

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

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

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

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

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

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

##### a. 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.

##### b. 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.

##### c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)

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

- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:  
Perawat harus mengetahui tentang prinsip - prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.
- e. Tidur dan istirahat  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat  
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.
- g. 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.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan  
Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standar kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.
- i. 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.
- j. 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.

k. 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.

l. 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.

m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi

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

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

## 2. Konsep Nyeri

### a. Definisi nyeri

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

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

sebagai suatu kerusakan/cedera (Potter & Perry, 2010).

b. Fisiologi nyeri

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

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf - saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikiunin, 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 elektro kimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali di persepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke cortex, di mana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorphin dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Jenis dan bentuk nyeri

Jenis nyeri

- 1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
  - a) Nyeri superficial : rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit mukosa
  - b) Nyeri viseral : rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks
  - c) Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan thalamus.

- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Bentuk nyeri

**Tabel 2.1**  
**Bentuk Nyeri**

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun – tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu.	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

e. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak - anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara 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 (Haswita & Sulistyowati, 2017).

## 2. Jenis kelamin

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

## 3. Kebudayaan

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

## 4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda – beda. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

## 5. Perhatian

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

## 6. Ansietas

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

#### 7. Pengalaman terdahulu

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

#### 8. Gaya koping

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

#### 9. Dukungan keluarga dan sosial

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

#### f. Penatalaksanaan nyeri

##### 1. Terapi nyeri farmakologi

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

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

## 2. Terapi nyeri nonfarmakologi

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

### a. Kompres panas dan dingin

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

### b. Akupuntur

Akupuntur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad - abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira - kira terdapat 1000 titik akupuntur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

### c. Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau

peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupuntur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d. Napas dalam

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

e. Distraksi

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

f. Hipnotis

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

g. Respon terhadap nyeri

1. Persepsi nyeri

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

2. Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang

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

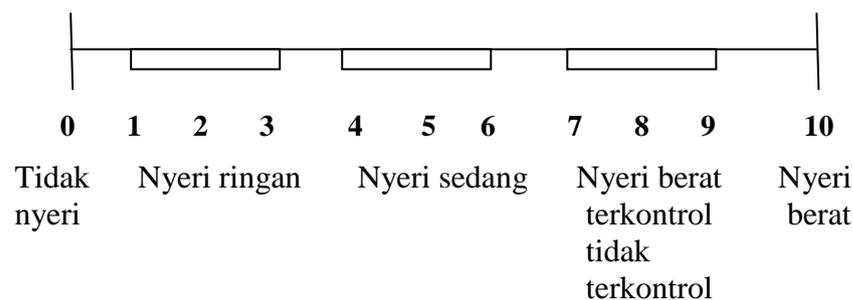
### 3. Reaksi terhadap nyeri

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

### h. Pengukuran intensitas nyeri

#### 1. Skala nyeri menurut Hayward

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



**Gambar 2.1**

#### **Skala nyeri menurut Hayward**

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017).

Keterangan :

- a) 0 : Tidak nyeri
- b) 1 – 3 (nyeri ringan) : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi
- c) 4 – 6 (nyeri sedang) : secara objektif klien mendeteksi, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

Memiliki adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil

- d) 7 – 9 (nyeri berat) : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih berespon terhadap tindakan, dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekuatan otot, kelemahan dan keletihan
- e) 10 (nyeri sangat berat) : klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

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 menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan. Upaya yang dapat dilakukan perawat agar skala nyeri yang diberikan klien lebih akurat yaitu dengan cara meminta klien mengingat rasa nyeri paling berat yang dirasakan selama klien hidup. Rasa nyeri paling berat yang pernah dirasakan tersebut akan menjadi skala 10 pada pengukuran skala yang diberikan perawat untuk menjadi tolak ukur skala nyeri yang dirasakan saat ini.

## 2. Skala nyeri menurut McGill

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

Skala nyeri menurut McGill dapat ditulis sebagai berikut :

- 0 = Tidak nyeri
- 1 = Nyeri ringan

- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale* Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyeri dengan skala angka, misalnya anak – anak dan lansia.



