BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan dasar manusia

   Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiiki lima ebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri dan aktualisasi diri (Dwiyani Kartikasari, 2012).

   Kebutuhan dasar manusia berfokus pada asuhan keperawatan. Jika pasien mengalami masalah kesehatan, maka kemungkinan ada salah satu atau beberapa kebutuhan dasar yang terrganggu.

2. Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson

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

   a. Bernafas secara normal

      Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat yaitu dengan membantu klien memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal yang nyaman, alas dan alat bantu sejenisnya agar klien dapat bernafas secara normal, dapat mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya terhadap klien.

   b. Makan dan minum yang cukup

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

   c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)

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

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan

Perawat harus dapat mengetahu tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring dan bersandar.

e. Tidur dan istirahat

Perawat harus mengontrol istirahat tidur pasien yang lebih baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.

f. Memilih pakaian yang tepat

Perawat harus pandai membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.

g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan :

Perawat harus mengetahui physiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature (suhu), kelembapan serta pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan dan mengurangi aktifitasnya.

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan

Perawat harus mampu memotivasi klien mengenai konsep–konsep kesehatan, walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standart kesehatannya, dan dapat menjaga agar tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Perawat dapat melindungi klien dari trauma bahaya yang timbul, mungkin banyak faktor sehingga membuat klien tidak merasa aman dan nyaman.

j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.

Berkomunikasi dengan orang lain dapat mengekspresikan emosi, keinginan rasa takut dan pendapat. Perawat harus pandai menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti

akan dirinya sendiri, perawat juga harus mampu menciptakan lingkungan yang teraupetik.

k. Beribadah sesuai kepercayaan

Perawat harus menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruhi terhadap penyembuhannya.

l. Berkerja sedemikian rupa sebagai modal untuk memenuhi kebutuhan hidup

Di dalam keperawatan dasar maka penilaian terhadap interprestasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

m. Bermain atau berpatisipasi 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 yang tersedia (Mubarok, 2015).

3. Kebutuhan nyeri

a. Definisi kebutuhan nyeri

Kebutuhan manusia yang paling penting salah satunya adalah bebas dari gangguan nyeri. Nyeri merupakan keadaan tidak nyaman yang bersifat individual. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Sdki, 2016). Setiap orang merespon rasa nyeri dengan cara yang beragam, misalnya berteriak, menganis, meringis, dan lain-lain. Karena nyeri bersifat subjektif, maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dialami klien (Andina & Yuni, 2017)

b. Fisiologi nyeri

Klien yang sedang mengalami nyeri tidak dapat membedakan proses fisiologi dari nyeri, pemahaman terhadap masing masing proses akan membantu kita mengenali faktor faktor yang menyebabkan nyeri, dan rasional yang diberikan dari setiap tindakan. Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh bagian saraf- saraf perifer. Zat kimia (substansiP, bradikiunin, prostaglandin) dilepaskan kemudian menstimulasi saraf perifer, mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Rangsangan nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali di persepsikan. Kemudian pesan dihantarkan ke cortex, di mana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai dari 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 nyeri

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

2) Nyeri kronis, nyeri yang dapat berlangsung lebih lama dari yang diperkirakan, intensitasnya bervariasi, biasanya berlangsung lebih dari enam bulan. nyeri kronis ialah merupakan hal yang bersifat kanker atau bukan. Contoh dari nyeri yang bukan bersifat kanker adalah arthritis, nyeri punggung, sakit kepala dan neorupatik perifer. Nyeri kronis yang bukan bersifat kanker biasanya tidak mengancam kehidupan. nyeri kronis bersifat kanker biasanya disebabkan oleh berkembangnya tumor dan berhubungan dengan proses patologis, mengindikasikan adanya nyeri (Potter&Perry, 2010)

d. Bentuk nyeri

Tabel 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 bervarian
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

e. Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia yaitu faktor penting yang mempengaruhi nyeri Khususnya pada anak dan lansia. Perkembangan yang dapat ditemuka diantara kelompok yang mempengaruhi nyeri.

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

2) Jenis kelamin

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

3) Kebudayaan

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

4) Makna nyeri

Arti nyeri bagi seseorang mempengaruhi respon mereka terhadap nyeri, penyebab nyeri dapat diketahui individu menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terhadap pengalaman tersebut. Jika penyebab tidak deketahui, maka terdapat faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan

kecemasan) berperan meningatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman tersebut dapat diartikan negative makan nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan dengan nyeri yang dirasaan pada kondisi positif. (M. Black & Hokansom Hawks, 2014).

