

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu, dan menurut subyek (Haswita & Reni Sulistyowati, 2017) .

Virginia Henderson memperkenalkan *definition of nursing* (definisi keperawatan). Ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis. Definisi ini dipengaruhi oleh persahabatan dengan seorang ahli fisiologi bernama Stackpole. Henderson sendiri kemudian mengemukakan sebuah definisi keperawatan yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya tugas unik perawat adalah membantu individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit, melalui upayanya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan dan kemauan atau pengetahuan untuk itu (tugas perawat). Disamping itu, Henderson juga mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "The Activities of Living". Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatnya kemandirian secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri, tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien (Asmadi, 2008).

Henderson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut dalam buku Haswita dan Reni :

- a. Bernafas secara normal.
- b. Makan dan minum yang cukup.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan..
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Haswita & Reni, 2017).

Kebutuhan rasa nyaman adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi setelah kebutuhan fisiologis. Menurut Kolcaba (2012) dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan

transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subyektifitas yang sama dengan nyeri (Haswita & Reni, 2017).

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan, menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Long, 2014). Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Priharjo, 2018).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2014).

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

2. Faktor Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu:

a. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini (Potter & Perry, 2010).

b. Usia

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. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan (Potter & Perry, 2014).

c. Jenis Kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor- faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri (Potter & Perry, 2014).

d. Etnik dan Nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor 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 (Calvillo & Flaskerud, 2014).

e. Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat

menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat (Potter & Perry, 2014).

f. **Ansietas dan Stress**

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Smeltzer & Bare, 2014).

g. **Perhatian**

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Potter & Perry, 2014).

3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri, berlangsung, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

a. **Nyeri Akut**

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Potter & Perry, 2014)

b. **Nyeri Kronik**

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2018).

Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan. Nyeri berdasarkan sumbernya dibedakan menjadi dua, yaitu nyeri nosiseptif dan neuropatik (Potter & Perry, 2014).

1) Nyeri Nosiseptif

Proses normal dari stimulus yang mampu merusak jaringan-jaringan normal. Nyeri nosiseptif bersifat tajam dan berdenyut (Potter & Perry, 2014).

2) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar, kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (*superficial*) pada otot dan tulang. Lainnya adalah nyeri menjalar (*referred pain*) yaitu nyeri yang dirasakan dibagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ visceral dalam abdomen dan dada (Guyton & Hall, 2018).

4. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Pertama proses transduksi, yaitu proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait. Proses berikutnya, yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan korteks. Proses ketiga adalah modulasi, yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu

senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.

Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas.

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi, 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 disepanjang 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 korteks, dimana intensitas dan lokasi nyeri dipersepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorfin dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka.

Di dalam spinal cord, ada gerbang yang dapat terbuka dan tertutup. Saat gerbang terbuka, impuls nyeri lewat dan dikirim ke otak. Gerbang juga bisa ditutup. Stimulasi saraf sensori dengan cara menggaruk atau mengelus secara lembut di dekat daerah nyeri dapat menutup gerbang sehingga dapat mencegah transmisi impuls nyeri. Impuls dari saraf pusat juga dapat menutup gerbang, misalnya motivasi individu yang bersemangat ingin sembuh dapat mengurangi dampak atau beratnya nyeri yang dirasakan.

Nyeri akan menyebabkan respon tubuh meliputi aspek fisiologis dan psikologis, merangsang respon otonom (simpatis dan parasimpatis), respon simpatis akibat nyeri seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan pernafasan, meningkatkan tegangan otot, dilatasi pupil, wajah pucat, diaphoresis, sedangkan respon parasimpatis seperti nyeri

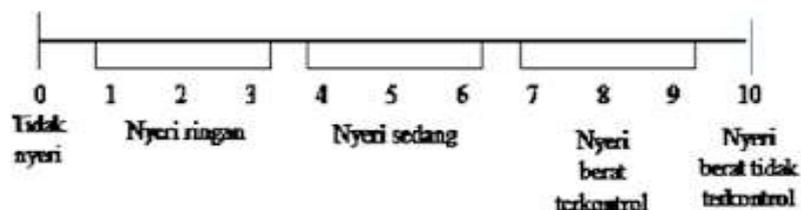
dalam, berat, berakibat tekanan darah turun, nadi turun, mual dan muntah , kelemahan, kelelahan dan pucat.