**Gambar 2.2**

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

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017).

## **B. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian Keluarga**

Menurut Depkes RI (1988) mendefinisikan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Padila 2018)

Fridman (1998) mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu – individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu. (Padila 2018)

### **2. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga**

#### **1. Tahap keluarga pemula (beginning family)**

Keluarga 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 cara (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)
2. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*Child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan.

Studi klasik le master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17% tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal :

- a. Sumai merasa di abaikan
- b. Peningkatan perselisihan dan argument
- c. Intrupsi dalam jadwal kontinu
- d. Kehidupan seksual dan social terganggu dan menurun
  - Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah :
    - a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
    - b) Rekonsiliasi tugas – tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
    - c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
    - d) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orang tua, 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 (keluarga besar dan komunitas)
- 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. Tahap 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 orangtua dan anak – anak

- d. Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga
6. Tahap keluarga dengan anak dewasa
- Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah.
- Tugas perkembangan keluarga :
- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak – anaknya
  - b. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
  - c. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit – sakitan dari suami atau istri
  - d. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
  - e. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
  - f. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak – anaknya
7. Tahap keluarga 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 perkembangan 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. (Padila 2018)

### 3. Tugas kesehatan keluarga

Menurut Achjar (2010) 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 penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas kesehatan yang dimaksud adalah :

- a. 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
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana 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 negative dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit
- c. 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
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitas 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
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan

yang ada, keuntungan keluarga terhadap gangguan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

## C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

#### a) Pengkajian

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing – masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, prilaku, emosional, dan sosialkultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni :

- 1) Riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien
- 2) Observasi langsung pada respons prilaku dan fisiologis klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif

**Tabel 2.2 : Menemonik Untuk Pengkajian Nyeri**

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

#### b. Riwayat nyeri

Saat dikaji 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 :

- 1) Lokasi. Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien

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

- 2) Intensitas nyeri. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0 – 5 atau 0 – 10. Angka “0” menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.
- 3) Kualitas nyeri. Terkadang nyeri bisa terasa seperti “dipukul - pukul” atau “ditusuk - tusuk”. Perawat perlu mencatat kata – kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.
- 4) 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 kali muncul.
- 5) 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.
- 6) Gejala yang menyertai. Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.
- 7) Pengaruh pada aktivitas sehari – hari. Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas dirumah, aktivitas dirumah, aktivitas di waktu

senggang, serta status emosional.

- 8) 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.
- 9) Respons afektif. Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Banyak respons nonverbal 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 mengidentifikasi nyeri. Selain ekspresi wajah, respons perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis, erangan, menangis, berteriak), imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (mis, menendang – menendang, membolak – balikkan tubuh diatas kasur), dll. Sedangkan respons fisiologis untuk nyeri bervariasi, bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal awitan nyeri akut, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi, dan pernapasan, diaphoresis, serta dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi, jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karenanya, penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis sebab bisa jadi respons tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri.

d. Penetapan diagnosis

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

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis,

inflamasi, iskemia, neoplasma)

2) Nyeri kronis berhubungan dengan tekanan emosional

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

1) Tujuan dan kriteria hasil

Ketika menangani nyeri klien, tujuan perawat harus dapat meningkatkan fungsi / peran klien secara optimal, criteria hasil yang didapatkan untuk tujuan tersebut :

- a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10
- b) Mengidentifikasi faktor – faktor yang meningkatkan rasa nyeri
- c) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman
- d) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian

2) Menentukan prioritas

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

3) Perawat kolaboratif

Perencanaan yang menyeluruh mencakup berbagai sumber untuk mengontrol nyeri. Sumber – sumber tersebut tersedia meliputi perawat spesialis, dokter ahli farmakologi, terapi fisik, terapi okuposional, dan penasehat spiritual (Potter & Perry, 2010).

