

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow tahun 1908–1970 (dikutip oleh Budiono 2016), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Menurut teori ini, beberapa kebutuhan manusia tertentu lebih dasar daripada kebutuhan lainnya. Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut teori ini dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan prioritas (*five hierarchy of needs*), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan rasa memiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Menurutny bahwa kebutuhan ini akan senantiasa muncul, meskipun mungkin tidak secara berurutan. Artinya, ada sebagian orang karena suatu keyakinan tertentu memiliki hirarki kebutuhan yang berbeda dibandingkan dengan yang lain. Semakin tinggi hierarki kebutuhan yang terpuaskan, semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian yang optimal.

a. Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan fisiologis dalam hierarki Maslow menempati urutan yang paling dasar, arti dalam pemenuhan kebutuhan ini seseorang tidak akan atau belum memenuhi kebutuhan lain sebelum terpenuhinya kebutuhan fisiologisnya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi, jika tidak dapat berpengaruh terhadap kebutuhan lainnya. Manusia memiliki minimal delapan macam kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Kebutuhan fisiologis tersebut, meliputi:

oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual dan lain-lain.

b. **Kebutuhan keselamatan dan keamanan**

Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologisnya. Keamanan psikologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang.

Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya.

c. **Kebutuhan cinta dan rasa memiliki**

Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Kebutuhan untuk dicintai atau memiliki adalah keinginan untuk berteman, bersahabat, atau bersama-sama beraktivitas. Ini merupakan identitas dan prestise untuk seseorang.

d. **Kebutuhan harga diri**

Manusia senantiasa membutuhkan perasaan untuk mendapatkan penghargaan dan dihargai oleh orang lain. Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan. Untuk mencapai penghargaan diri,

seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna. Apabila kebutuhan harga diri dan penghargaan dari orang lain tidak terpenuhi, orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri. Abraham Maslow berdasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Sehingga manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya.

2. Kebutuhan Nyeri

a. **Definisi kebutuhan rasa nyaman**

Kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan sosial.
- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya (Potter & Perry, 2006).

b. Definisi nyeri

Kebutuhan manusia yang paling penting salah satunya adalah bebas dari gangguan nyeri. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. Nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jaringan, yang merupakan tanda peringatan, namun pengalaman nyeri lebih dari itu. *International Association for the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi medis nyeri yang sudah diterima sebagai “pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama”. Nyeri merupakan hal yang subjektif, satu-satunya individu yang dapat dengan akurat mendefinisikan nyeri mereka sendiri adalah mereka yang mengalami nyeri tersebut. Terlepas dari subjektivitasnya, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengkaji secara akurat dan menolong meredakan atau menurunkan nyeri (Black & Hawks, 2014).

c. Jenis nyeri

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang bersifat sementara, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, serta memiliki kerusakan jaringan serta respons emosional yang lebih kecil. Nyeri ini dapat ditangani dengan pengobatan atau setelah jaringan yang rusak sembuh bisa ditangani tanpa pengobatan. Hal itu disebabkan nyeri akut dapat diperkirakan dengan waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi, namun demikian nyeri akut tidak boleh dipandang remeh karena apabila tidak dilakukan pengobatan nyeri akut dapat berkembang menjadi nyeri kronis.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang berlangsung lebih lama dari yang diperkirakan, nyeri dapat menyebabkan penderitaan yang amat sangat bagi penderitanya, nyeri kronis dapat merupakan hal yang

bersifat kanker atau bukan. Contoh dari nyeri yang bukan bersifat kanker adalah arthritis, nyeri punggung, nyeri miofasial, dan neuropatik perifer. Nyeri kronis yang bukan bersifat kanker biasanya tidak mengancam kehidupan. Nyeri kronis bersifat kanker biasanya disebabkan oleh berkembangnya tumor dan berhubungan dengan proses patologis, penderita merasakan di lokasi tempat tumor berada yang mengindikasikan adanya nyeri (Potter & Perry, 2010).

d. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri

1) Usia

Usia yaitu faktor penting yang mempengaruhi nyeri Khususnya pada anak dan lansia. Perkembangan yang dapat ditemukan diantara kelompok yang mempengaruhi nyeri. Perkembangan yang ditemui kelompok usia ini dapat mempengaruhi anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan manifestasi alami penuaan hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama individu lansia berpikir bahwa nyeri merupakan suatu kondisi yang normal dalam proses penuaan. Kedua, nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka sangkal karna jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua yang dilihat sebagai bagian penuaan (Black & Hawks, 2014).

