

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Kebutuhan Dasar Manusia**

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

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

Virginia Henderson dalam (Potter & Perry, 2010). membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut

##### 1.) Bernafas secara normal:

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

##### 2.) Makan dan minum yang cukup:

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

##### 3.) Eliminasi (buang air besar dan kecil):

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

- 4.) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan  
Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.
- 5.) Tidur dan istirahat:  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.
- 6.) Memilih pakaian yang tepat:  
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.
- 7.) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan:  
Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembapan atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya.
- 8.) Menjaga kebersihan diri dan penampilan:  
Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standard kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.
- 9.) Kebutuhan rasa aman dan nyaman  
Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak factor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.
- 10.) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini:  
Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan

lingkungan yang terapeutik.

- 11.) Beribadah sesuai agama dan kepercayaan:  
Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan.
- 12.) Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup: Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.
- 13.) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi:  
Perawat mampu memilihkan aktifitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya.
- 14.) Belajar menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Mubarok, 2015).

## **2. Kebutuhan Rasa Nyaman**

### **a. Definisi**

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu :

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- 2) Social, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan social.
- 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.

Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi yang menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi tiga yaitu

kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan social. Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Gangguan rasa nyaman nyeri dapat dialami dari usia anak-anak, remaja, dewasa sampai lansia.

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

b. Faktor yang mempengaruhi kenyamanan :

1) Emosi

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

2) Status mobilisasi

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

3) Gangguan persepsi sensori

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

4) Keadaan imunitas

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

5) Tingkat kesadaran

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

6) Informasi atau komunikasi

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

7) Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

8) Penggunaan antibiotic yang tidak rasional

Antibiotic dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

9) Status nutrisi

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

10) Usia

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

11) Jenis kelamin

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

12) Kebudayaan

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

c. Definisi nyeri

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

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

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

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

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

#### d. Fisiologi Nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi, dan perilaku.

Menurut Teori pengendalian gerbang (Gate Control Theory) yaitu nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan kedalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu untuk menjelaskan tiga komponen fisiologi berikut, yakni: resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasilan

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

e. Jenis dan bentuk nyeri

1) Ada klasifikasi nyeri:

- a) Nyeri perifer, terdapat tiga macam:
- b) Nyeri superpusal yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan-rangsangan pada kulit dan mukosa.
- c) Nyeri visceral, yakni nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, cranium dan toraks
- d) Nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri
- e) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
- f) Nyeri psikogenetik, nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri. Seringkali, nyeri ini muncul karena factor psikologis (mubarak & Chayatin, 2008)

## 2) Bentuk nyeri

## a) Nyeri akut

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

## b) Nyeri kronis

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

**Tabel 1 Bentuk nyeri**

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala	Pola respon bervariasi

	yang lebih jelas	
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 dan Reni Sulistyowati,2017)

### 3) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

#### a) Usia

Usia merupakan variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga memahami kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua kepada petugas kesehatan. Manifestasi berbagai penyakit dapat menimbulkan kondisi-kondisi nyeri yang tidak khas. Dengan kata lain, penyakit yang berbeda dapat menimbulkan gejala yang sama (Mubarak & Chayatin, 2008)

#### b) Etnik dan budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan factor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, Individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain (Mubarak & Hayatin, 2008).

#### c) Ansietas dan stres

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri dan peristiwa disekelilingnya dan mempererat

persepsi nyeri. sebaliknya, Individu percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Mubarok & Chayatin, 2008)

d) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berasa bahwa individu tersebut menerima nyeri dengan mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu itu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri berat, maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis sama yang berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

4) Penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non farmakologis

a. Terapi nyeri farmakologi

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

- 1) Analgesik non opioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesik non opioid yang paling sering digunakan. Obat-obat ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.
- 2) Opioid, analgesik opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri spesifik di dalam SSP.
- 3) Adjuvant, merupakan bukan analgesic yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.

Efek samping tanda-tanda dari reaksi yang tidak diinginkan mungkin tidak dikenali karena tanda-tanda tersebut menggambarkan tanda-tanda

gangguan pada lansia seperti konfusi , tremor, depresi, konstipasi, dan hilangnya nafsu makan (Stanles, 2007).

b. Terapi nyeri non farmakologi

1) Distraksi

Distraksi merupakan metode penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi dengan cara menghilangkan perhatian klien kehal yang lain dan dengan demikian merupakan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri(Potter & Perry, 2006).