## f. Rencana Keperawatan

**Tabel 2.3 : Rencana Keperawatan SDKI**

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cefera 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. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat</li> <li>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat</li> <li>5. Dukungan orang terdekat meningkat</li> <li>6. Keluhan nyeri menurun</li> <li>7. Penggunaan analgesic menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri nonverbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingatkan 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 rasa nyeri (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)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan</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</li> <li>6. Manajemen nyeri</li> <li>7. Edukasi</li> <li>8. 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. Pemantauannya</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 topikal</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 pijatan</li> <li>37. Terapi relaksasi</li> <li>38. Terapi sentuhan</li> <li>39. Transcutaneous Electrical (TENS)</li> </ol>

	<p>strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menunggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p><b>Pemberian analgesik</b></p> <p>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 obat</li> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (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 analgesic</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk</li> <li>2. Mencapai analgesik optimal, jika perlu</li> <li>3. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus</li> </ol>	
--	---	--

	<p>oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>5. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi</li> </ol>	
--	---	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2019)

#### g. Implementasi

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

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

#### h. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon perilaku klien terhadap intervensi penanganan nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

### **D. Tinjauan Asuhan keperawatan keluarga**

#### **1. Pengkajian**

##### a) Data Umum

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

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

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

Keluarga didorong untuk menyatakan kebutuhan nyeri yang ingin mereka atasi dan diperoleh melalui pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat. Selanjutnya keluarga didorong untuk merawat dan memanfaatkan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan nyeri. Selain itu

keluarga usia usila dibantu untuk merawat dan menyatakan kemungkinan adanya hambatan dalam upaya memenuhi kebutuhan nyeri karena Hipertensi, baik yang datang dari dalam maupun dari luar.

b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga usila (Niddle age / Aging couple) adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua - duanya bekerja atau tinggal dirumah, anak - anaknya sudah meninggalkan rumah karena perkawinan/meniti karir.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga usila yang belum terpenuhi saat ini yaitu menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun dan keluarga juga belum siap untuk menghadapi kematian, selain itu keluarga juga belum mampu bagaimana cara perawatan pada klien dengan Hipertensi.

3) Riwayat keluarga ini

Hipertensi berpengaruh dalam hubungan genetic. Sehingga jika keluarga terutama mengalami Hipertensi atau nyeri maka beresiko mengalami masalah Hipertensi.

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian – kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

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

### c) Lingkungan

#### 1) Karakteristik rumah

Yang harus dipaparkan adalah gambaran dan jelaskan tentang karakteristik rumah (Yohanes & Yasina, 2013). Kondisi rumah yang tenang dengan meminimalisir dan memodifikasi lingkungan membuat lingkungan yang tenang dan nyaman untuk keluarga usia usila dengan mengurangi suara – suara berisik anak kecil saat bermain seperti memerintahkan anak – anak untuk bermain di teras rumah dengan tidak berisik akan membuat keluarga merasa lebih nyaman dan tenang saat sedang mengalami Hipertensi atau nyeri.

#### 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

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

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

#### 3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat dan sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut (Yohanes & Yasinta, 2013).

Keluarga yang tidak pernah berpindah – pindah rumah akan membuat sulit berinteraksi dan beradaptasi dengan keadaan lingkungan sekitar.

#### 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi pada masyarakat

Mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada (Yohanes & Yasinta, 2013).

Keluarga yang memiliki waktu berkumpul bersama setiap harinya akan memudahkan keluarga dalam berkomunikasi ketika memiliki suatu masalah terutama masalah kesehatan seperti ketika keluarga

usia usila mengalami Hipertensi atau nyeri dan keluarga memiliki interaksi yang baik dengan masyarakat sekitar akan menimbulkan kerukunan ketika keluarga membutuhkan bantuan akan dengan mudah meminta bantuan dengan masyarakat sekitar.

#### 5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga baik secara formal maupun informal untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis, atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa yang menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling, aktivitas – aktivitas keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

Siapa saja orang yang terlibat dalam penyelesaian masalah yang di alami keluarga usia pertengahan, keluarga ini yang kurang sistem pendukung dalam keluarga akan menyebabkan kesulitan merawat masalah hipertensi atau nyeri yang dialaminya sehingga hipertensi pada keluarga akan beresiko menjadi semakin parah.

#### d) Struktur keluarga

##### 1) Pola komunikasi

2) Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga dan hal – hal dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan (Yohanes & Yasinta, 2013).