Pada kasus nyeri yang parah dan serangan yang mendadak merupakan ancaman yang mempengaruhi manusia sebagai sistem terbuka untuk beradaptasi dari stressor yang mengancam dan mengganggu keseimbangan. Hypothalamus merespon terhadap stimulus nyeri dari reseptor perifer atau korteks cerebral melalui sistem hipotalamus pituitary dan adrenal dengan mekanisme medulla adrenal hipofise untuk menekan fungsi yang tidak penting bagi kehidupan sehingga hilangnya situasi menegangkan dan korteks adrenal hipofise untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dan menyediakan energi kondisi emergency untuk mempercepat penyembuhan. Apabila mekanisme ini tidak berhasil mengatasi stressor (nyeri) dapat menimbulkan respon stres seperti turunnya sistem imun pada peradangan dan menghambat penyembuhan dan kalau makin parah dapat terjadi syok ataupun perilaku yang meladapif .

5. Pengukuran Intensitas Nyeri

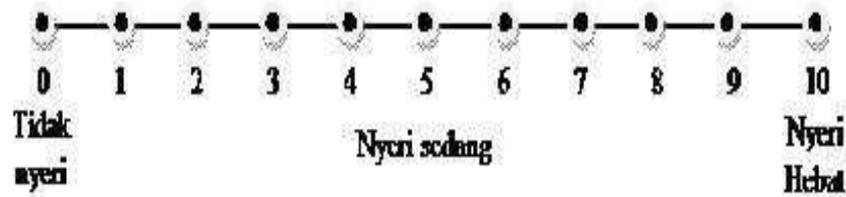
Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relatif. Oleh karena itu banyak tes, skor, atau tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara subjektif setepat mungkin (Asmadi, 2018). Menurut Smeltzer & Bare (2014) adalah sebagai berikut :

a. Skala intensitas nyeri



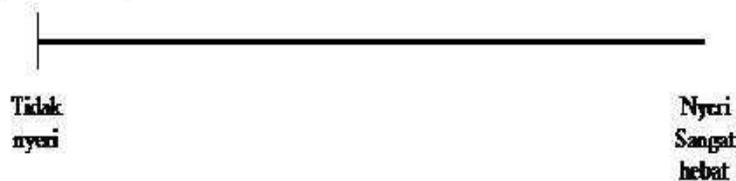
Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Sumber: Smeltzer & Bare, 2014

2) Skala identitas nyeri numerik



Gambar 2.2 Skala Indentitas Nyeri NumerikSumber: Smeltzer & Bare, 2014

3) Skala analog visual



Gambar 2.3 Skala Dialog VisualSumber: Smeltzer & Bare, 2014

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1 – 3: Nyeri ringan: secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.

4 – 6: Nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.

7 – 9: Nyeri berat: secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih berespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri,tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelemahan dan keletihan.

10: Nyeri sangat berat: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata

pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurut dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numeric (*Numerical Rating Scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2014).

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini member klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif, karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2014).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjad.i lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan. (Potter, 2014).

6. Penanganan Nyeri

a. Farmakologi

1) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat (Tamsuri, 2015). Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Smeltzer & Bare, 2014).

2) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi (Smeltzer & Bare, 2018). Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

b. Non Farmakologi

1) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2014).

2) Stimulasi Kutaneus Plasebo

Plasebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologik dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Tamsuri, 2015).

3) Teknik Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Priharjo,2014).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep Keperawatan Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama, saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Murray & Zentner, 2018).

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2018).

Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 2018).

b. Tipe Keluarga

Menurut Allender & Spradley (2018), membagi tipe Keluarga berdasarkan:

1) Keluarga tradisional

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
- b) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya

kakek, nenek, paman dan bibi.