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan mempunyai tingkat hubungan sendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata mempunyai hubungan dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin terutama berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik (Haswita & Sulistyono, 2017).

3) Kebudayaan

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

4) Makna nyeri

Arti nyeri bagi seseorang mempengaruhi respon mereka terhadap nyeri, penyebab nyeri dapat diketahui individu menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terhadap pengalaman tersebut. Jika penyebab tidak diketahui, maka terdapat faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman tersebut dapat diartikan negatif maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan dengan nyeri yang dirasakan pada kondisi positif (Black & Hawks, 2014).

5) Perhatian

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

6) Ansietas

Hubungan nyeri dan ansietas bersikap kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri, namun secara umum cara yang efektif menurunkan nyeri yaitu dengan pengurangan pengobatan daripada ansietas (Haswita & Sulisty, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit merasa gelisah

dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Pada umumnya kebanyakan orang mengartikan hal ini tidak selalu benar seringkali lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu terhadap peristiwa yang menyakitkan akan menimbulkan keadaan yang lebih menyakitkan (Haswita & Sulisty, 2017).

8) Gaya koping

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

9) Dukungan keluarga dan social

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).

e. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi nyeri farmakologi

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

- a) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah jenis analgesik nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.
- b) Opioid, analgesik opioid bekerja dengan cara melekat diri

pada reseptor nyeri spesifik di dalam sistem saraf pusat.

- c) *Adjuvant*, bukan merupakan analgesik yang sebenarnya tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu terutama nyeri kronis (Stanley, 2007).

2) Terapi nyeri non farmakologi

a) Kompres panas dan dingin

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

b) 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 (Black & 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 (Black & Hawks, 2014). Titik akupresure utama untuk hipertensi SP 6 Sanyinjiaa, LR 3 Taichong, PC 6 Neiguan, LI 11 Quchi, LR 2 Xingjian, LI 4 Hegu, GB 20 Fengchi, ST 9 Renying, KI 3 taixi (Hartono, 2012).

Titik-Titik Akupresur Untuk Hipertensi



Gambar 1 Titik-Titik Akupresur

d) Napas Dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas. Pertama, klien mengepalkan jari ketika mengambil napas dalam. Setelah menahan napas untuk beberapa waktu, klien menghembuskan napas sembari membiarkan tubuh “melemas”. Siklus ini diikuti oleh napas dalam dan perlahan, yang mirip seperti menguap (Black & Hawks, 2014).

e) 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 dalam merasakan memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (Black & Hawks, 2014).

f) Hipnotis

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

f. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

Pada dasarnya nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi untuk 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 tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Chayatin, 2008).

2) Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang dapat menahan nyeri sebelum mendapatkan pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti seorang individu dapat mempertahankan nyeri yang berat sebelum mendapatkan pertolongan (Mubarak & Chayatin, 2008)

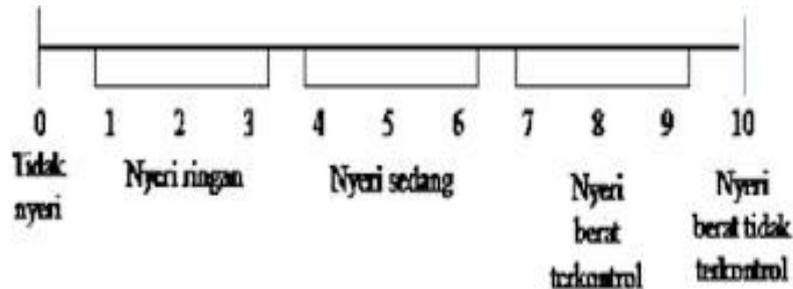
3) Reaksi terhadap nyeri

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

g. Pengukuran intensitas nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

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



Gambar 2 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 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 atau *Wong-Baker FACES rating scale*

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



Gambar 3 Skala Wajah Menurut Wong-Baker
Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

Perawat perlu tau dalam mengkaji semua faktor yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologi, 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 yaitu untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Chayatin, 2008).