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

### 3) Struktur kekuatan keluarga

Keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seseorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

### 4) Struktur peran keluarga

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

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

### 5) Nilai dan norma keluarga

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

### e) Fungsi keluarga

#### 1) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan keluarga usila. Hal ini juga terlihat dari anggota keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap keluarga sakit.

Pengkajian meliputi :

- (a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap keluarga usila.
- (b) Perasaan saling memiliki
- (c) Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan terhadap keluarga usila.
- (d) Saling menghargai antara keluarga
- (e) Terciptanya kehangatan dalam anggota keluarga

2) Fungsi sosialisasi

Menurut (Achjar, 2010)

- (a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- (b) interaksi dan hubungan dengan keluarga

3) fungsi perawatan keluarga

- (a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
- (b) Bila ditemui dan maladaptive, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga menganal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).

f) Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

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

2) Strssor jangka panjang

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

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

- (b) Strategi koping yang digunakan

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

- (c) Strategi adaptasi disfungsional

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

g) Pemeriksaan fisik

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

h) Harapan keluarga

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

## 2. Analisa Data

Menurut Achjar (2010) Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

a. Diagnosis sehat/*wellness*

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

b. Diagnosis ancaman (risiko)

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

c. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S). Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - b) Pengertian
  - c) Tanda dan gejala
  - d) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
  - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  - b) Masalah dirasakan keluarga
  - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
  - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
  - e) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
  - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - b) Sumber - sumber yang ada dalam keluarga
  - c) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi :
  - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - b) Pentingnya hygiene sanitasi
  - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, 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

Setelah data di analisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel dibawah ini :

**Tabel 2.4 : Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga**

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat masalah	1	Aktual : 3 Resiko : 2 Potensial : 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah : 2 Sebagian : 1 Tidak dapat : 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah : 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi : 2 Tidak segera diatasi : 1 Tidak dirasakan adanya masalah : 0

Menurut Achjar (2010)

### 3. Perencanaan (*Planning*)

Menurut Achjar (2010) Tahapan berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & Mc Farlen, 2000).

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem / masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S : spesifik, M : *measurable* / dapat diukur, A : *achievable* / dapat dicapai, R : *reality*, T : *time limited* / punya limit waktu).

Contoh pembuatan rencana keperawatan keluarga seperti berikut

**Tabel 2.5 : Contoh Rencana Keperawatan pada Klien Hipertensi Menurut Achjar (2010)**

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan rasa nyeri pada keluarga Bapak. S khususnya Ibu. T berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam cara merawat masalah Hipertensi.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari kunjungan rumah diharapkan gangguan rasa nyeri dapat teratasi	Setelah kunjungan rumah 4 kali dan diberikan tindakan keperawatan tentang Hipertensi diharapkan keluarga mampu : 1. Mengenal masalah kesehatan tentang Hipertensi 2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi 3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien dengan penderita Hipertensi 5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan			
		<b>TUK 1 :</b> 1. Mengenal masalah kesehatan tentang Hipertensi : 1.1 Menyebutkan pengertian Hipertensi.	Respon verbal	Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi kronis ketika tekanan darah pada dinding arteri (pembuluh darah bersih) meningkat.	1. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian Hipertensi 2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti 3. Evaluasi kembali tentang pengertian Hipertensi 4. Beri pujian atas usaha yang

