

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Nyeri

1. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

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

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

b. Fisiologi Nyeri

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

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikinin, prostaglandin) dilepaskan kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Sinyal nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian *dorsal spinal cord* (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat

sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali di persepsikan, pesan lalu dihantarkan ke *cortex*, di mana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti *endorphin* dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Jenis dan bentuk nyeri

Jenis nyeri

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

d. Bentuk nyeri

Tabel 2.1
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 intensitasny dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi

Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah Dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelom usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai manifestasi alami penuaan. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berpikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua, hal ini mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

2) Jenis kelamin

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

3) Kebudayaan

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

4) Makna nyeri

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

5) Perhatian

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

6) Ansietas

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

7) Pengalaman terdahulu

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

8) Gaya koping

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

9) Dukungan keluarga dan sosial

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

f. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi nyeri farmakologi

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

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

2) Terapi nyeri non farmakologi

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

a) Kompres panas dan dingin

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

b) Akupuntur

Akupuntur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum

metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira-kira terdapat 1000 titik akupunktur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

c) Akupresur

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

d) Napas dalam

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

e) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Penjelasan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang untuk memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

f) Hipnotis

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

g. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

Nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Cahyatin, 2008).

2) Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan (Mubarak & Cahyatin, 2008).

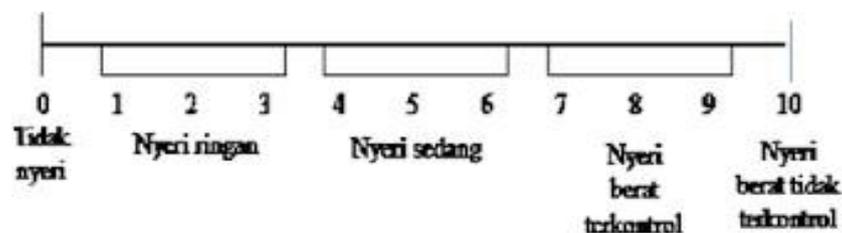
3) Reaksi terhadap nyeri

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

h. Pengukuran intensitas nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

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



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

Gambar 2.1

Skala Nyeri Menurut Hayward

2) Skala nyeri menurut Mc Gill

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

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut:

0 = Tidak Nyeri

1 = Nyeri Ringan

2 = Nyeri sedang

3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

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

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



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

Gambar 2.2

Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga adalah hubungan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah, adopsi, dan kesepakatan yang dibuat, keluarga memiliki peran masing-masing dan bertanggung

jawab terhadap tugas yang diberikan dan ada ikatan emosional yang sulit untuk ditinggalkan oleh setiap anggota keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

Keluarga melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota keluarga yang sakit sehingga keluarga keluarga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. (Padila, 2012).

b. Tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan (*middle age family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal. Tugas perkembangan keluarganya, yaitu menjaga kesehatan meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak, dan teman sebaya, serta mempersiapkan masa tua (maria, 2017).

Tugas pengembangan keluarga usia pertengahan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti pada 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.

c. Tugas kesehatan keluarga

Menurut Friedman 1998 dalam (Padila, 2012) keluarga mempunyai tugas kesehatan keluarga yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan

perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran yang dihasilkan akibat pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas, karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada masyarakat. Pendidikan kesehatan diberikan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah. Pendidikan kesehatan ini dilakukan dalam berbagai upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pendidikan kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah dan mengatasi lingkungannya baik lingkungan fisik, sosial maupun budaya (Notoadmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan (*health education*), merupakan salah satu bentuk kegiatan promosi kesehatan (*health*

promotion) yang dapat dilakukan kepada keluarga. Promosi kesehatan merupakan pendidikan kesehatan plus atau promosi kesehatan adalah lebih dari kegiatan pendidikan kesehatan (Notoadmodjo, 2005). Promosi kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan melakukan pendidikan kesehatan, selain itu dapat juga dilakukan dengan menggunakan media kesehatan keluarga seperti menggunakan spanduk, VCD, penyebaran leaflet dan sebagainya. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan, baik perubahan yang terjadi di keluarga juga perubahan yang terjadi di lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya). Promosi kesehatan tidak hanya ditujukan untuk peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan fisik dan lingkungan non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga (Notoadmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan diperlukan pada lima tingkat pencegahan yaitu pada *health promotion*, dalam upaya peningkatan gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, hygiene dan perbaikan sanitasi lingkungan. *Specific protection* (pencegahan spesifik), dalam program imunisasi. *Early diagnosis and prompt treatment*, ditujukan pada keluarga yang sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di keluarga. *Disability limitation*, ditujukan pada keluarga yang tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang lengkap terhadap penyakitnya. *Rehabilitation*, diperlukan pendidikan kesehatan pada pemulihan cacat dengan latihan atau ditujukan pada masyarakat untuk kembali diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat setelah sembuh dari penyakit (Notoadmodjo, 2005).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

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

Tabel 2.2
Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

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 coping

Setiap individu memiliki sumber coping 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 & Cahyatin, 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 & Cahyatin, 2008).