Tabel 1 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 & 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 0-5/0- 10.

c) Kualitas nyeri

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

d) Pola

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

e) Faktor presipitasi

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. Faktor yang menyertai gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare.

f) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

g) Sumber koping

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

h) 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

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 & Chayatin, 2008).

b. Penetapan Diagnosis

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

Gejala dan Tanda Mayor***Subjektif***

1. Mengeluh nyeri
2. Merasa depresi (tertekan)

Objektif

1. Tampak meringis
2. Gelisah
3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan Tanda Minor***Subjektif***

1. Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif

1. Bersikap protektif
2. Waspada
3. Pola tidur berubah
4. Anoreksia
5. Fokus menyempit
6. Berfokus pada diri sendiri

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

b) Tujuan dan kriteria hasil

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019 kriteria hasil yang muncul pada kasus nyeri kronis adalah: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 45 menit, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

Tabel 2 Kriteria Hasil Tingkat Nyeri

Kriteria hasil	Ekspektasi				
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	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
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut	1	2	3	4	5
mengalami cedera berulang					
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	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 : Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019)

c) Menentukan prioritas

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

d) 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

Diagnosis	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri kronis</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 45 menit, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pemilihan strategi peredaan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Aromaterapi 3. Dukungan hipnosis diri 4. Dukungan pengungkapan diri 5. Edukasi efek samping obat 6. Edukasi 7. manajemen nyeri 8. Edukasi 9. Proses Penyakit 10. Edukasi teknik napas 11. Kompres dingin 12. Kompres panas 13. Konsultasi 14. Latihan pernapasan 15. Manajemen efek samping obat 16. Manajemen kenyamanan lingkungan 17. Manajemen medikasi 18. Manajemen sedasi 19. Manajemen terapi radiasi 20. Pemantauan nyeri 21. Pemberian obat 22. Pemberian obat intravena 23. Pemberian obat oral 24. Pemberian obat intravena 25. Pemberian obat topical 26. Pengaturan posisi 27. Perawatan amputasi 28. Perawatan kenyamanan 29. Teknik distraksi 30. Teknik imajinasi terbimbing 31. Terapi akupresur 32. Terapi akupuntur 33. Terapi bantuan 34. Terapi humor 35. Terapi murattal 36. Terapi music

Diagnosis	Intervensi utama	Intervensi pendamping
	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian analgetik</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 Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, narkotika) 3. 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 analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal, jika perlu 2. Perimbangan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk memperthankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon pasien terhadap efek analgesik dan efek yang tidak 	<ol style="list-style-type: none"> 37. Terapi pemijatan 38. Terapi relaksasi 39. Terapi sentuhan 40. Transcutaneous Electrical (TENS)

Diagnosis	Intervensi utama	Intervensi pendamping
	<p>dinginkan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek samping terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic sesuai indikasi 	

Sumber : Standar Intintervensi Keperawatan Indonesia (2018)

d. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien, dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010). Implementasi merupakan suatu 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 berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

e. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon suatu 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.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau sering disebut tekanan darah tinggi merupakan penyakit yang sering muncul di negara berkembang seperti Indonesia. Seseorang dapat dikatakan hipertensi dan berisiko mengalami masalah dalam kesehatan apabila setelah dilakukan beberapa kali pemeriksaan tekanan darah, nilai tekanan darah tetap tinggi. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolic ≥ 90 mmHg (Prasetyaningrum, 2014)

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

Menurut Prasetyaningrum (2014), peningkatan kejadian hipertensi akan bertambah seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Meskipun demikian, terjadinya hipertensi bisa disebabkan oleh adanya penyakit, seperti penyakit ginjal kronis, penyakit tiroid, obesitas, atau gangguan tidur. Beberapa jenis obat juga memicu terjadinya hipertensi.