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					dilakukan keluarga
		1.2 Menyebutkan penyebab Hipertensi	Respon verbal	Penyebab penyakit Hipertensi : 1. Faktor keturunan 2. Merokok 3. Pola makan yang tidak sehat 4. Pertambahan usia 5. Stres / tekanan emosional 6. Konsumsi garam berlebih 7. Konsumsi alkohol	1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab Hipertensi 2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti 3. Evaluasi kembali tentang penyebab Hipertensi Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda – tanda Hipertensi	Respon verbal	Tanda – tanpa penyakit Hipertensi : 1. Sakit kepala 2. Rasa pegal serta tidak nyaman pada tengkuk leher 3. Sesak napas 4. Nyeri dada 5. Berdebar atau detak jantung terasa cepat	1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda tanda Hipertensi 2. Bersama keluarga identifikasi tanda Hipertensi pada klien 3. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		<b>TUK 2 :</b> 2. Mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi : 2.1 Keluarga mampu menyebutkan beberapa akibat yang terjadi bila Hipertensi tidak segera ditangani	Respon verbal	Menyebutkan komplikasi atau akibat jika penyakit Hipertensi tidak segera diatasi : 1. Kerusakan pembuluh darah 2. Kematian 3. Stroke 4. Serangan jantung 5. Kerusakan ginjal	1. Diskusikan bersama keluarga tentang komplikasi atau akibat lanjut jika penyakit Hipertensi bila tidak segera ditangani 2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari Hipertensi 3. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga
		2.2 Keluarga mampu mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang mengalami Hipertensi	Respon verbal	Keluarga terlihat mengambil keputusan dengan tegas untuk merawat anggota keluarga yang mengalami Hipertensi.	1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi 2. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 3. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga
		<b>TUK 3 :</b> 3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi : 3.1 Menjelaskan cara merawat klien Hipertensi	Respon verbal	Menyebutkan cara merawat Hipertensi : 1. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam	1. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan penderita Hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				2. Pembuatan jus mentimun	bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga
		3.2 Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam	Respon psikomotor	<p>Cara teknik relaksasi nafas dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Usahakan tetap rileks dan tenang</li> <li>3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru – paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3</li> <li>4. Perlahan – lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstermitas atas dan bawah rileks</li> <li>5. Anjurkan berfnas dengan irama normal 3 kali</li> <li>6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan – lahan</li> <li>7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rilekas</li> <li>8. Usahakan agar tetap konsentrasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demonstrasikan dengan keluarga latihan relaksasi napas dalam</li> <li>2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk mendemonstrasikan kembali cara yang sudah diajarkan untuk latihan relakasasi napas dalam</li> <li>4. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				9. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 10. Latihan dilakukan dalam 2 sesi yaitu pada pagi hari pukul 09.00 dan siang hari pada pukul 13.00. Setiap sesi latihan nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali.	
		3.3 Mendemonstrasikan pembuatan jus mentimun	Respon Psikomotor	1. Siapkan timun secukupnya 2. Bersihkan dan potong mentimun 3. Bila menggunakan blender masukkan timun dan air matang lalu di belender 4. Masukkan semua bahan ke dalam blender lalu blender hingga halus 5. Bila menggunakan parut, parut timun lalu tuangkan ke air matang 6. Setelah hancur dan cair masukkan ke dalam gelas 7. Potong buah jeruk nipis menjadi 2 bagian 8. Lalu peras jeruk nipisnya diatas gelas yang berisi jus timun tadi 9. Aduk dan siap disajikan	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		<p><b>TUK 4 :</b></p> <p>4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk klien dengan penderita Hipertensi</p> <p>4.1 Menyebutkan cara memelihara atau memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung untuk klien Hipertensi</p>	Respon verbal	<p>Lingkungan yang tepat untuk klien Hipertensi adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lingkungan yang kondusif</li> <li>2. Usahakan lingkungan didalam rumah maupun diluar rumah tidak licin untuk mengurangi resiko jatuh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal – hal atau lingkungan yang dapat mendukung klien Hipertensi</li> <li>2. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri pujian atas usaha yang dilakukan keluarga</li> </ol>
		<p><b>TUK 5 :</b></p> <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan :</p> <p>5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan di manfaatkan</p>	Respon verbal	<p>Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puskesmas</li> <li>2. Rumah sakit</li> <li>3. Praktek dokter</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan Hipertensi</li> <li>2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan Hiperetensi</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk berobat	Respon verbal	Keluarga menunjukkan kartu tanda berobat Puskesmas sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi pelayanan kesehatan</li> <li>2. Beri pujia atas usaha yang dilakukan keluarga</li> </ol>

#### **4. Implementasi**

Menurut Achjar (2010) Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Sering kali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi.