3) Observasi respons perilaku dan fisiologis

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

4) Penetapan Diagnosis

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

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi kronis (misalnya arthiritis rheumatoid) infeksi, cedera medula spinalis, infeksi, tumor.
- 5) Langkah-langkah dalam proses keperawatan membutuhkan perawat untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber.

a) 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:

Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10.

- (1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan rasa nyeri
- (2) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman
- (3) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian.

b) 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.

c) 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).

6) Rencana Keperawatan

Tabel 2.3
Rencana Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia)</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarma- kologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Manajemen nyeri</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, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tempat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromatherapy 2. Dukungan hipnotis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik nafas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernafasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresure 29. Terapi akupunktur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor muratal 32. Terapi humor 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik,(mis, narkotika ,non narkotika atau NSAID)dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 5. Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi 	
--	---	--

Tabel 2.4
Rencana Keperawatan Nyeri Kronis

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi kronis (arthritis reumatoid)</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan</p>	<p>Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnotis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan koping keluarga

<p>keperawatan diharapkan nyeri kronis klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarma- kologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri 3. berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>tentang kondisi, situasi, dan perasaannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pijatan 5. Berikan terapi akupresure 6. Berikan terapi hipnotis 7. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan 8. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernafasan 4. Ajarkan distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, antihistamin, jika perlu <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 <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi respon nyeri non verbal 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dukungan meditasi edukasi aktivitas/istirahat 6. Edukasi efek samping obat 7. Edukasi kemoterapi 8. Edukasi kesehatan 9. Edukasi manajemen stress 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi perawatan stoma 12. Edukasi proses penyakit 13. Edukasi teknik nafas 14. Kompres dingin 15. Kompres panas 16. Konsultasi 17. Latihan pernafasan 18. Latihan rehabilitasi 19. Manajemen efek samping obat 20. Manajemen kenyamanan lingkungan 21. Manajemen mood 22. Manajemen stress 23. Manajemen terapi radiasi 24. Pemantauan nyeri 25. Pemberian analgesic 26. Pemberian obat 27. Pemberian obat intravena 28. Pemberian obat oral 29. Pemberian obat topical 30. Pengaturan posisi 31. Perawatan amputasi 32. Promosi koping 33. Teknik distraksi 34. Terapi imajinasi terbimbing 35. Terapi akupresure 36. Terapi akupuntur 37. Terapi bantuan hewan 38. Terapi humor 39. Terapi mural 40. Terapi music 41. Terapi pijatan 42. Terapi sentuhan 43. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
--	--	--

	<p>pada kualitas hidup</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupunktur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tempat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 7. Identifikasi riwayat alergi obat 8. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, narkotika, non-narkotika atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 9. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 10. Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu b. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar 	
--	---	--

	<p>dalam serum</p> <p>c. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</p> <p>d. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>6. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>	
--	--	--

Sumber : (PPNI, SIKI, 2018)

7) Implementasi

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

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

8) 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 2.5
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Kriteria Hasil Kebutuhan Tingkat Nyeri

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Menurun
Kemampuan menuntaskan aktifitas	1	2	3	4	5

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		3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan defresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera	1	2	3	4	5
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

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
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Prilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, SLKI, 2018)

2. Tinjauan Konsep Penyakit

a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga bisa menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah, maka semakin besar risikonya (Nurarif & Kusuma, 2016).

Hipertensi atau yang dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Menurut WHO (*World Health Organization*), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan hipertensi (batas tersebut untuk orang dewasa di atas 18 tahun) (Adib, 2009).

b. Penyebab hipertensi

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

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

c. Klasifikasi

1) 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:

a) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan Hipertensi jika orang tuanya adalah penderita Hipertensi.

b) 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)

c) 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*).