Faktor risiko terjadinya hipertensi yaitu:

a. Usia

Kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring dengan penambahan usia. Sebanyak 65 % orang Amerika berusia 60 tahun atau lebih mengalami hipertensi. Jenis hipertensi yang banyak dijumpai pada kelompok lansia adalah *isolated hypertension*.

b. Ras

Setiap orang memiliki kemungkinan yang sama untuk mengalami hipertensi. Namun, ras Afrika Amerika lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan ras Kaukasian atau Amerika Hispanik.

c. Jenis kelamin

Laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan perempuan saat berusia sebelum 45 tahun. Sebaliknya saat usia 65 tahun keatas, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki. Kondisi ini dipengaruhi oleh hormon. Wanita yang memasuki masa *menopause*, lebih berisiko untuk mengalami obesitas yang akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi.

d. Obesitas

Seseorang yang mengalami obesitas atau kegemukan memiliki risiko lebih besar untuk mengalami prehipertensi atau hipertensi. Indikator untuk menentukan adanya obesitas pada seseorang adalah dengan menggunakan pengukuran IMT atau lingkar perut.

e. Kurang aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan pergerakan otot anggota tubuh yang membutuhkan energi atau pergerakan yang bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan. Aktifitas fisik juga menyehatkan pembuluh darah dan mencegah hipertensi. Usaha pencegahan hipertensi akan optimal jika aktif beraktivitas fisik dibarengi dengan menjalankan diet sehat dan berhenti merokok.

f. Kebiasaan merokok dan konsumsi minuman beralkohol

Zat kimia yang dihasilkan dari pembakaran tembakau berbahaya bagi sel darah dan organ tubuh lainnya, seperti jantung, paru-paru, bahkan organ pencernaan. Selain itu, konsumsi minuman beralkohol juga dapat meningkatkan tekanan darah. Penelitian menunjukkan bahwa risiko hipertensi meningkat dua kali lipat jika mengkonsumsi minuman beralkohol lebih dari tiga gelas sehari.

g. Faktor lain

Riwayat keluarga penderita hipertensi turut meningkatkan risiko kejadian hipertensi. Sementara itu, stress berkepanjangan juga dapat meningkatkan seseorang mengalami hipertensi.

3. Tanda dan Gejala Hipertensi

Crowin (2000), dalam buku Aspiani (2014) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :

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

Novianti (2006), dalam buku Aspiani (2014) menambahkan gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung, tengkuk terasa pegal, dan lain-lain.

4. Klasifikasi

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang, oleh karena sebab itu penelitian dan pengobatan lebih di tunjukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer diakibatkan oleh faktor berikut ini :

1) Faktor keturunan

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

2) Ciri perseorangan

Ciri seseorang yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin, 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 contohnya 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 aldosteron 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, yaitu antara lain *feokromositoma*, yaitu tumor penghasil *epinefrin* kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit *cushing*, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2014).

5. Patofisiologi

Brunner & Suddarth (2002), dalam buku Aspiani (2014) menyebutkan mekanisme yang dapat 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

