

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;
Belum mampu melakukan aktivitas; dan
- b. Tidak dapat melakukan aktivitas.

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

1) 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.

2) 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.

3) Eliminasi (buang air besar dan kecil):

Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan

normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.

- 4) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:
Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.
- 5) Tidur dan istirahat:
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.
- 6) Memilih pakaian yang tepat:
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.

11) 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.

12) 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.

13) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi:

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

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

B. Kebutuhan Rasa Nyaman

1. Definisi

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu :

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Social, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan social.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan berhubungan dengan latar belakang, pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi yang menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi tiga yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan social. Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Gangguan rasa nyaman nyeri dapat dialami dari usia anak-anak, remaja, dewasa sampai lansia.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa tidak nyaman karena nyeri, gelisah, mual, tidak bisa rileks. Hal ini disebabkan karena kondisi yang dialami pasien merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

2. Faktor yang mempengaruhi kenyamanan :

1) Emosi

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi kenyamanan.

2) Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injury.

3) Gangguan persepsi sensori

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

4) Keadaan imunitas

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

5) Tingkat kesadaran

Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

6) Informasi atau komunikasi

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

7) Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

8) Penggunaan antibiotic yang tidak rasional

Antibiotic dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

9) Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

10) Usia

Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

11) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

12) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya. (Pusdik SDM, 2016).

a. Definisi nyeri

Nyeri merupakan perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut . Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarok & Chayatin, 2008)

Menurut Mc.Ceffery dalam buku (Aziz, 2012) nyeri adalah suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dimana eksistensinya diketahui jika seseorang pernah mengalaminya, sedangkan menurut Wolf Weisel Feurst dalam buku (aziz 2012), mengemukakan nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental perasaan

yang bias menimbulkan ketegangan, secara umum nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologi, dan emosional(Hidayat& Uiiyah, 2012).

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.Nyeri merupakan factor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit(Potter & Perry, 2006).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial.Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatan(Brunner & Suddarth, 2002).

b. Fisiologi Nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi, dan perilaku.

Menurut Teori pengendalian gerbang (Gate Control Theory) yaitu nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat.Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri.Hasil persepsi ini akan dikembalikan kedalam medullaspinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme,sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri,akan membantu untuk menjelaskan tiga komponen fisiologi berikut,

yakni: resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasilan-nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf ferifer. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai didalam massa berwarna abu-abu di medulla spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri. Seorang klien yang sedang merasakan nyeri, tidak dapat membedakan komponen-komponen tersebut. Akan tetapi, dengan memahami setiap komponen, perawat akan terbantu dalam mengenali faktor-faktor yang dapat menimbulkan nyeri, gejala yang menyertai dan rasional serta kerja terapi yang dipilih (Potter & Perry, 2006).

c. Jenis dan bentuk nyeri

a. Jenis nyeri

Ada klasifikasi nyeri:

1) Nyeri perifer, terdapat tiga macam:

- a) Nyeri superfisial yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan-rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri visceral, yakni nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, cranium dan toraks
- c) Nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

3) Nyeri psikogenik, nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri. Seringkali, nyeri ini muncul karena faktor psikologis (Mubarak & Chayatin, 2008)

b. Bentuk nyeri

1) Nyeri akut

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitan gejalanya mendadak, biasanya penyebab lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri

2) Nyeri kronis

Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan sumber nyeri bias diketahui, atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukan lokasinya. Dampak nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akibatnya mereka menjadi kurang perhatian, sering terasa putus asa, dan terisolir kerabat dan keluarga. Nyeri kronis biasanya hilang timbul dalam periode waktu tertentu. Ada kalanya penderita terbebas dari rasa nyeri (Mubarok & Chayatin 2008).

a. 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	Penyembuhantotal umumnya tidak terjadi

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

a) 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).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

e) Perhatian

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

f) 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).

g) 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).

h) 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).

i) 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).

c. Penatalaksanaan nyeri

a. Terapi nyeri farmakologi

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

1. 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;
2. Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri periferik di dalam SSP; dan
3. Adjuvant. Adjuvan bukan merupakan analgesik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis (Stanley, 2007).

b. 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.

1. Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

2. Akupunktur

Akupunktur 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 akupunktur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

3. 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).

4. 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).

5. Distraksi

Perhatian dihindarkan 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).

6. 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).

d. Respon terhadap nyeri

a. Respon fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis ke batang otak dan thalamus, sistem 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 merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu reaksi. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperhatikan tanda-tanda fisik.

b. Respon perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respons tersebut seperti mengkrutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah jika diajak bicara (Wahyudi & Wahid, 2016)

1. Intesnsitas Nyeri

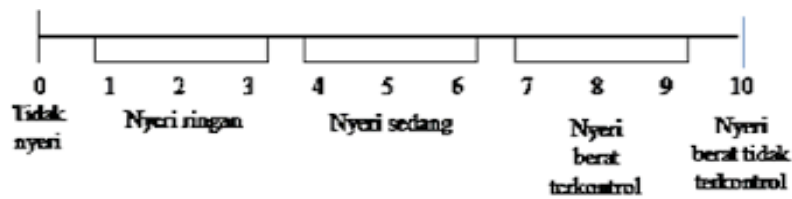
Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relative, oleh karena itu, banyak tes, skala, skor, atau tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara subjektif setepat mungkin (Asmadi, 2008).

2. Alat bantu menentukan skala nyeri

Untuk mempermudah pengukuran nyeri, dapat digunakan banyak cara, tes, atau skala pengukur nyeri. Namun, perlu diingat bahwa semua tes tersebut bersifat subjektif, artinya berbagai alat pengukuran tersebut antara lain.

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

Skala ini penggunaannya sederhana, yaitu pasien diminta untuk memberi tanda pada garis atau angka yang mempresentasikan intensitas nyeri yang dirasakan. pada VA, pemberian tanda pada garis, semakin ke kiri berarti semakin tidak nyeri, sedangkan semakin ke kanan berarti tidak nyeri. Sementara itu, Pada NRS, angka 0 menyatakan tidak ada nyeri, sedangkan angka 10 menyatakan nyeri yang sangat hebat.



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

Gambar 1 Skala nyeri menurut Hayward

b. 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

c. 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.



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

Gambar 2 Skala wajah menurut wong-baker FACES rating scale

d. Catatan harian

Catatan harian nyeri sangat penting sangat bermanfaat untuk mengevaluasi hubungan antara dinamika nyeri yang dirasakan dengan aktifitas sehari-hari secara kontinu. penilaian menggunakan skala 0-10 yang dikaitkan dengan aktivitas pemakaian obat, respons emosi, aktivitas sosial dll. Pengukuran dilakukan secara periodik menurut jam (Asmadi, 2008).

1) Dampak nyeri

- a. Gangguan pola tidur
- b. Penurunan aktivitas
- c. Gangguan rasa aman nyaman nyeri
- d. Depresi
- e. Isolasi sosial

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

b. Fungsi keluarga

1.) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang. (Nadirawati, 2018)

2.) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

3.) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

4.) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

5.) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

c. Tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap keluarga pasangan baru (*beginning family*)
- 2) Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*) melahirkan anak pertama hingga anak tertua berusia 30 bulan
- 3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 ½ sampai 6 tahun)
- 4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6 sampai 13 tahun)
- 5) Tahap Keluarga dengan anak remaja (anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun)
- 6) Tahap Keluarga dengan anak dewasa
- 7) Tahap usia pertengahan (*middle age family*)
- 8) Tahap keluarga lanjut usia

d. Tugas perkembangan keluarga

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkeembangannya.

1) Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Tugas baru/pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga :

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- c) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- d) Menetapkan tujuan bersama
- e) Persiapan menjadi orang tua
- f) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)

2) Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap
- b) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan kebutuhan keluarga
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

- d) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek
 - e) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - f) Konseling KB post partum 6 minggu
 - g) Menata ruang untuk anak
 - h) Menyiapkan biaya child bearing
 - i) Memfasilitasi role learning anggota keluarga
 - j) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- 3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan - 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
 - b) Mensosialisasikan anak
 - c) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
 - d) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua – anak) serta hubungan diluar keluarga
 - e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - f) Pembagian tanggung jawab
 - g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- 4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- a) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
 - b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
 - c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
 - d) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
 - e) Menyediakan aktivitas untuk anak.

5) Keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga :

- a) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab keyika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- b) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- c) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak
- d) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggotakeluarga.

6) Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan anggota keluarga :

- a) Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya.
- b) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- c) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- d) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
- e) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak
- f) Menciptakan lingkungan rumah dan dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

7) Tahap usia usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan Kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para oang tua (lansia) dan anak-anak
- c) Memperkokoh hubungan perkawinan
- d) Persiapan masa tua/ pensiun.

8) Tahap keluarga lanjut usia

Tugas keperawatan keluarga :

- a) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara Hidup
- b) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun

- d) Mempertahankan hubungan perkawinan
- e) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- f) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- g) Melakukan life review masa lalu

Sumber : (Padila, 2015).

e. Tugas Kesehatan Keluarga

1) kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan tersebut, meliputi pengertuan, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah

2) kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

- a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- b) Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga
- c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
- d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari tindakan penyakit
- e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- f) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
- g) Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- h) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah

3) kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- a) Sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa dan cara merawatnya)
- b) Sejauhmana keluarga mengetahui sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
- c) Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
- d) Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial. Fasilitas fisik dan psikososial)
- e) Bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit

- 4) kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat (modifikasi lingkungan)
 - a) Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki
 - b) Sejaumana keluarga melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c) Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
 - d) Sejauhmana keluarga mengethaui pentingnya hygiene sanitasi
 - e) Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
 - f) Sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga
 - g) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat
 - h) Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan
 - i) Sejauhmana keluarga memahami kauntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
 - j) Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - k) Apakah kelarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
 - l) Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyaman 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 & Chayatin, 2008).

Table 2
Memonik untuk pengkajian nyeri

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

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2008)

1. Riwayat nyeri

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

a. Lokasi

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

b. Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan

terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

c. Kualitas nyeri

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

d. Pola

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

e. Faktor pretisipasi

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

f. Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

g. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

h. Sumber koping

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

i. 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 & Chayatin, 2008).

2. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Eksresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada (Mubarak & Chayatin, 2008).

3. 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)

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).

C. Rencana keperawatan

Tabel 3 Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi 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	Manajemen nyeri Observasi 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 Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik,	1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat intravena 19. Pemberian obat oral 20. Pemberian obat intravena 21. Pemberian obat topical 22. Pengaturan posisi 23. Perawatan

	biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri(mis, suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Pemberian analgesik Observasi 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 Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 4. Monitor efektifitas analgesik Terapeutik 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu	amputasi 27. Perawatan kenyamanan 28. Teknik distraksi 29. Teknik imajinasi terbimbing 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)
--	---	---

	2. Pertimbangkan penggunaa infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi 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 koping. 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.

Tabel 4
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Tingkat Nyeri

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaporesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5

i)

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

(Sumber : PPNI, SLKI, 2018).

2. Asuhan Keperawatan Keluarga

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

a. Pengkajian

1. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

- a) Namakepala keluarga

- b) Umur (KK)
 - c) Pekerjaan kepala keluarga
 - d) Pendidikan kepala keluarga
 - e) Alamat dan nomor telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 4 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: Achjar,2010

3) Genogram

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

4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam 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.

5) Suku bangsa

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

6) Agama

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

7) Status sosial ekonomi keluarga

- a. Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga

- b. Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- c. Tabungan khusus kesehatan
- d. Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (prabot, transportasi)

8) Aktifitas rekreasi keluarga
(Achjar, 2010)

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Kesehatan tidk hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi (Maria, 2017).

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 (Maria, 2017).

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 penyait 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 (Maria, 2017).

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetic atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi (Maria, 2017).

3. Lingkungan

a. Karakteristik rumah

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

- a) Perkumpulan atau organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
- b) Digambarkan dalam ecomap

e. Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010)

4. Struktur keluarga

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 (Maria, 2017).

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 (Maria, 2017).

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 (Maria, 2017).

d. Nilai dan norma keluarga

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

5. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya ?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga ?
- c) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain ?
- d) Bagaimana sensitivitas antaranggota keluarga ?
- e) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga ? (Maria, 2017).