2) Hipertensi sekunder

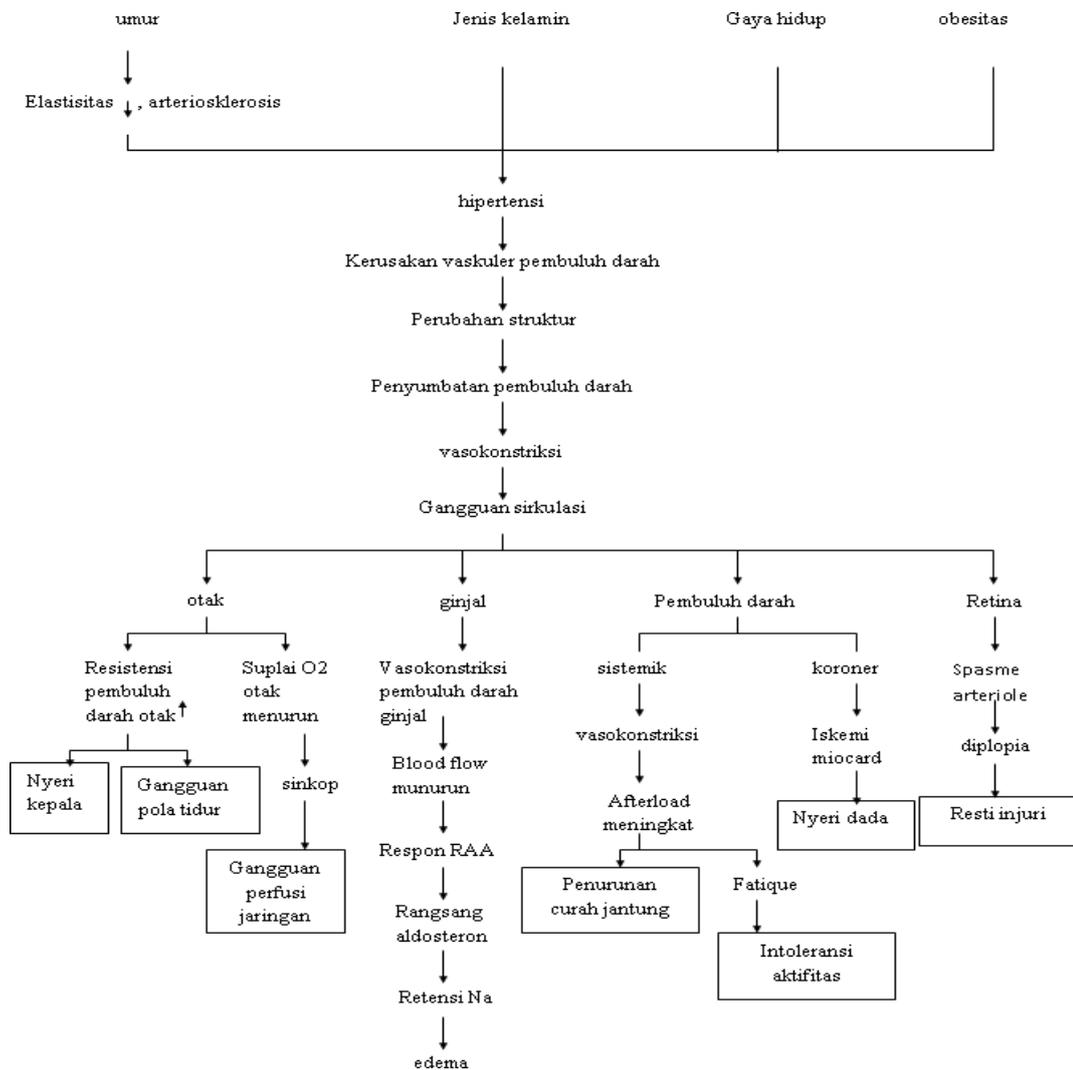
Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh Hipertensi sekunder adalah Hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat arteriosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin dan pembentukan

angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis 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, 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).

d. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke *ganglia sympati* di *thoraks* dan *abdomen*. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, *neuron pre ganglion* melepaskan *asetikolin*, yang akan meangsang serabut saraf pasca *ganglion* ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan Hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui

dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf trigeminus. Sedangkan rangsangan terhadap struktur yang peka terhadap nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifernya akan menimbulkan nyeri pada daerah dibelakang garis tersebut, yaitu daerah oksipital, suboksipital dan servikal bagian atas.



Sumber : (Brunner & Suddart, 2014)

Gambar 2.3
Patway Hipertensi

e. Tanda dan gejala

1) 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.

2) 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:

- a) Mengeluh nyeri kepala
- b) Lemas, kelelahan
- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Muntah
- g) Epistaksis
- h) Kesadaran menurun (Nurarif & Kusuma, 2016).

f. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan non farmakologi

Pengaturan diet, Beberapa diet yang dianjurkan bagi penderita Hipertensi antara lain:

- 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.