5) Perhatian

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

6) Ansietas

Hubungan nyeri dan ansietas bersikap kompleks. Ansietas dapat peningkatan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bagian otonom adalah sama dengan nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri, namun secara umum cara yang efetif menurukan nyeri yaitu dengan pengarahan pengobatan daripada ansietas. (Haswita & Sulistyo, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit merasa gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Pada umumnya kebanyaan orang mengartikan hal ini tidak selalu benar seringkali lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu terhadap peristiwa yang menyakitkan akan menimbulkan keadaan yang lebih menyakitkan. (Haswita & Sulistyo, 2017)

8) Gaya koping

Mekanisme koping individu ini sangat mempengaruhi setiap orang dalam mengatasi nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak bisa mengontrol lingkungan terhadap

nyeri. Klien sering menemukan cara untuk mengtasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. (Haswita & sulistyo, 2017).

9) Dukungan keluarga dan social

Faktor lain juga yang dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, mambantu atau melindungi. Ketidak hadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri 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

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

a) Analgesic nonopioid, asataminofen, dan aspirin adalah dua jenis analgesic non-opioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekeja pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri

b) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat dari pada reseptor nyeri seperipik di dalam ssp

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

2) Terapi nyeri non farmakologi

Walau terdapat berbagai jenis obat yang dapat meredakan nyeri semuanya memeliki resiko dan biaya. Untungnya terdapat interpensi non famakologi yang dapat mengurangi nyeri

a) Kompres panas dan dingin

reseptor panas dan dingin mengaktifasi serat-serat A-beta ketika

temperature berada diantara 4◦-5◦C dari temperature tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beredaptasi, membutuhan temperature untuk disesuiakan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat mengurangi nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunaan untuk mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi. (M. Black & Hokansom Hawks, 2014)

b) Akupunture

Akupunture 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) Akupresure

Akupresure 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) Nafas dalam

Tehnik relaksasi nafas dalam nafas dalam dapat menurunkan nyeri melelaui mekanisme yang dapat merileksasikan otot-otot pada seklet yang mengalami spasme yang disebabkan peningkatan prostagiandin. Dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah yang dapat menyebabkan aliran darah ke otak meningkat dan mengalir ke daerah (spasme dan iskemic) yang mengalami nyeri (Luluk Cahyanti, 2017).

e) Distraksi

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

f) Hipnotis

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

g. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

Pada dasarnya nyeri merupakan salah satu bentuk refleks untuk menghindari rangsangan dari luar tubuh atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangusng lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebaban penderita tidak tenang dan putus asa. (Mubarok & cahyanti, 2008)

2) Toleransi terhadap nyeri

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

3) Reaksi terhadap nyeri

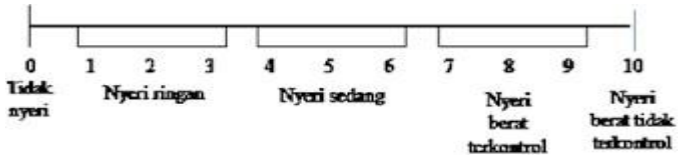
Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah,

dan cemas, ada pula yang menanggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & 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 1 Skala nyeri menurut Hayward

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

2) Skala nyeri menurut Mcgill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut Mcgill dapat ditulis sebagai berikut:

0 = tidak nyeri

1 = nyeri ringan

2 = nyeri sedang

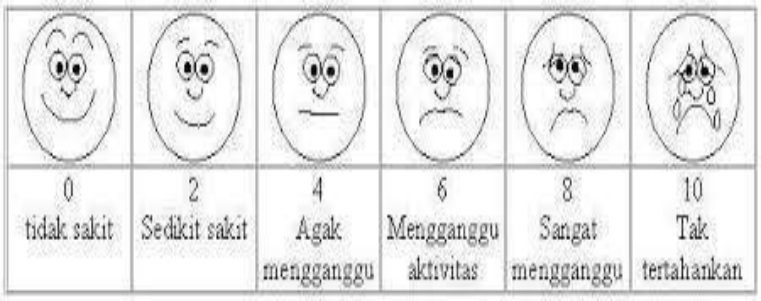
3 = nyeri berat atau parah

4 = nyeri sangat berat

5 = nyeri hebat

Skala wajah menurut wong-baker *FACES ratting scale* yaitu Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikkan mimic wajah pasien pada nyeri tersebut menyerang, cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat

menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka misalnya anak-anak dan lansia. Skala wajah menurut wong-baker *FACES ratting scal* Sumber: (Haswita & Sulistyowati (2017).