2) Relaksasi

Otot-otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan otot yang menunjang nyeri.Teknik relaksasi, yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat berirama, periode relaksasi dapat membantu melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan meningkatkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

3) Hipnosis-diri

Hypnosis ini dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif.Suatu pendekatan kesehatan holistic, Hynosi-diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respn tertentu tentang mereka(Potter & perry, 2006).

4) Bimbingan antisipasi merupakan metode memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri yang menghilangkan nyeri yang lain.Cemas yang sedang akan bermanfaat jika klien mengantisipasi pengalaman nyeri(Potter & Perry, 2006).

5) Akupresur

Akupresur memungkinkan alur energy yang terkongesti untuk meningkatkan ko ndisi yang lebih sehat.Perawta ahli terapi mempelajari alur energy atau meridian tubuh memberi tekanan pada titik-titik tertentu disepanjang alur(Potter & Perry, 2006).

c. Respon Terhadap Nyeri

1) Respon fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis ke batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi *''flight-atau-fight''*, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu reaksi. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperhatikan tanda-tanda fisik.

2) Respon perilaku

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

d. Intensitas Nyeri

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

e. Alat bantu menentukan skala nyeri

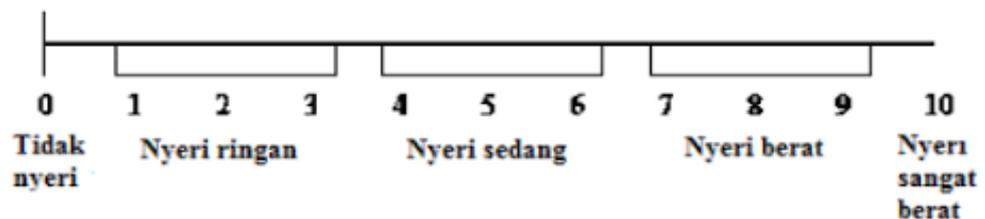
Untuk mempermudah pengukuran nyeri, dapat digunakan banyak cara, tes, atau skala pengukur nyeri. Namun, perlu diingat bahwa semua tes

tersebut bersifat subjektif, artinya berbagai alat pengukuran tersebut antara lain.

1) *Visual Analog Scale (VAS)* dan *numeric Rating Scale (NRS)*

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

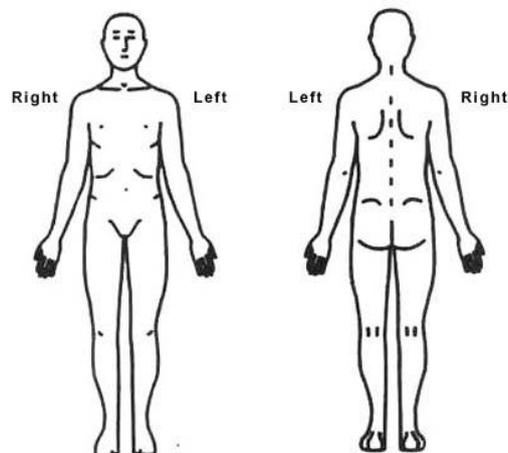
NRS, angka 0 menyatakan tidak ada nyeri, sedangkan angka 10 menyatakan nyeri yang sangat hebat.



Gambar 1 *Visual Analog Scale*  
Sumber: Asmadi, (2008)

2) *Pain diagram*

Diagram ini dapat digunakan untuk membantu menentukan letak posisi nyeri, serta tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi dengan gambar tubuh manusia serta instruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan, OOO=seperti ditusuk jarum, ///=seperti diestrum, xxx=nyeri tajam, TTT=nyeri berdenyut, AA=nyeri tumpul.