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.

g. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi Oksigen.

2) Pemantauan Haemodinamik.

3) Pemantauan Jantung.

4) Terapi Obat-obatan, seperti:

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

2) 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).

h. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium
- 2) Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (*viskositas*) dan dapat mengindikasi faktor resiko seperti *hipokoagulabilitas*, anemia.
- 3) BUN/*kreatinin*: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 4) Glukosa: *hiperglikemia* (dm adalah pencetus Hipertensi) dapat di akibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 5) *Urinalisa*: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada dm.
- 6) Ct scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
- 7) EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung Hipertensi
- 8) IUP: mengidentifikasikan penyebab Hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal
- 9) Photo dada: menunukan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif & Kusuma, 2016).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

a. Data Umum

Pengkajian demografi dalam asuhan keperawatan keluarga terdiri dari identitas keluarga, komposisi anggota keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, dan status sosial ekonomi keluarga (Padila,2012).

Dari data pengkajian demografi yang berkaitan dengan kebutuhan nyeri pada pengkajian keluarga usia pertengahan yaitu pengkajian pada umur dan jenis kelamin. Umur klien usia pertengahan memiliki kaitannya dalam menentukan kebutuhan nyeri karena usia saat ini sangat mampu untuk mengekspresikan bagaimana nyeri yang dirasakan pada usia pertengahan karena masih sangat matang dan mampu dalam menerima informasi kesehatan mengenai kebutuhan nyeri yang dialami.

Pada tahap pengkajian kebutuhan nyeri perawat melibatkan keluarga dan remaja untuk mengenali, menyatakan, mengkomunikasikan dan merumuskan kebutuhan nyeri, sumber-sumber yang tersedia dan hambatan yang mungkin dihadapi dalam kegiatan untuk memenuhi kebutuhan nyeri. Pengkajian kebutuhan nyeri bertujuan untuk melibatkan dan memotivasi keluarga agar dapat mengekspresikan dan mengkomunikasikan bagaimana nyeri yang dirasakan saat hipertensi.

Keluarga didorong untuk menyatakan kebutuhan nyeri yang ingin mereka atasi dan diperoleh melalui pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat. Selanjutnya keluarga didorong untuk merawat dan memanfaatkan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan nyeri. Selain itu keluarga usia pertengahan dibantu untuk merawat dan menyatakan kemungkinan adanya hambatan dalam upaya memenuhi kebutuhan nyeri karena hipertensi, baik yang datang dari dalam maupun dari luar.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga dengan usia pertengahan (*Midle Age Family*) tahapan ini ditandai dengan anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau

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

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Keluarga dengan tahap perkembangan keluarga sebelumnya pada usia pertengahan yang belum terpenuhi misalnya dalam merawat keluarga yang sakit hipertensi pada tahap perkembangan keluarga usia pertengahan saat ini yang dapat menyebabkan stress pada usia saat ini sehingga memicu hipertensi atau nyeri yang dirasakan.

3) Riwayat keluarga inti

Hipertensi berpengaruh dalam hubungan genetik. Sehingga jika keluarga terutama keluarga mengalami hipertensi atau nyeri maka beresiko mengalami masalah hipertensi, Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing- masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

4) 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.

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Yang harus dipaparkan adalah gambar dan jelaskan tentang karakteristik rumah (Yohanes & Yasinta, 2013).

Kondisi rumah yang tenang dengan meminimalisir dan memodifikasi lingkungan membuat lingkungan yang tenang dan nyaman untuk keluarga usia pertengahan dengan mengurangi suara-suara berisik anak kecil saat bermain seperti memerintahkan anak-anak untuk bermain di teras rumah dengan tidak berisik akan membuat keluarga merasa lebih nyaman dan tenang saat sedang mengalami hipertensi atau nyeri.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat (Yohanes & Yasinta, 2013).