- c) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, tanpa anak.
 - d) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - e) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
 - f) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- 2) Keluarga non tradisional
- a) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (2018); Carter & Mc Goldrick (2018), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I, keluarga pasangan baru

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

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan

perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

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

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

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

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

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

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

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

Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan

komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

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

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

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

d. Tugas Keluarga

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- 5) Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

2. Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut teori/model Family Centre Friedman, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Pengkajian

1) Data Umum

a) Identitas, kepala keluarga

1. Nama kepala keluarga
2. Umur (KK)
3. Pekerjaan kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga

5. Alamat dan nomer telepon
b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.1 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

(Sumber : Achjar, 2010)

- c) Genogram

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

- d) Tipe keluarga

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

Keluarga tradisional

1. Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
2. Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman dan bibi.
3. Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
4. *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
5. *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
6. Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

Keluarga non tradisional

1. *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertaliandarah hidup serumah.
 2. Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anakhidup bersama dalam satu rumah tangga.
 3. Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- e) Suku bangsa
1. Asal suku bangsa keluarga
 2. Bahasa yang dipakai keluarga
 3. Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- f) Agama
1. Agama yang dianut keluarga
 2. Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- g) Status sosial ekonomi keluarga
1. Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 2. Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 3. Tabungan khusus kesehatan
 4. Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- h) Aktifitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan oleh 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 usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)
 - d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

- e) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13- 20 tahun)
 - f) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
 - g) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
 - h) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - 3) Riwayat keluarga inti
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - b) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik Rumah
 - a) Ukuran rumah (luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah
 - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - f) Air bersih
 - g) Pengeluaran sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi/wc
 - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik 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

Salah satu dari perkembangan keluarga adalah mobilitas fisik. Paling minimal berpindah dari rumah orang tua menuju rumah sendiri. Atau jika merantau, dimana saja iya pernah kontrak rumah. atau sebagai

pegawai sering ditugaskan diberbagai kota.

- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - a) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga

- 5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga

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

- 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 pada masing-masing individu) ?
- c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

- 3) Struktur peran (formal dan informal)

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

- 4) Nilai dan norma keluarga

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

e. 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 (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2010).
- f. Stress dan koping keluarga
 - 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

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

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).
 - 3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
 - 4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- g. Pengkajian fisik
 - 1) Aktivitas/istirahat

Gejala: Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup

Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

2) Sikulasi

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

Tanda:

- a) Peningkatan tekanan darah
- b) Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis
- c) takikardia
- d) Murmur stenosis valvular
- e) Distensi vena jugularis
- f) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin

3) Integritas ego

Gejala:

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

Tanda:

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

4) Eliminasi

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

5) Makanan/cairanGejala:

- a) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol
- b) Mual, muntah
- c) perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun)
- d) Riwayat penggunaan diuretic

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

6) NeurosensoriGejala:

- a) Keluhan pusing/pening, berdenyut
- b) Sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- c) Episode kebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh
- d) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur)
- e) Episode epitaksisTanda:

- a) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan)
- b) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggaman tangan dan/atau reflek

7) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Sakit kepala yang pernah terjadi sebelumnya

8) PernafasanGejala:

- a) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja
- b) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal
- c) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
- d) Riwayat merokok

Tanda :Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis

9) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

10) Pembelajaran/penyuluhanGejala:

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

h. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Setiadi, 2008).

3. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti

a. Diagnosa sehat/*wellness*

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

b. Diagnosa ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S) (Setiadi, 2008).

c. Diagnosa nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S) (Setiadi, 2008)..

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah

- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhada masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
 - 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - a) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
 - e) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan,meliputi:
 - f) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - g) Pentingnya hygien sanitasi
 - h) Upaya pencegahan penyakit
 - 4) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
 - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun.

prioritas masalah dengan menggunakan proses scoring:

Tabel 2.2 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

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

Sumber: Setiadi, 2014

Skoring

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

Diagnosa 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 klien hipertensi.
- Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien hipertensi.

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

4. Intervensi Keperawatan Keluarga

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

Tabel 2.3 Rencana keperawatan keluarga pada pasien hipertensi :

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan rasa nyaman nyeri pada keluarga Tn.N terutama Ny.M b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	Setelah dilakukan kunjungan kerumah sebanyak 3x diharapkan Hipertensi pada Ny.M berkurang	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x dan diberi tindakan keperawatan tentang hipertensi diharapkan keluarga mampu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal masalah kesehatan tentang hipertensi 2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit hipertensi 3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien penderita hipertensi 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan 			
		TUK 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal masalah kesehatan tentang hipertensi: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Menyebutkan pengertian hipertensi 	Respon verbal	Hipertensi atau biasa disebut darah tinggi adalah kondisi tekanan darah seseorang yang berada di atas batas normal yaitu 140/90 mmHg sedangkan pada manula 160/90 mmHg. Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang dapat mematikan seseorang tanpa diketahui gejalanya terlebih dahulu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga pengertian hipertensi