Gambar. 2 *Pain Diagram*  
Sumber: Asmadi, (2008)

### 3) *Face Pain Rating Scale*

Skala ini sangat disarankan untuk evaluasi nyeri pada pasien pediatric. Skala ini menggambarkan lima sketsa wajah masing-masing dengan nilai angka, dimulai dengan ekspresi senang, senyum, sampai dengan sedih dan menangis, serta dengan tidak nyeri sampai sangat nyeri sangat parah



Gambar 3 *Face Pain Rating Scale*

Sumber: Asmadi, (2008)

### 4) Catatan harian

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

#### a) Dampak nyeri

- (1) Gangguan pola tidur
- (2) Penurunan aktivitas
- (3) Gangguan rasa aman nyaman nyeri
- (4) Depresi
- (5) Isolasi social

## **B. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Keluarga**

#### a) Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan

kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

b) Fungsi keluarga

1.) Fungsi afektif

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

2.) Fungsi sosialisasi

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

3.) Fungsi ekonomi

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

4.) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak di harapkan atau diluar ikatan

perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

5.) Fungsi perawatan kesehatan

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

c) Tahap perkembangan keluarga

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

d) Tugas perkembangan keluarga

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkeembangannya.

1) Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

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

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

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

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap
- b) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan kebutuhan keluarga
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- d) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek
- e) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- f) Konseling KB post partum 6 minggu
- g) Menata ruang untuk anak
- h) Menyiapkan biaya child bearing
- i) Memfasilitasi role learning anggota keluarga
- j) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan - 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga :

- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- b) Mensosialisasikan anak

- c) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
  - d) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua – anak) serta hubungan diluar keluarga
  - e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
  - f) Pembagian tanggung jawab
  - g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- 4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah  
Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- a) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
  - b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
  - c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
  - d) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
  - e) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 5) Keluarga dengan anak remaja  
Keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- a) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
  - b) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
  - c) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak
  - d) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggotakeluarga.

## 6) Tahap keluarga dengan anak dewasa

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

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

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

Tugas perkembangan keluarga :

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

## 8) Tahap keluarga lanjut usia

Tugas keperawatan keluarga :

- a) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara Hidup
- b) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- d) Mempertahankan hubungan perkawinan
- e) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan

- f) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
  - g) Melakukan life review masa lalu
- e) Tugas Kesehatan Keluarga
- 1) kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan  
Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan tersebut, meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah
  - 2) kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
    - a) sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
    - b) apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga
    - c) keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
    - d) apakah keluarga merasa takut akan akibat dari tindakan penyakit
    - e) apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
    - f) apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
    - g) apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
    - h) apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah
  - 3) kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
    - a) sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa dan cara merawatnya)
    - b) sejauhmana keluarga mengetahui sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
    - c) sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan

- d) sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial. fasilitas fisik dan psikososial)
  - e) bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat (modifikasi lingkungan)
- a) sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki
  - b) sejauhmana keluarga melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - c) sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
  - d) sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya hygiene sanitasi
  - e) sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit
  - f) sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga
  - g) kemampuan keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat
  - h) sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan
  - i) sejauhmana keluarga memahami kauntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
  - j) sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
  - k) apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
  - l) apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

### C. Konsep asuhan keperawatan gangguan kebutuhan nyaman nyeri

#### a. Pengkajian

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

Tabel 2 Memonik Untuk Pengkajian Nyeri  
Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2008)

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

#### 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 beberapa aspek, antara lain

##### a.) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

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 1-10. Angka “0” menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.

c.) Kualitas nyeri

Terkadang, nyeri bisa terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”

d.) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir muncul.

e.) Faktor presipitasi

Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

f.) Gejala 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 prespektif klien tentang nyeri.

h.) Sumber koping

Setiap individu memiliki strategi koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.

i.) Respon afektif.

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, tergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

2) Observasi respon perilaku dan fisiologis

Banyak respon non verbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satu yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membukanya lebar-lebar, menggigit bibir bawah, dan seringai wajah dapat mengindikasikan nyeri selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis; rangan, menangis, berteriak), imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (mis; menendang-nendang, membolak-balikan tubuh diatas kasur), dll.