Gambar 2 : Skala wajah menurut wong-baker FACES *ratting scale* Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

Table 2 :

Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

a. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengakajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

Untuk nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukan area nyerinya menentukan lokasi

2) Intensitas

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 / 0- 10.

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

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

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu muncunlnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain

6) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

7) Sumber koping

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

8) Respon efektif

Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Cahyatin, 2008).

b. Obsevasi respons prilaku dan fisiologis

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

2. Penetapan diagnosis

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

a. Nyeri kronis berhubungan dengan tekanan emosional

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

1) Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil

1. Frekuensi nadi membaik
2. Pola nafas membaik
3. Keluhan nyeri menurun

4. Meringis menurun

- Penyebab
  a) Kondisi muskuloskletal kronis
  b) Kerusakan sistem saraf
  c) Penekanan saraf
  d) Infiltrasi tumor
  e) Ketidakseimbangan neurotransmiter, neuromodulator dan reseptor
  f) Gangguan fungsi metabolik
  g) Riwayat posisi kerja statis
  h) Peningkatan indeks masa tubuh
  i) Kondisi pasca trauma
  j) Tekanan emosional
  k) Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual)
  l) Riwayat penyalahgunaan obat
- Gejala dan tanda mayor

Subjektif

a) Mengeluh nyeri
b) Merasa depresi (tertekan)

Objektif

a) Tampak meringis
b) Gelisah
c) Tidak mampu melakukan aktivitas

- Gejala dan tanda minor

Subjektif

a) Merasa takut mengalami cidera

Objektif

a) Bersikap protektif (Mis. Posisi menghindari nyeri)
b) Waspada
c) Pola tidur berubah
d) Anoreksia
e) Fokus menyempit

f) Berfokus pada diri sendiri

- Kondisi klinis terkait
  a) Kondisi kronis (mis. Arthritis reumatoid)
  b) Infeksi
  c) Cedera medula spinalis

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)

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

1) Tujuan dan kriteria hasil (Slki, 2018)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkatpola tidur membaik, dengan kriteria hasil

1. Keluhan sulit tidur meningkat
2. Keluhan sering terjaga meningkat
3. Keluhan tidak puas tidur meningkat
4. Keluhan pola tidur berubah
5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat

- Penyebab
  a) Kondisi muskuloskletal kronis
  b) Kurang kontrol tidur
  c) Kurang privaci
  d) Restraint fisik
  e) Ketiadaan teman tidur
  f) Tidak familiar dengan peralatan tidur
- Gejala dan tanda mayor

Subjektif

a) Mengeluh sulit tidur
b) Mengeluh sering terjaga
c) Mengeluh tidak puas tidur
d) Mengeluh pola tidur berubah
e) Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

Tidak tersedia

- Gejala dan tanda minor

Subjektif

a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif

Tidak tersedia

- Kondisi klinis terkait
  a) Nyeri/kolik
  b) Hipertiroidisme
  c) Penyakit paru obstruktif kronis
  d) Kehamilan
  e) Periode pasca partum
  f) Kondisi pasca operasi

2) Menentukan prioritas

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

3) Perawat kolaboratif

Perencanaan yang menyeluruh mencangkup berbagai sumber untuk mengontrol nyeri. Sumber-sumber tersebut tersedia meliputi perawat spesialis, dokter ahli farmakologi, terapi fisik, terapis okupasional, dan penasehat spritual (Potter & Perry, 2010).

3. Rencana keperawatan

Tabel 3

Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
Nyeri kronis **Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. frekuensi nadi membaik 2. pola nafas membaik 3. keluhan nyeri menurun 4. meringis menurun	**Manajeman nyeri** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplomenter yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromatiterapi,Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pemilihan strategi peredaan nyeri	1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukunga pengungkapan diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi Proses Penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi Latihan pernapasan 11. Manajeman efek samping obat 12. Manajemen kenyamanan lingkungan 13. Manajeman medikasi 14. Manajeman sedasi 15. Manajeman terapi radiasi 16. Pemantauan nyeri 17. Pemberian obat 18. Pemberian obat intravena 19. Pemberian obat oral 20. Pemberian obat intravena 21. Pemberian obat topical 22. Pengaturan posisi 23. Perawatan amputasi 24. Perawatan kenyamanan 25. Teknik distraksi 26. Teknik imajinasi terbimbing 27. Terapi akupresur 28. Terapi akupuntur 29. Terapi bantuan 30. Terapi humor 31. Terapi murattal 32. Terapi music 33. Terapi pemijatan

		34. Terapi relaksasi 35. Terapi sentuhan 36. Transcultaneous Electrical (TENS)

4. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien, dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010) Implementasi merupakan suatu pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