					<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 2. Evaluasi kembali pengertian tentang hipertensi 3. Beri pujian atas jawaban keluarga
		1.2 Menyebutkan penyebab hipertensi	Respon verbal	Penyebab penyakit hipertensi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsumsi garam berlebihan 2. Stress 3. Obesitas (Kegemukan) 4. Merokok 5. Minuman yang mengandung alcohol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disuksikan bersama keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Beri keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang penyebab hipertensi 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
		1.3 Menyebutkan tanda-tanda hipertensi	Respon verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda hipertensi 2. Sakit kepala 3. Lemas 4. Masalah penglihatan 5. Nyeri dada 6. Sesak nafas 7. Aritmia 7. Adanya gejala dalam urine 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang tanda hipertensi 2. Beri keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang tanda-tanda hipertensi 4. Beri pujian atas jawaban keluarga

		<p>TUK 2</p> <p>2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit hipertensi :</p> <p>2.1 keluarga mampu menyebutkan beberapa akibat yang terjadi bila hipertensi tidak segera ditangani</p>	Respon verbal	<p>Menyebutkan akibat jika penyakit hipertensi tidak segera ditangani:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aterosklerosis 2. Aneurisma 3. Penyakit arteri perifer 4. Pembesaran ventrikel kiri jantung 5. Serangan jantung 6. Stroke 7. Gagal jantung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat jika hipertensi tidak segera ditangani 2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang akibat hipertensi 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga
		<p>2.2 Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi</p>	Respon Verbal	<p>Keluarga terlihat mengambil keputusan dengan tegas dan yakin untuk merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana cara mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi 2. Berikan keluarga kesempatan untuk bertanya kembali 3. Evaluasi kembali tentang cara mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi hipertensi 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga

		<p>TUK 3</p> <p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit hipertensi :</p> <p>3.1 Menjelaskan cara merawat keluarga yang sakit hipertensi</p>	Respon Verbal	<p>Menyebutkan cara merawat keluarga yang sakit hipertensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan akupresure (pijat) 2. Memberikan jus mentimun 3. Ajarkan teknik relaksasi dandistraksi 4. Minum 5. obat 6. sesuai anjuran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang cara menangani hipertensi 2. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 3. Evaluasi tentang cara menangani hipertensi 4. Berikan pujian atas jawaban keluarga
--	--	--	---------------	--	---

		<p>TUK 4 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien penderita hipertensi 4.1 Menyebutkan cara memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung untuk klien hipertensi</p>	Respon verbal	<p>Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi aktivitas berlebihan 2. Pola hidup sehat seperti dengan melaksanakan diet rendah garam, diet tinggi kalium, penurunan berat badan dan berolahraga secara tertur (berenang, bersepeda, berjalan, berlari), serta berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alcohol, Lingkungan keluarga atau rumah yang mendukung bagi klien hipertensi seperti lingkungan yang tenang dan terhindar dari bising 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama keluarga tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 3. Evaluasi di tentang bagaimana mempertahankan lingkungan yang sehat dan bersih 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
--	--	---	---------------	---	---

		<p>TUK 5</p> <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan</p> <p>5.1 menjelaskan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat digunakan atau dimanfaatkan</p>	Respon Verbal	<p>Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Praktek dokter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan serta perawatan hipertensi 2. Berikan penjelasan pada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan penyakit hipertensi 3. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya 4. Beri pujian atas jawaban keluarga
--	--	---	---------------	---	---

5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2014).

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi
 - 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 konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- 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
- 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) Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

6. Evaluasi

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

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Hipertensi

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, 2014).