- b. Fungsi sosialisasi
 - a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - b) Interaksi dan hubungan dengan keluarga (Achjar, 2010)
 - c. Fungsi perawatan keluarga
 - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajakan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan) (Achjar, 2010).
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
 - a) Gejala:Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup
 - b) Tanda:Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama

jantung, takipnea

b. Sirkulasi

- a) Gejala: Riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner dan penyakit serebrovaskuler
- b) 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

- a) Gejala: Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multipel (hubungan, keuangan, berkaitan dengan pekerjaan)
- b) Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, menghela napas, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala: Gangguan saat ini atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu

e. Makanan/cairan

- a) Gejala: Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolestrol, mual muntah dan perubahan BB saat ini (meningkat/menurun)
- b) Tanda: BB normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria

f. Neurosensori

- a) Gejala: Keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- b) Tanda: Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, proses pikir

g. Nyeri

Gejala: Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), sakit kepala

h. Pernapasan

- a) Gejala : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas, takipnea, ortopnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok
- b) Tanda : Distress pernapasan atau penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas tambahan (crackles/mengi), sianosis

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

j. Pembelajaran penyuluhan

- a) Gejala :
 - a. Faktor risiko keluarga : hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung DM
 - b. 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 table:

Table 5
Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : ○ Tidak/kurang sehat ○ Ancaman kesehatan ○ Krisis	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah ○ Dengan mudah ○ Hanya sebagian ○ Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi maslah untuk diubah ○ Tinggi ○ Cukup ○ Rendah	3 2 1	1
4	Menonjol masalah ○ Masalah berat harus ditangani ○ Maslah yang tidak perlu ditangani ○ Maslah tidak diraskan	2 1 0	1

Sumber: setiadi, 2008

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.

Jumlah skor dari semua kriteria.

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak S khususnya ibu M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi.
- b) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak S khususnya ibu M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hipertensi
- c) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak S khususnya ibu M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit hipertensi
- d) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak S khususnya ibu M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien hipertensi
- e) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak S khususnya ibu M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan pada klien hipertensi

1. 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) di keluarga, 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=realitiy, T=time limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

2. Implementasi

merupakan langkah yang harus dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk untuk menciptakan keinginan berubah dari

keluarga, memandirikan keluarga. Sering kali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2010).

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

3. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat

dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- S : Adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: keluarga mengatakan nyerinya berkurang.
- O : Adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: BB naik 1kg dalam 1 bulan
- A : Adalah analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis
- P : Adalah perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.

c. Rencana Keperawatan

Tabel 6 Rencana keperawatan pada klien hipertensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Intervensi
1. Gangguan pemenuhan kebutuhan nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah anggota keluarga yang sakit hipertensi	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 pada klien 3. Evaluasi kembali penyebab hipertensi 4. Beri reinforcement 5. positif pada keluarga

	1.3. Keluarga mampu menyebutkan tanda- tanda hipertensi	Respon verbal	Gejala yang dikeluhkan penderita hipertensi adalah : 1. Sakit kepala 2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk 3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh 4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat 5. Telinga berdenging	1. 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 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	1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan klien hipertensi 2. Beri kesempatan

			(pijat) 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Minum obat sesuai anjuran	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	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang mendukung untuk klien hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang belum dimengerti 4. Beri reinforcement

			teratur serta berhenti merokok dan kurangi konsumsi alkohol	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 klien 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	2.2 Kaji pengetahuan klien tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan 3.2 Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan

				perawatan hipertensi 4.2 Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 5.2 Tanyakan kembali hal ang kurang belum dimengerti 6.2 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	1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu atau pelayanan kesehatan lainnya. 2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang dilakukan keluarga

Sumber : Achjar, 2010

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga bisa menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah, maka semakin besar resikonya (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. Etiologi