5. Evaluasi

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

C. Tinjauan asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarganya. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, pelaksanaan rencana asuhan keperawatan dan penilaian hasil. (Padila, 2012)

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model Family Canter Friedman, yaitu :

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

a) Nama kepala keluarga

b) Umur (KK)

c) Pekerjaan kepala keluarga

d) Pendidikan kepala keluarga

e) Alamat dan nomor telepon

2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 4

Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	sex	Hubungan dengan KK	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar,2010

3) Genogram

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

4) Tipe keluarga

Menurut (Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih pada kasus ini yaitu: Keluarga Tradisional Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

5) Suku bangsa

a) Asal suku bangsa keluarga

b) Bahasa yang dipakai keluarga

c) Kebiasaan dalam keluarga yang di pengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

a) Agama yang dianut

b) Kepercayaan dapat mempengaruhi kesehatan

7) Status social ekonomi keluarga

a) Rata–rata penghasilan seluruh anggota keluarga

b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan

c) Tabungan khusus kesehatan

d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (prabot,transportasi)

8) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga (Maria,2017)

9) Tahap perkembangan keluarga saat ini

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

10) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar mana saja tugas yang telah diselesaikan.

11) Riwayat keluarga inti

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 penyait 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

12) Riwayat keluarga sebelumnya

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

c. Lingkungan menurut (Achjar, 2010)

13) Karakteristik rumah

a) Ukuran rumah (luas rumah)

b) Kondisi dalam dan luar rumah

c) Kebersihan rumah

d) Ventilasi rumah

e) Saluran pembuangan air limbah

f) Air bersih

g) Pengelolaan sampah

h) Kepemilikan rumah

i) Kamar mandi

j) Denah rumah

14) 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

15) Mobilitas geografis keluarga

a) Apakah keluarga sering pindah rumah

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

16) Perkumpulan keluarga dan interaksi pada masyarakat

a) Perkumpulan atau organisasi social yang diikuti oleh keluarga

b) Digambaran dalam ecomap

17) Sistem penduduk keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

d. Struktur keluarga menurut (Maria, 2017)

18) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk dapat melakukan observasi terhadap seluruh bagian anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan

perasaan dalam berinteraksi.

19) Struktur kekuatan keluarga

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

20) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya yaitu anak yang harus belajar atau bermain, jika tidak melakukannya, tentu orangtua akan gelisah. Begitu puka jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga nya akan kesulitan memenuhi kebutuhan.

21) Nilai dan norma keluarga

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

e. Fungsi keluarga menurut (Maria, 2017)

22) Fungsi efektif

a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
c) Apakah pasangan suami istri mampu dalam menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain ?
d) Bagaimana sensitivitas antara anggota keluarga ?
e) Bagaimana keluarga dapat menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarganya ?

23) Fungsi social menurut (Achjar, 2010)

a) Bagaimana cara memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.

b) Interaksi dan hubungan dengan keluarga (Achjar,2010)

24) Fungsi keperawatan

a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga

b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajakan tahap II berdasarkan 5 tugas keluarga, yaitu :

(1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

(a) Definisi Hipertensi

(b) Jenis dan penyebab Hipertensi

(c) Tanda dan gejala Hipertensi

(d) Persepsi keluarga terhadap masalah yang berkaitan dengan hipertensi

(2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan :

(a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah hipertensi

(b) Masalah hipertensi dirasakan keluarga

(c) Keluarga menyerah terhadap masalah hipertensi yang di alami oleh lansia

(d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan akibat hipertensi

(e) kurang percaya terhadap tenaga kesehatan

(f) Informasi yang salah mengenai hipertensi

(3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit :

(a) Bagaimana sikap keluarga mengetahui keadaan lansia yang mengalami hipertensi

(b) Bagaimana keluarga memberikan perhatian pada lansia

(c) Bagaimana keluarga memberikan dukungan terhadap hal-hal positif pada lansia

(4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan :

(a) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan yang tidak beresiko terjadinya hipertensi

(b) Upaya pencegahan Hipertensi

(5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan :

(a) Keberadaan fasilitas kesehatan, terutama mencari informasi kesehatan tentang hipertensi
(b) Keuntungan yang didapat ketika menggunakan fasilitas kesehatan
(c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
(d) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga dan lansia (Padila, 2012)

f. Stressor dan koping keluarga

25) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.

26) Stressor jangka panjang

Stresor yang dialami keluarga yaitu yang waktu penyelesaian lebih dari 6 bulan (Maria,2017) .