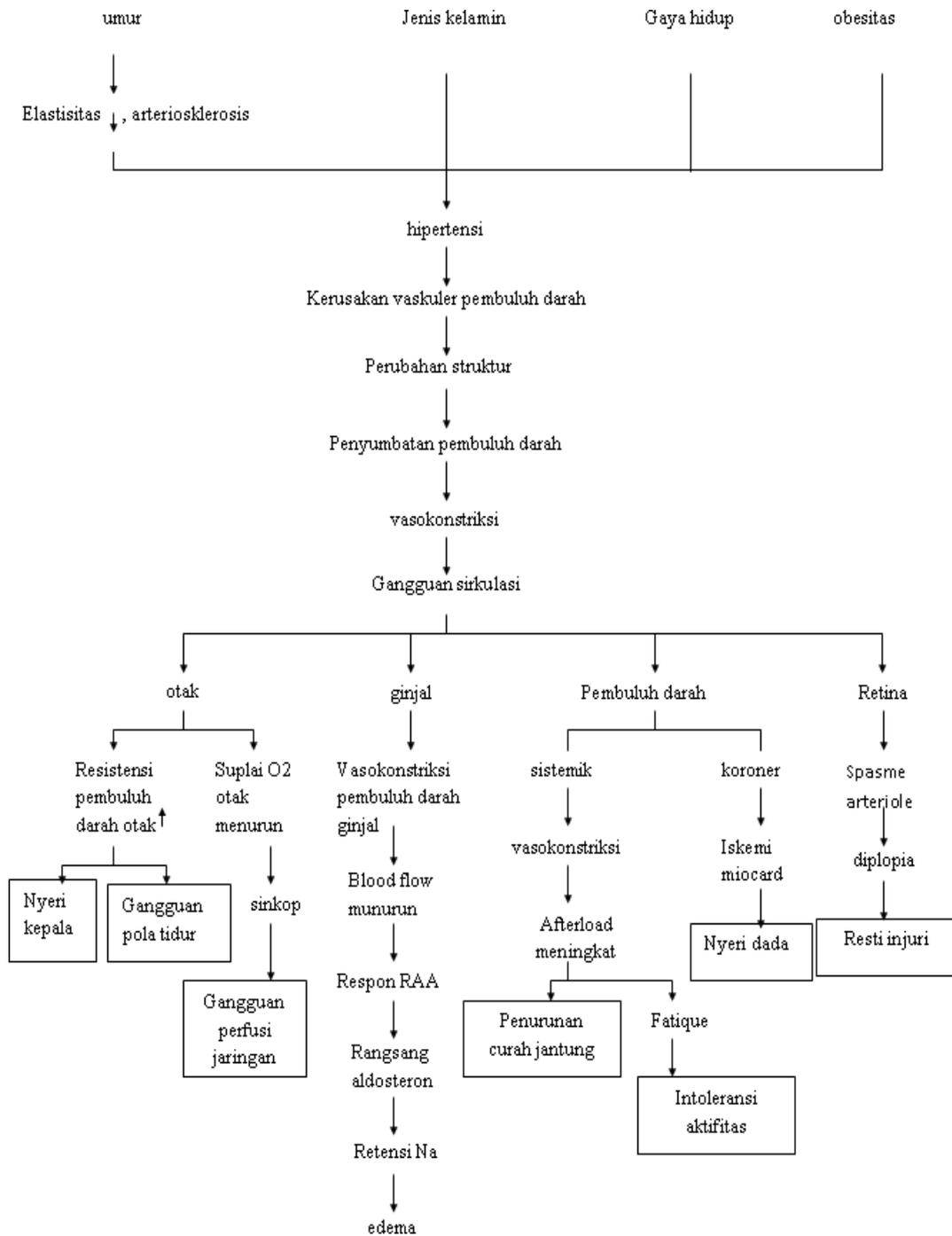
ganglia sympati di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf sympatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang 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.

Menurut Kowalak et al. (2017) nyeri kepala disebabkan kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut menyebabkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan, dan penurunan oksigen yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur kepala atau leher.

Pathway Hipertensi



Gambar 4 Pathway Hipertensi
 Sumber : Brunner & Suddart, 2014

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Konsep Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Menurut Achjar (2012), keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga.

b. Tipe Keluarga

Menurut Allender & Spradley 2001 (dikutip dalam Achjar, 2012), membagi tipe keluarga berdasarkan:

1) Keluarga tradisional

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
- b. Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
- c. Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, tanpa anak.
- d. *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
- e. *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
- f. Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

2) Keluarga non tradisional

- a) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1998) dalam buku Achjar 2012, mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I, keluarga pasangan baru

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

2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

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

3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur

keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- 4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

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

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- 6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

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

- 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman,

merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempetahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

d. Tugas Keluarga

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

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat

dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya kebersihan lingkungan bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
5. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

2. Asuhan keperawatan keluarga

Menurut teori/model *Family Centre Friedman*, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi:

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 nomer telepon
 - b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 4 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar, 2012

c) Genogram

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

d) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2012) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