#### **5. Evaluasi**

Menurut Achjar (2010) Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1986 dalam Helvie, 1998). Program evaluasi dilakukan untuk memberikan informasi kepada perencana program dan pengambil kebijakan tentang efektifitas dan efisiensi program. Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai dengan rencana dan tuntutan keluarga.

Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga. Evaluasi di tunjukkan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan keluarga dan program apa yang dibutuhkan keluarga, apakah media yang digunakan tepat, ada tidaknya program perencanaan yang dapat diimplementasikan, apakah program dapat menjangkau keluarga, siapa yang menjadi target sasaran program, apakah program yang dilakukan dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaiannya.

Program evaluasi dilaksanakan untuk memastikan apakah hasil program sudah sejalan dengan sasaran dan tujuan, memastikan biaya program, sumber daya dan waktu pelaksanaan program yang telah

dilakukan. Evaluasi juga diperlukan untuk memastikan apakah prioritas program yang disusun sudah memenuhi kebutuhan keluarga, dengan membandingkan perbedaan program terkait keefektifannya.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan upaya pelayanan kesehatan. Evaluasi proses, difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil. Evaluasi hasil dapat diukur melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan perubahan perilaku.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif, menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan. Pengukur efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga, didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analisis, planning).

**Tabel 2.6 : Kriteria hasil kebutuhan tingkat nyeri Standar luaran keperawatan Indonesia (2018)**

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

Kriteria	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1		3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan defresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut	1	2	3	4	5

mengalami cedera berkurang					
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

Kriteria	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola nafas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Prilaku	1	2	3	4	5

Sumber : Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019)

## E. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Hipertensi

Menurut Khasanah (2012) Hipertensi adalah gejala peningkatan tekanan darah yang meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Pada penderita tekanan darah tinggi, biasanya terjadi kenaikan tekanan darah sistolik dan distolik. Dikatakan tekanan darah tinggi jika tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih, atau keduanya.

### 2. Penyebab Hipertensi

Menurut Anies (2018) berikut adalah beberapa faktor yang dapat menyebabkan seseorang menderita tekanan darah tinggi.

#### a) Usia

Tidak dapat dimungkinkan faktor usia merupakan salah satu penyebab seseorang terkena tekanan darah tinggi. Semakin bertambah usia seseorang semakin berkurang elastisitas pembuluh darahnya sehingga

tekanan darah di dalam tubuh orang yang sudah lanjut usia akan mengalami kenaikan dan dapat melebihi batas normalnya.

b) Keturunan

Orang tua yang memiliki tekanan darah tinggi atau Hipertensi ada kemungkinan dapat menurunkan kepada anak – anaknya.

c) Jenis kelamin

Pria yang berusia 45 tahun lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi dibandingkan wanita. Sementara itu, wanita yang berusia di atas 65 tahun lebih berisiko terkena penyakit ini.

d) Faktor olahraga

Orang yang tidak pernah melakukan berbagai olahraga, khususnya aerobik, akan lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi. Jika tidak pernah melakukan olahraga akan menyebabkan jantung menjadi tidak sehat. Hal ini berkaitan jantung tidak bisa memompa darah dan akan mengakibatkan aliran darah didalam tubuh menjadi tidak lancar.

e) Pola makan

Pola makan yang buruk atau tidak sehat merupakan salah satu penyebab orang terkena tekanan darah tinggi. Seorang yang sering mengonsumsi makanan – makanan yang mempunyai kadar lemak tinggi akan berisiko terkena hipertensi. Makanan yang berlemak tinggi akan membuat penyumbatan di pembuluh darah sehingga tekanan darah akan menjadi naik.

f) Minum alkohol

Minuman beralkohol sangat tidak baik untuk kesehatan tubuh. Jika anda sering mengonsumsi minuman beralkohol sebaiknya mulai mengurangi kebiasaan buruk tersebut atau bahkan harus menghentikannya. Minuman beralkohol akan meningkatkan kadar trigliserida dalam darah. Padahal, trigliserida adalah kolesterol yang “jahat” yang dapat menyebabkan tekanan darah menjadi naik secara drastis.

