
yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit Cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan Hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (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.

Pathway Hipertensi



Gambar 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 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 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 dan mengkonsumsi buah dan sayur yang berserat untuk melancarkan pencernaan.

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 cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor risiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
- 2) BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 3) Glukosa: hiperglikemia (dm adalah pencetus Hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada dm.

b) Ct scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encefalopati.

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) Foto dada: menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif & Kusuma, 2016).