(1) Keluarga tradisional

- (a) Keluarga inti (*nuclear family*)
- (b) Keluarga besar (*extended family*)
- (c) *Dyad family*
- (d) *Single parent*
- (e) *Single adult*
- (f) Keluarga usia lanjut

(2) Keluarga non tradisional

- (a) *Commune family*
- (b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga
- (c) Homoseksual

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 (perabot, transportasi)
 - h) Aktifitas rekreasi keluarga
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan oleh anak tertua)
 - (1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
 - (2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)
 - (3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)
 - (4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)
 - (5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13- 20 tahun)
 - (6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
 - (7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
 - (8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia
 - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - c) Riwayat keluarga inti
 - d) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - (1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - (2) Riwayat kebiasaan atau gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

- (1) Ukuran rumah (luas rumah)
- (2) Kondisi dalam dan luar rumah
- (3) Kebersihan rumah
- (4) Ventilasi rumah
- (5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- (6) Air bersih
- (7) Pengeluaran sampah
- (8) Kepemilikan rumah
- (9) Kamar mandi/wc
- (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 dengan masyarakat

Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga

e) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang

berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi (Setiadi, 2008).

b) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah :

- (1) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
- (2) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing individu) ?
- (3) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

c) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Setiadi, 2008).

d) Nilai dan norma keluarga

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

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

- (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- (2) Perasaan saling memiliki
- (3) Dukungan terhadap anggota keluarga
- (4) Saling menghargai, kehangatan

b) Fungsi sosialisasi

- (1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- (2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

c) Fungsi perawatan kesehatan

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2012).

6) Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan dan stressor jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan (Setiadi, 2008).

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

c) Strategi koping yang digunakan

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

d) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

7) Pengkajian fisik

a) Aktivitas/istirahat

Gejala: Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup

Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

b) Sikulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi

Tanda:

- (1) Peningkatan tekanan darah
- (2) Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis
- (3) takikardia
- (4) Murmur stenosis vulvular
- (5) Distensi vena jugularis
- (6) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin

c) Integritas ego

Gejala:

- (1) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi
- (2) Faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda:

- (1) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak
- (2) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

d) Eliminasi

Gejala: Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu)

e) Makanan/cairan

Gejala:

- (1) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol
- (2) Mual, muntah

(3) perubahan berat badan akhir-akhir ini
(meningkat/turun)

(4) Riwayat penggunaan diuretic

Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria

f) Neurosensori

Gejala:

(1) Keluhan pusing/pening, berdenyut

(2) Sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)

(3) Episode kebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh

(4) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur)

(5) Episode epitaksis

Tanda:

(1) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan)

(2) Respon motorik: Penurunan kekuatan gengaman tangan dan/atau reflek

g) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: Sakit kepala yang pernah terjadi sebelumnya

h) Pernafasan

Gejala:

(1) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

(2) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal

(3) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum

(4) Riwayat merokok

Tanda : Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis

i) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

j) Pembelajaran/penyuluhan

Gejala:

- (1) Faktor risiko keluarga: Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM
- (2) Penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alkohol

8) Harapan keluarga

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2014).

b. Analisis Data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

a. Diagnosis sehat/*wellness*

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

b. Diagnosis ancama (risiko)

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

c. Diagnosis nyata/gangguan

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

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhada masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - a) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygien sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit

5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:

- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
- b) Keuntungan yang didapat
- c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
- d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
- e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosis keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

Tabel 5 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	<input type="checkbox"/> Tidak/kurang sehat	3	1
	<input type="checkbox"/> Ancaman kesehatan	2	
<input type="checkbox"/> Krisis	1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	<input type="checkbox"/> Dengan mudah	2	2
	<input type="checkbox"/> Hanya sebagian	1	
<input type="checkbox"/> Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	<input type="checkbox"/> Tinggi	3	1
	<input type="checkbox"/> Cukup	2	
<input type="checkbox"/> Rendah	1		
4	Menonjolnya masalah		
	<input type="checkbox"/> Masalah berat harus ditangani	2	1
	<input type="checkbox"/> Masalah yang tidak perlu segera ditangani	1	
<input type="checkbox"/> Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber : Setiadi, 2008

Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosis yang mungkin muncul :

- 1) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi.