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

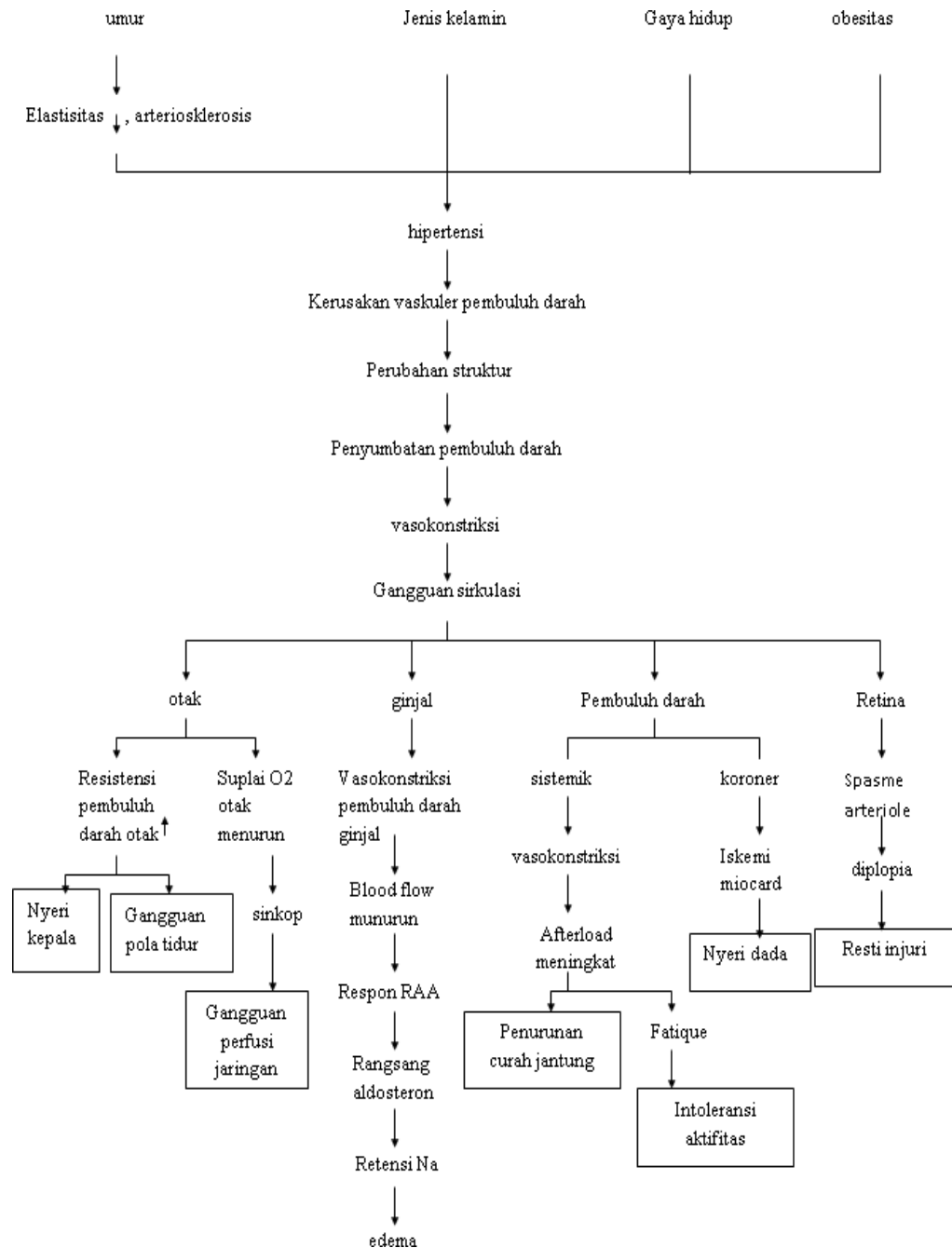
Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat arteriosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga 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 sympatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia sympati di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf sympatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetikolin, yang akan meangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf trigeminus. Sedangkan rangsangan terhadap struktur yang peka terhadap nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifernya akan menimbulkan nyeri pada daerah dibelakang garis tersebut, yaitu daerah oksipital, suboksipital dan servikal bagian atas.



Gambar 3

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 mengindikasi faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
2. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

3. Glukosa: hiperglikemia (dm adalah pencetus hipertensi) dapat di akibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 4. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada dm.
- b. Ct scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
 - c. EKG : dapat menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
 - d. IUP: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal
 - e. Photo dada: menunukan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif & Kusuma,2016).