## g) Stres

Faktor lain yang penting adalah stres emosional. Orang yang sering mengalami stres biasanya tekanan darahnya akan menjadi naik. Jika orang sedang stres, hormon adrenalin dalam tubuhnya akan meningkat sehingga akan menyebabkan tekanan darah di dalam tubuh menjadi naik. Oleh karena itu, harus sering melakukan *refreshing* untuk menyegarkan otak agar tidak mengalami stres yang berlarut – larut.

### 3. Tanda Gejala Hipertensi

Menurut Anies (2018) tanda dan gejala Hipertensi adalah :

- a) Biasanya orang yang menderita hipertensi akan mengalami sakit kepala, pusing yang sering dirasakan akibat tekanan darahnya naik melebihi batas normal
- b) Wajah akan menjadi kemerahan
- c) Pada sebagian orang akan mengalami detak jantung yang berdebar – debar
- d) Orang yang mengalami tekanan darah tinggi akan mengalami gejala seperti pandangan mata menjadi kabur atau menjadi tidak jelas
- e) Sering buang air kecil dan sulit berkonsentrasi
- f) Sering mudah mengalami kelelahan saat melakukan berbagai aktivitas
- g) Sering terjadi perdarahan di hidung atau mimisan
- h) Gejala hipertensi yang parah dapat menyebabkan seseorang mengalami vertigo
- i) Orang yang memiliki darah tinggi biasanya sensitif dan mudah marah terhadap hal – hal sepele yang tidak di sukainya.

### 4. Klasifikasi Hipertensi

➤ Menurut Khasanah (2018) WHO menetapkan Hipertensi menjadi tiga tingkat yaitu :

- a) Tingkat I tekanan darah meningkat tanpa gejala – gejala dari gangguan atau kerusakan sistem kardiovaskuler.
- b) Tingkat II tekanan darah dengan gejala hipertrofi kardiovaskuler,

tetapi tanpa adanya gejala – gejala kerusakan atau gangguan dari alat atau organ lain.

- c) Tingkat III tekanan darah meningkat dengan gejala – gejala yang jelas dari kerusakan dan gangguan faat dari target organ.
- Sedangkan menurut TIM POKJA RS Harapan Kita, Jakarta, membagi hipertensi menjadi 6 tingkat yaitu :
  - a) Hipertensi perbatasan (borderline) yaitu tekanan darah diastolic, normal kadang 90 – 100 mmHg
  - b) Hipertensi ringan yaitu tekanan darah diastolik 90 – 140 mmHg
  - c) Hipertensi sedang yaitu tekanan darah diastolik 105 – 114 mmHg.
  - d) Hipertensi berat yaitu tekanan darah diastolik >115 mmHg
  - e) Hipertensi maligna / krisis yaitu tekanan darah diastolic lebih dari 120 mmHg yang disertai gangguan fungsi target organ  
Hipertensi maligna dibagi menjadi 2 yaitu :
    - 1. Hipertensi emergensi akut yaitu hipertensi yang membahayakan jiwa, hal ini terjadi karena disfungsi atau kerusakan organ target
    - 2. Hipertensi urgensi yaitu hipertensi berat tanpa ada gangguan organ target akan tetapi tekanan darah perlu diturunkan dengan segera atau secara bertahap dalam waktu 24 – 48 jam, sebab penurunan tekanan darah dengan cepat akan menimbulkan efek ischemic pada organ target
  - f) Hipertensi sistolik yaitu tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg.

**Tabel 2.7 : Klasifikasi Hipertensi**

Katagori Hipertensi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Frekuensi Pemeriksaan
Normal	< 120	< 80	Cek setahun sekali
Prehipertensi	120 – 139	80 – 90	Cek setahun sekali
Hipertensi derajat 1	140 – 150	90 – 99	Cek 2 minggu sekali
Hipertensi derajat 2	> 160	> 100	Cek seminggu sekali

Sumber : Depkes 2007 dalam Irawati 2010

## 5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca 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 sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