3) Penetapan diagnosis menurut SDKI, diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami nyeri adalah

- a.) Penegakan diagnosa keperawatan yang akurat untuk klien yang mengalami nyeri dilakukan berdasarkan pengumpulan dan analisis data yang cermat. Seorang perawat jangan mendiagnosa klien mengalami nyeri dengan sederhana hanya karena menyangka klien mengalami ketidaknyamanan. Diagnosa yang akurat dibuat hanya setelah pengkajian lengkap semua variabel. Dalam contoh diagnosa nyeri, perawat dapat mengkaji perilaku klien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku, klien mengeluh, ungkapan verbal ketidaknyamanan klien.
- b.) Diagnosa keperawatan harus berfokus pada sifat khusus nyeri untuk membantu perawat mengidentifikasi jenis intervensi yang paling berguna untuk menghilangkan nyeri dan meminimalkan efek intervensi itu pada gaya hidup dan fungsi klien.

- c.) Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain
- (1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis., inflamasi, iskemia, neoplasma)
  - (2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis., terbakar, bahan kimia iritan)
  - (3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis., abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
- d.) Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri kronis antara lain
- (1) Nyeri kronis berhubungan dengan ketidak seimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
  - (2) Nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan system saraf
  - (3) Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan imunitas (mis. neuropatik terkait HIV, virus varicella-zoster)

## e.) Rencana Keperawatan

Tabel 3 Rencana Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia)</p> <p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri(mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Pemberian analgesik</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan hipnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan diri</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>7. Edukasi Proses Penyakit</li> <li>9. Edukasi teknik napas</li> <li>10. Kompres dingin</li> <li>11. Kompres panas</li> <li>12. Konsultasi</li> <li>13. Latihan pernapasan</li> <li>14. Manajemen efek samping obat</li> <li>15. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>16. Manajemen medikasi</li> <li>17. Manajemen sedasi</li> <li>18. Manajemen terapi radiasi</li> <li>19. Pemantauan nyeri</li> <li>20. Pemberian obat</li> <li>21. Pemberian obat intravena</li> <li>22. Pemberian obat oral</li> <li>23. Pemberian obat intravena</li> <li>24. Pemberian obat topical</li> <li>25. Pengaturan posisi</li> <li>26. Perawatan amputasi</li> <li>27. Perawatan kenyamanan</li> <li>28. Teknik distraksi</li> <li>29. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>30. Terapi akupresur</li> <li>31. Terapi akupunktur</li> <li>32. Terapi bantuan hewan</li> <li>33. Terapi humor</li> <li>34. Terapi murattal</li> <li>35. Terapi music</li> <li>36. Terapi pemijatan</li> <li>37. Terapi relaksasi</li> <li>38. Terapi sentuhan Transcutaneous Electrical (TENS)</li> </ol>

	<p>obat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis, narkotika , non-narkotika atau NSAID)dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic</li> <li>5. Monitor efektifitas analgesik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu</li> <li>2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ol> </li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab,period, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol>	
--	---	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Tabel 4 Rencana Keperawatan Nyeri Kronis

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan kerusakan sistem saraf</p> <p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>5. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>6. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>7. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>8. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p>Observasi</p> <p>10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>11. Identifikasi skala nyeri</p> <p>12. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri</p> <p>14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>18. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>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)</p> <p>4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Pemberian analgesik</b></p> <p>Observasi</p> <p>6. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</p> <p>7. Identifikasi riwayat alergi</p>	<p>1. Aromaterapi</p> <p>2. Dukungan hypnosis diri</p> <p>3. Dukunagn pengungkapan kebutuhan</p> <p>4. Dukunagn koping keluarga</p> <p>5. Dukungan meditasi</p> <p>6. Edukasi aktivitas /istirahat</p> <p>7. Edukasi efek samping obat</p> <p>8. Edukasi kemorapi</p> <p>9. Edukasi kesehatan</p> <p>10. Edukasi manajemen stress</p> <p>11. Edukasi manajemen nyeri</p> <p>12. Edukasi perawatan stoma</p> <p>13. Edukasi proses penyakit</p> <p>14. Edukasi tehnik nafas</p> <p>15. Kompres dingin</p> <p>16. Komperes panas</p> <p>17. Konsultasi</p> <p>18. Pelatihan pernapasan</p> <p>19. Latihan rehabilitasi</p> <p>20. Manajemen efek samping obat</p> <p>21. Manajemen kenyamanan lingkungan</p> <p>22. Manajemen Mood</p> <p>23. Manajemen stress</p> <p>24. Manajemen trapi radiasi</p> <p>25. Pemantauan nyeri</p> <p>26. Pemberian analgesik</p> <p>27. pemberian obat</p> <p>28. pemberian obat intravena</p> <p>29. pemberian obat oral</p> <p>30. pemberian obat topical</p> <p>31. pengaturan posisi</p> <p>32. perawatan amputasi</p> <p>33. promosi koping</p> <p>34. tehnik distraksi</p> <p>35. teknik imajinasi terbimbing</p> <p>36. terapi akupresur</p> <p>37. terapi akupuntur</p> <p>38. terapi bantuan hewan</p> <p>39. terapi humur</p>