Lingkungan tempat tinggal yang bersih dapat mengurangi resiko terjadinya masalah kesehatan, keluarga yang sering berkomunikasi dengan tetangga rumah dapat menciptakan kerukunan akan berdampak baik untuk remaja putri dalam mengelola stres sehingga remaja dapat dengan mudah ikut berinteraksi dengan tetangga sekitar rumah.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat dan sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut (Yohanes & Yasinta, 2013). Keluarga yang tidak pernah berpindah-pindah rumah akan membuat sulit berinteraksi dan beradaptasi dengan keadaan lingkungan sekitar.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi pada masyarakat

Mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada (Yohanes & Yasinta, 2013). Keluarga yang memiliki waktu berkumpul bersama setiap harinya akan memudahkan keluarga dalam berkomunikasi ketika memiliki suatu masalah terutama masalah kesehatan seperti ketika keluarga usia pertengahan mengalami hipertensi atau nyeri dan keluarga memiliki interaksi yang baik dengan masyarakat sekitar akan menimbulkan kerukunan ketika keluarga membutuhkan bantuan akan dengan mudah meminta bantuan dengan masyarakat sekitar.

e. Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga baik secara formal maupun informal untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis, atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa yang menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling, aktivitas-aktivitas keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013), siapa saja orang yang terlibat dalam penyelesaian masalah yang di alami keluarga usia pertengahan, keluarga ini yang kurang sistem pendukung dalam keluarga akan menyebabkan kesulitan merawat masalah hipertensi atau nyeri yang dialaminya sehingga hipertensi pada keluarga akan beresiko menjadi semakin parah.

f. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi

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

dalam keluarga dan hal-hal dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan (Yohanes & Yasinta, 2013).

Pola komunikasi yang terbuka mempermudah keluarga membicarakan hal-hal yang penting secara langsung terutama tentang masalah kesehatan seperti halnya ketika keluarga usia pertengahan memiliki masalah kesehatan hipertensi, keluarga tersebut dapat membicarakannya secara langsung pada keluarga sehingga keluarga dapat memutuskan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya untuk keluarga usia pertengahan.

2) 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.

3) Struktur peran keluarga

Yang perlu dikaji adalah siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga dan bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan tersebut.

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi keluarga sakit untuk menyelesaikan masalah hipertensi atau nyeri. Seorang suami berperan penting dalam memutuskan tindakan yang akan dilakukan, sebelum memutuskan seorang suami sebaiknya melakukan musyawarah.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2018).

5) Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan keluarga usia pertengahan. Hal ini juga terlihat dari anggota keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap keluarga sakit. Pengkajian meliputi:

- (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap keluarga usia pertengahan.
- (2) Perasaan saling memiliki.
- (3) Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan terhadap keluarga usia pertengahan.
- (4) Saling menghargai antara keluarga.
- (5) Terciptanya kehangatan dalam anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Menurut (Achjar, 2010)

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

3) Fungsi perawatan keluarga

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).

6) Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan (Padila, 2018)

2) Stressor jangka Panjang

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

(1) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor (Padila, 2018).

(2) Strategi koping yang digunakan

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

(3) Strategi adaptasi disfungsional

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

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada keluarga usia pertengahan yang mengalami hipertensi atau nyeri yaitu head to toe untuk mendapatkan tanda dan gejala dari hipertensi atau nyeri. Pemeriksaan *head to toe* pada area tubuh apakah ada nyeri tekan.

8) Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap anggota keluarga adalah meningkatnya derajat kesehatan pada anggota keluarga yang dibuktikan dengan kesejahteraan keluarga.

2. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

a. 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).

b. 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).

c. 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 :

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- b) Pengertian
- c) Tanda dan gejala
- d) 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 terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Informasi yang salah.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasil lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya higyene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang di dapat
 - c) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - d) Pelayanan kesehtan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel.

Tabel 2.6
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	Tidak/kurang sehat	3	1
	Ancaman kesehatan	2	
Keadaan sejahtera	1		

2	Kemungkinan yang dapat diubah		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
Rendah	0		
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
Rendah	1		
4	Menonjolnya masalah		
	Masalah yang benar benar harus segera ditangani	2	1
	Ada masalah yang tidak segera ditangani	1	
Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber : (Maria, 2017)

Skoring

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

Diagnosa yang mungkin muncul:

- Nyeri akut pada ibu X berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat Hipertensi.
- Nyeri kronis pada ibu X berhubungan dengan ketidakmampuan dalam merawat Hipertensi.

3. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan *SMART* (*S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu*) (Achjar, 2010).

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap yang positif terhadap masalah yang dihadapi
- 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 setiap 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
 - 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 (Achjar, 2010).

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah 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: Keluarga dapat menjelaskan kembali cara merawat pasien hipertensi dan cara mengatasi
- O: Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang hipertensi.
- A: Remaja putri dapat mengatasi masalah hipertensi setelah mendapatkan informasi tentang hipertensi dari perawat.
- P: Memberikan informasi tentang dampak hipertensi secara rutin kepada keluarga.