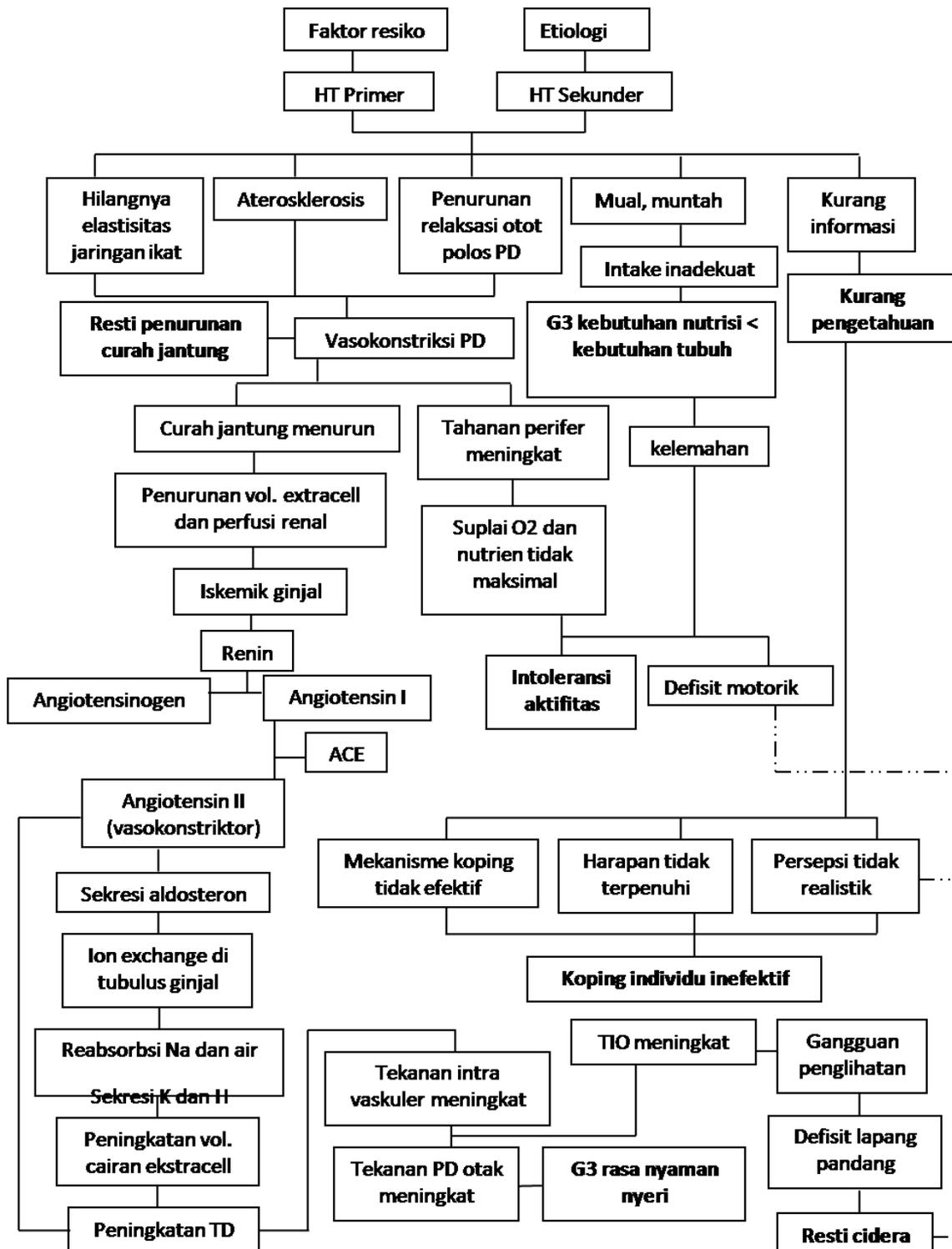
Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan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

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada

gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer & Bare, 2008).

6. Pathway

Gambar 2.3 : Pathway



Sumber: (Smeltzer & Bare, 2008)

## 7. Penatalaksanaan

Menurut (Smeltzer & Bare, 2008) Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg.

Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

### 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 ini meliputi:

#### 1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

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

#### 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 : macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain - lain. Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Lamanya latihan berkisar antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu.

### 3) Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

#### (1) Tehnik 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 somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

#### (2) Tehnik 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

#### (3) Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

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