	<p>obat</p> <p>8. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis, narkotika , non-narkotika atau NSAID)dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>9. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic</p> <p>10. Monitor efektifitas analgesik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu</p> <p>5. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>6. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</p> <p>7. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan penyebab,period, dan pemicu nyeri</p> <p>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>8. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p>	<p>40. terapi muratal</p> <p>41. terapi music</p> <p>42. terapi pemijatan</p> <p>43. terapi sentuhan</p> <p>44. transcutaneous erectrical nerve stimulation(TENS)</p> <p>45. yoga</p>
--	---	---

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

## f.) 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.

## g) Evaluasi

Evaluasi terhadap masalah keperawatan keletihan dapat dinilai dari indikator keberhasilan yaitu tingkat keletihan menurun, dengan kriteria hasil :

Tabel 5  
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)  
Tingkat Nyeri

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

## h)

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

(Sumber : PPNI, SLKI, 2018).

#### D. Konsep Asuhan keperawatan keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/ model Family Centre Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu

##### a. Data umum

- 1) Identitas kepala keluarga
  - a) Nama kepala keluarga
  - a) Umur (KK)
  - b) Pekerjaan kepala keluarga
  - c) Pendidikan kepala keluarga
  - d) Alamat dan nomor kepala keluarga

##### b. Komposisi anggota keluarga

Tabel 6  
Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber, Achjar, 2010

##### c. Genogram

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

##### d. Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan nontradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis yaitu

##### 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, misal kakek, nenek, paman dan bibi
- c) Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak

- d) *Single parents* 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
- g) Keluarga non tradisional
  - (1) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah
  - (2) Orang tua(ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- e. Suku bangsa
  - 1) Asal suku bangsa keluarga
  - 2) Bahasa yang dipakai keluarga
  - 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi kesehatan
- f. Agama
  - 1) Agama yang dianut keluarga
  - 2) Kesehatan yang mempengaruhi kesehatan
  - 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- g. Status social 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
  - 5) Aktifitas rekreasi keluarga
- h. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
  - 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini(ditentukan dengan anak tertua)
    - a) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
    - b) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak(anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

- c) Tahap III, keluarga dengan anak prasekolah(anak tertua berumur 2-6 tahun)
  - d) tahapIV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usi 6-13 tahu)
  - e) tahap V, keluarga dengan anak remaja(anak tertua umur 13-20 tahun)
  - f) tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda(mecakup anak peratama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah).
  - g) tahapVII, orang tua usia pertengahan(tanpa jabatan, pension)
  - h) tahapp VIIIkeluarga dalam masa pension lansia
- 2) tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
  - 3) riwayat keluarga inti
  - 4) riwayat keluarga sebelumna(suami istri)
    - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular keluarga
    - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatn
- i. Lingkungan
- 1) Karateristik rumah
    - a) Ukuran tanah (luas tanah)
    - b) Kondisi dalam dan luar rumah
    - c) Kebersihan rumah
    - d) Ventilasi rumah
    - e) Saluran pembungan air limbah
    - f) Air bersih
    - g) Pengeluaran sampah
    - h) Kepemilikan rumah
    - i) Kamar mandi/wc
    - j) Denah rumah
  - 2) Karateristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
    - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
    - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
    - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
  - 3) Mobilitas geografis keluarga:
    - a) Apakah keluarga pindah rumah

b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

a) Perkumpulan atau/organisasi social yang diikuti

5) System pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

j. Struktur keluarga

1) pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga menutup diskusi (Setiadi 2008).