- 2) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hipertensi.
- 3) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien hipertensi.
- 4) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien hipertensi.
- 5) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien 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 tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi *problem* (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi *etiologi* (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S = spesifik, M = *measurable* / dapat diukur, A = *achievable* / dapat dicapai, R = *reality*, T = *time limited* / punya limit waktu) (Achjar, 2012)

Tabel 6 Rencana Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
Nyeri kronis berhubungan dengan KMK mengenal masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan tidak terjadi gangguan kebutuhan nyeri pada keluarga	1. Setelah dua kali pertemuan keluarga mampu mengenal masalah			
		1.1 Keluarga menyebutkan pengertian hipertensi	Respon verbal	Hipertensi atau biasa disebut darah tinggi adalah kondisi tekanan darah seseorang yang berada di atas batas normal yaitu 140/90 mmHg sedangkan pada manula 160/90 mmHg. Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang dapat mematikan seseorang tanpa diketahui gejalanya terlebih dahulu.	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 penyakit hipertensi: 1. Konsumsi garam berlebihan 2. Stress 3. Obesitas (Kegemukan) 4. Merokok 5. Minuman yang mengandung alcohol	1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Minta keluarga menentukan penyebab hipertensi pada klien 3. Evaluasi kembali tentang penyebab hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda hipertensi	Respon verbal	Gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi biasanya: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala 2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk 3. Mata terasa berat atau pandangan kabur 4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat 5. Telinga berdenging 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda hipertensi 2. Bersama keluarga identifikasi tanda hipertensi pada klien 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani hipertensi pada klien			
		2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi bila hipertensi tidak ditangani dengan tepat	Respon verbal	Menyebutkan akibat dari hipertensi bila tidak ditangani dengan segera : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal ginjal 2. Stroke 3. Infark miokard 4. Hingga kematian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari hipertensi bila tidak ditangani dengan segera dan tepat 2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari hipertensi 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga
		2.2 Mengambil keputusan	Respon verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
		untuk mengatasi hipertensi pada klien dengan segera dan tepat		hipertensi dengan segera dan tepat	<p>mengatasi hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Beri kesempatan keluarga bertanya Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar
		3. Setelah 1x pertemuan selama 20 menit keluarga mampu merawat klien hipertensi			
		3.1 Menjelaskan cara merawat klien hipertensi	Respon verbal	<p>Menyebutkan cara merawat hipertensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kompres hangat Lakukan akupresure (pijat) Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi Minum obat sesuai anjuran 	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan penderita hipertensi Beri kesempatan keluarga bertanya Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan Beri reinforcement atas jawaban yang benar
		4. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungannya yang aman bagi klien dengan hipertensi			
		4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat	Respon verbal	<p>Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kurangi 	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang dapat mendukung

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
		mendukung untuk klien hipertensi		aktivitas berlebihan 2. Pola hidup sehat seperti dengan melaksanakan diet rendah garam, diet tinggi kalium, penurunan berat badan dan berolahraga secara tertur (berenang, bersepeda, berjalan, berlari), serta berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol	untuk klien hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 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 yang mendukung bagi klien hipertensi seperti lingkungan yang tenang dan terhindar dari bising	1. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif untuk klien hipertensi dengan member-kan reinforce-ment positif
		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah hipertensi			
		5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi Posbindu, Puskesmas, Pusat rehabilitasi	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan hipertensi 2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan hipertensi 3. Berikan kesempa-

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
					<p>tan keluarga untuk bertanya</p> <p>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</p> <p>5. Berikan reinforcement positif atas jawaban yang benar</p>
		5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko hipertensi	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas pelayanan kesehatan	<p>1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjung-nji posbindu atau pelayanan kesehatan</p> <p>2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang tepat yang dilakukan keluarga</p>

Sumber : Achjar, 2012

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Ali, 2010).

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - a) Memberikan informasi
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan

- b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- c) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

e. Evaluasi

Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analisis, planning).