Tabel 2.4 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (Hipertensi ringan)	140 – 159	90 – 99
Tingkat 2 (Hipertensi sedang)	160 – 179	100 – 109
Tingkat 3 (Hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi	>140	< 90

Tabel 2.5 Klasifikasi Hipertensi menurut Joint National Committee VII

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/atau	Diastol (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139	Atau	80 – 89
Hipertensi Tahap 1	140 – 159	Atau	90 – 00
Hipertensi Tahap 2	>160	Atau	>100

Tabel 2.6 Klasifikasi Hipertensi Hasil Konsensus Perhimpunan Hipertensi Indonesia

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/atau	Diastol (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139	Atau	80 – 89
Hipertensi Tahap 1	140 – 159	Atau	90 – 99
Hipertensi Tahap 2	>160	Atau	>100

Hipertensi Terisolasi	Sistol	>140	Dan	<90
-----------------------	--------	------	-----	-----

Berdasarkan penyebab, hipertensi di bagi dalam 2 golongan:

a. Hipertensi primer/essensial

Merupakan hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui, biasanya berhubungan dengan faktor keturunan dan lingkungan.

b. Hipertensi sekunder

Merupakan hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui secara pasti, seperti gangguan pembuluh darah dan penyakit ginjal.

2. Etiologi Hipertensi

Risiko relatif hipertensi tergantung pada jumlah dan keparahan dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain faktor genetik, umur, jenis kelamin, dan etnis. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi meliputi stres, obesitas dan nutrisi (Anggraini, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi yaitu:

a. Faktor Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Orang yang memiliki orang tua dengan riwayat hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.(Soesanto, 2001).

b. Umur

Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis. Pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah yaitu refleks baroreseptor pada usia lanjut berkurang sensitivitasnya, peran ginjal juga berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun sehingga ginjal akan menahan garam dan air dalam tubuh (Anggraini, 2009).

c. Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi pada usia muda. Laki-laki juga mempunyai resiko lebih besar terhadap morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Sedangkan di atas umur 50 tahun hipertensi lebih banyak terjadi pada wanita (Wade, 2002).

d. Ras

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dari pada yang berkulit putih. Sampai saat ini, belum diketahui secara pasti penyebabnya (Anggraini, 2009).

e. Obesitas

Menurut Hall (1994) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin, dan perubahan fisik pada ginjal. Peningkatan konsumsi energi juga meningkatkan insulin plasma, dimana natriuretik potensial menyebabkan terjadinya reabsorpsi natrium dan peningkatan tekanan darah secara terus menerus (Anggraini, 2009).

f. Nutrisi

Garam merupakan faktor yang sangat penting dalam patogenesis hipertensi. Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal (Susalit, 2001).

g. Kebiasaan Merokok

Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis (Anggraini, 2009).

3. Tanda dan Gejala Hipertensi

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

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba
- d. Tengok terasa pegal

4. Insiden

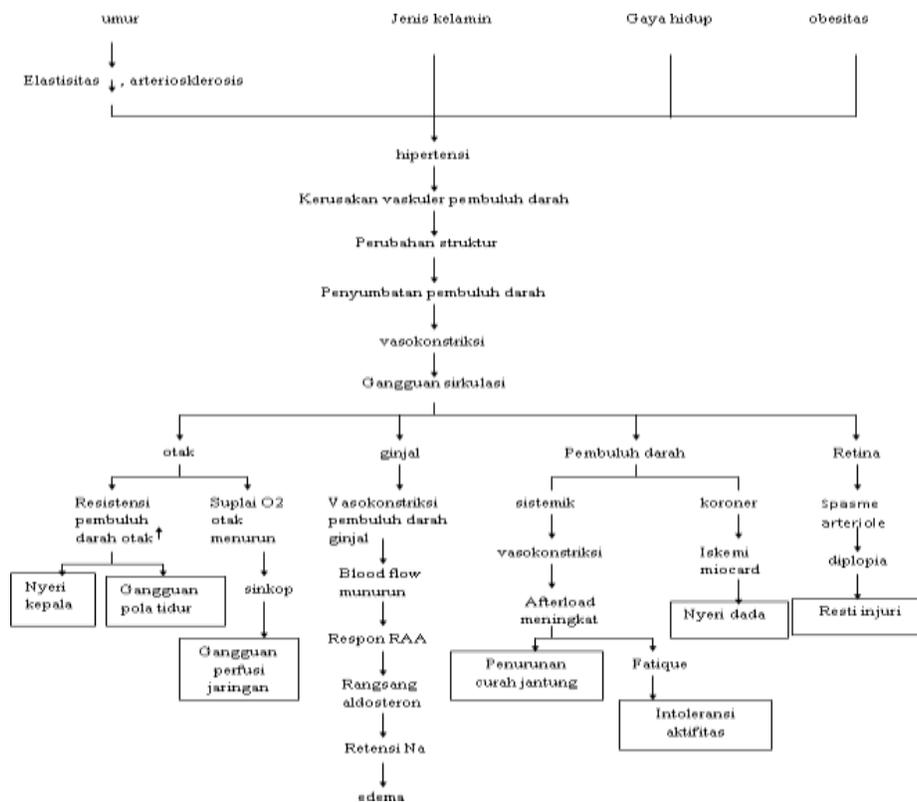
Penyakit hipertensi lebih banyak menyerang wanita daripada pria. Sekitar 20% populasi dewasa mengalami hipertensi, lebih dari 90% diantara mereka menderita hipertensi esensial (primer), dimana tidak dapat ditentukan penyebab medisnya. Sisanya mengalami kenaikan tekanan darah dengan penyebab tertentu (hipertensi sekunder), seperti penyempitan renalis atau penyakit parenkim ginjal, berbagai obat, disfungsi organ, tumor dan kehamilan (Smeltzer, 2010).

5. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula impuls saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di thorak dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor yang kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume tekanan intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Smeltzer,2010).

6. Pathway



Gambar 2.4 Pathway Sumber: Nanda Nic-Noc, 2014

7. Komplikasi

- a. Stroke dapat terjadi akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat menjadi lemah, 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 trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Corwin, 2000).
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

8. Penatalaksanaan

- a. Terapi tanpa Obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat meliputi:

- 1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah:

- a) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hari menjadi 5 gr/hari
- b) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
- c) Penurunan berat badan
- d) Penurunan asupan etanol
- e) Menghentikan merokok
- f) Diet tinggi kalium

2) Latihan fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip, yaitu:

- a) Macam olahraga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang, dan lain-lain.
- b) Intensitas olah raga yang baik antara 60-80% dari kapasitas aerobik atau 72-87% dari denyut nadi maksimal dapat ditentukan dengan rumus $220 - \text{umur}$.
- c) Lamanya latihan berkisar antara 20-25 menit berada dalam zona latihan.
- d) Frekuensi latihan sebaiknya 3x perminggu dan paling baik 5x perminggu.

3) Edukasi psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi:

a) Teknik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal. Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatic seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan,

b) Teknik Relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks.

c) Pendidikan kesehatan (penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya, sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Terapi dengan Obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita. Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure, Usa, 1998*) menyimpulkan bahwa obat diuretik, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Pengobatannya meliputi:

- 1) Step 1: Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor.
- 2) Step 2: Alternatif yang bisa diberikan
 - a) Dosis obat pertama dinaikan
 - b) Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
 - c) Ditambah obat ke-2 jenis lain, dapat berupa diuretika, beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator
- 3) Step 3: Alternatif yang bisa ditempuh
 - a) Obat ke-2 diganti

- b) Ditambah obat ke-3 jenis lain
- 4) Step 4: Alternatif pemberian obatnya
 - a) Ditambah obat ke-3 dan ke-4
 - b) Re-evaluasi dan konsultasi

9. Pemeriksaan Diagnostik

Pengukuran diagnostik pada tekanan darah menggunakan sfigmomanometer akan memperlihatkan peningkatan tekanan sistolik dan diastolik diatas batas normal.

Untuk menunjang pemeriksaan diagnostik biasanya dokter akan menginstruksikan pemeriksaan penunjang , diantaranya :

- a. Kreatinin serum: untuk mengetahui keadaan perfusi ginjal.
- b. Kalium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
- c. Hematokrit: pada penderita hipertensi kadar hematokrit dalam darah meningkat seiring dengan meningkatnya kadar natrium dalam darah. Pemeriksaan hematokrit diperlukan juga untuk mengikuti perkembangan pengobatan hipertensi.
- d. Pemeriksaan tiroid, hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- e. Kadar aldosteron urin/serum untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
- f. Urinalisa: darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal atau adanya diabetes.
- g. EKG: pembesaran ventrikel kiri dan gambaran kardiomegali dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini. Dapat juga menggambarkan apakah hipertensi telah lama berlangsung.