2) Struktur kekuatan keluarga

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

a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga ?

b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah? kesepakatan, diserahkan kepada masing masing individu ?

c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut

3) Struktur peran (formal dan informal)

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

4) Nilai dan norma keluarga

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

k. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang

b) Perasaan saling memiliki

c) Dukungan terhadap anggota keluarga

- d) Saling menghargai, kehangatan
- 2) Fungsi sosialisasi
  - a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
  - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga
- 3) Fungsi perawatan kesehatan
  - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
  - b) Bila ditemukan data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Acharjar, 2010)
- l. Stress dan coping keluarga
  - 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang
 

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih 6 bulan (Setiadi, 2008)
  - 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor
 

sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (setiadi, 2008)
  - 3) Strategi coping yang digunakan
 

Strategi coping keluarga apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- m. Pemeriksaan fisik
  - 1) Aktivitas/istirahat
    - a. Gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton
    - b. Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnena.
  - 2) Sirkulasi
    - a) Gejala
      - (1) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler.
      - (2) Episode palpitasi

- b) Tanda:
  - (1) Peningkatan tekanan darah
  - (2) Nadi denyutn jelas dari karotis, jugularis, radialis, taikardia
  - (3) Murmur stenosis vulvular
  - (4) Distensi vena jugularis
  - (5) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin
  - (6) Pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda
- 3) Integritas ego
  - a) Gejala  
Riwayat perunahan kepribadian, ansietas, factor stress multipel (hubungan, keuangan, berkaitan dengan pekerjaan)
  - b) Tanda :letupan suasana hati, gelisah penyempitan perhatian, taangisan meledak, otot muka tegang, menghela nafas,
  - c) Peningkatan pola bicara.
- 4) Eliminasi  
Gejala:gangguan ginjal saat imi(seperti obstruksi) atau riwyat penyakit ginjal pada masalalu
- 5) Makanan /cairan
  - a) Gejala :
    - (1) Makanan yang disukai yang mencakup makan tinggi garam, lemak serta kolestrol
    - (2) Mual , muntah da perubahan bb sait ini(eningkat/turun)
  - b) Tanda:
    - (1) Bert bada normal atau obesitas
    - (2) Adanya edema
    - (3) Glikosuria
- 6) Neurosensori
  - a) Gejala
    - (1) Keluhan pening atau pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

- (2) Gangguan penglihatan, diplopia, penglihatan kabur, epistaxis
- b) Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/is bicara, efek, prosesikir

7) Nyeri

Gejala: angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), sakit kepala

8) Pernapasan

a) Gejala

- (1) dyspnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, oropnea
- (2) batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
- (3) riwayat merokok

b) tanda:

- (1) distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan.
- (2) Bunyi napas tambahan (rales/mengi)
- (3) Sianosis

9) Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

10) Pembelajaran penyuluhan

a) Gejala

- (1) Faktor resiko keluarga: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung DM
- (2) Faktor lain seperti penggunaan pil kb atau hormone lain, penggunaan alcohol/obat.

n. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap tugas kesehatan yang ada

1. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnose seperti:

a. Diagnosis sehat/wellness

Diagnose sehat /wellness, 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(resiko)

Digunakan bila belum terdapat masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbul 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 dikeluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptive, perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari problem(P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, sedangkan etiologi (E) mengacu pada lima tugas keluarga yaitu

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - b) Pengertian
  - c) Tanda dan gejala
  - d) Factor penyebab
  - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidak mampuan 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 negative 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 dan 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 hygiene sanitasi
  - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmapuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
  - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - b) Keuntungan yang didapat
  - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - d) Pengalamn keluarga yang kurang baik
  - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnose keperawatan tentu harus menyusun prioritas maslah dengan menggunakan proses sring seperti pada table

Tabel 7  
Skoring prioritas maslah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tidak/kurang sehat</li> <li>○ Ancaman kesehatan</li> <li>○ Krisis</li> </ul>	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dengan mudah</li> <li>○ Hanya sebagian</li> <li>○ Tidak dapat</li> </ul>	2 1 0	2

3	Potensi masalah untuk diubah		
	○ Tinggi	3	
	○ Cukup	2	1
4	○ Rendah	1	
	Menonjol masalah		
	○ Masalah berat harus ditangani		
	○ Masalah yang tidak perlu ditangani	2	1
	○ Masalah tidak diraskan	1	
		0	

Sumber: setiadi, 2008

### Skoring

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- Skor tertinggi adalah 5 sama seluruh bobot

Diagnose yang mungkin muncul :

- Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak x khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi.
- Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak x khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hipertensi
- Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak x khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit hipertensi
- Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak x khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien hipertensi

- e. Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak x khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan pada klien hipertensi.

## **2. Intervensi keperawatan keluarga**

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (PO) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek harus SMART (S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time (Achjar, 2010)

## **3. Implementasi**

Implementasi merupakan langkah yang harus dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Sering kali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2010).

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:

- 1) Memberikan informasi Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah

- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara

- 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
- 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan

- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:

- 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
- 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah

- 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
  - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
  - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
  - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

#### **4. Evaluasi**

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

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

#### **E. Tinjauan Konsep penyakit**

##### **1. Pengertian hipertensi**

Hipertensi adalah desakan darah yang berlebihan hampir konstan pada arteri. Tekanan yang dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan diastolic, tekanan sistolik, atau kedua-duanya secara terus menerus. Hipertensi adalah dapat didefinisikan

sebagai tekan parsisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolic diatas 90 mmhg.hipertensi disebut sebagai *silent killer* atau pembunuh diam diam kerana orang dengan hipertensi sering tidak menunjukkan gejala.

## 2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik.Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan perifer.Akan tetapi ada beebberapa factor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi

- a. Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport na
- b. Obesitas: terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastitas jaringan danarterosklerosis pada orang tua sertapelebaran pembuluh darah

Pada usia lanjut usia, penyebab hipertensi disebabkan terjadinya perubahan elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal, dan menjadi kaku, kemampuan jantung mempa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkat resistensi pembuluh darah perifer.

## 3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konsriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak.Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf impatis, yangberlanjut kebawah kekorda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis keganglia simpatisn ditoraksdan abdomen.Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk Implus yang beregrak kebawah melaui system saraf simpatis keganglia simpatis.Pada titik ini, neurin pre-ganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut pasca ganglion kepembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah .Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstiktor.klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika sistem syaraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi.

#### **4. Tanda dan gejala**

Klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Jika ada gejala mungkin menunjukkan kerusakan vaskuler dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin).

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan timbul tanpa gejala. Secara umum gejala hipertensi yaitu sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling dan ingin jatuh
- d. Berdebar dan detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

#### **5. Penatalaksanaan**

a. Non farmakolog

1) pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam perhari
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan

vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vascular

- c) Diet kaya buah dan sayur
- d) Diet rendah kolestrol sebagai pencegahan terjadinya jantung koroner

## 2. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah. Kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah

## 3. Olahraga

Seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonic dapat juga meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah

## 4. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung (Aspiani, 2017).

## b. Farmakologi

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan
  - a) Diuretik: chlorthalidon, hydromax, Lasix, aldatone, dyrenium diuretic bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung

dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya. Sebagai diuretic (tiazid) juga dapat menurunkan TPR.

- b) Penyekatan saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influx kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran lambat kalsium otot jantung. Sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vascular. Dengan demikian berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.
- c) Penghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi II. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium
- d) Antagonis (penyekat reseptor beta (b-blocker)), terutama penyekatan selektif, bekerja pada reseptor beta jantung untuk menurunkan kecepatan denyut jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa (a-blocker) menghambat reseptor alfa otot polos vaskuler yang secara normal merespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR
- f) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, Misalnya, natrium, nikardipin, hidralazim, gliserin dan lain-lain
- g) Hipertensi gestasional dan preeklampsia-eklampsia membaik setelah bayi lahir (Aspiani, 2017)

## 6. Pemeriksaan penunjang

### a. Laboratorium

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

b. EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri
- 2) Iskemia atau infark miokard
- 3) Gangguan konduksi
- 4) Fotorontgen
- 5) Bentuk dan besar jantung normal pada koartasi
- 6) Pembendungan, lebarnya paru
- 7) Hipertrofi parenkim ginjal
- 8) Hipertrofi vascular ginjal

**7. Komplikasi**

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan darah tinggi. Stroke dapat terjadi hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran dan kearea otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma
  - b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark
- Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.