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

28) Strategi koping yang digunakan

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

29) Strategi adaptasi disfungsional

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

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan. dengan melakukan pemeriksaan langsung anda akan mendapatkan data bernilai yang dapat menolong anda akan menegakkan diagnosis yang akurat (Potter & Perry, 2010). dari pemeriksaan fisik mengenai kebutuhan rasa nyaman dapat diperoleh data menunjang keluhan tidak terpenuhinya rasa nyaman yang menjadi data untuk menegakkan diagnosa.

h. Harapan keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

2. Analisa Data

a. Diagnosa sehat/*wellness*

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

b. Diagnosis ancaman (Resiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya memungkin kan timbul nya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan resiko terdiri dari, Problem (P) Etiologi (E) dan *sympotom* / sign (S).

c. Diagnosa nyata/gangguan

Diagnosa gangguan digunakan apabila sudah timbul gangguan atau masalah kesehatan di keluarga di dukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosa keperawatan nyata maupun gangguan,terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan sympotom/sign (S). Perumusan problem (P) Merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar.Sedangkan etiologi (E) mengacu dalam 5 fungsi tugas keluarga yaitu :

1) Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah, meliputi :
   a) Persepsi terhadap penyakit, keparahan penyakit
   b) Pengertian, tanda dan gejala
   c) Persepsi keluarga tehadap masalah
2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :
   a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
   b) Masalah dirasakan keluarga
   c) Sikap negative terhadap masalah kesehatan
   d) Informasi yang salah

3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga nya yang sakit meliputi :
   a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaaan sakit
   b) Sumber–sumber yang ada dalam keluarga
   c) Sikap keluarga terhadap penyakit
4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi :
   a) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
   b) Upaya pencegahan penyakit
5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan
   a) Keberadaan fasilitas kesehatan
   b) Pengalaman keluarga yang kurang baik
   c) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus selalu menggunakan prioritas masalah dengan menggunakan proses scoring seperti table di bawah ini :

Table 5

Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat maalah a. Tidak/Kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. keadaan kesejahteraan .	 3 2 1	 1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	 2 1 0	 2
3.	Potensi masalah untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah menonjolnya masalah	 3 2 1	 1
4.	Masalah yang benar- benar harus ditangani a. Dirasakan dan segera diatasi b. Dirasakan tetapi tidak segera di tangani c. Tidak dirasakan	 2 1 0	 1

Sumber : (Maria,2017)

Skoring :

a) Menentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5
b) Skor yang dimaksud yaitu diambil dari skala prioritas .
c) Skor dibagi dengan angka tertinggi
d) Kemudian skor dikalikan dengan bobot skor
e) Jumlah skor dari semua kriteria.

Diagnosa yang mungkin muncul :

1) Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah
2) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ketidakmampuan memodifikasi lingkungan

3. Rencana keperawatan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang akan dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang tujuannya terdiri dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem atau masalah (p), sedangkan tujuan khusus (penetapan tujuan jangka pendek) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S+ Spesifik, M= Measurable atau dapat di ukur, A= Achievable atau dapat dicapai, R= Reality, T= time atau punya limit waktu) (Padila, 2015).

4. Implementasi

Implementasi adalah suatu tindakan rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping. Dalam melaksanakan tindakan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga, perawat perlu memantau respon verbal dan nonverbal keluarga. Tindakan keperawatan mencakup hal-hal sebagai berikut, yaitu :

a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
   1) Memberikan informasi

2) Memberikan kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
   1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
   2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimilik keluarga
   3) Mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan

c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
   1) Mendemostrasikan cara perawatan
   2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
   3) Mengawasi keluarga untuk perawatan

d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, yaitu 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 dilingkungan keluarga
   2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas yang ada

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan diakhir proses keperawatan. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan juga ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasilnya, bukan hanya dengan intervensi-intervensi yang diimplementasikan. Untuk mengetahui tingkat perkembangan terhadap implementasi yang telah dilakukan dan menilai keberhasilan aktivitas yang telah dilakukan dengan cara soap, yaitu :

a. S : respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

b. O : perkembangan Objektif yang bisa diamati dan diukur oleh perawat dan tim kesehatan lain.
c. A : analisa kembali hasil dari data subjektif dan objektif apakah sudah mulai berkurang, masih tetap atau muncul masalah baru
d. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan dari hasil respon klien

C. Tinjauan konsep penyakit

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik atau tekanan diastolik atau tekanan keduannya. Pada populasi manula, hipertensi sebagai tekanan sistolik 160 mmhg dan tekanan diastolik 90 mmhg (Smeltzer, dkk., 2010).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas90 mmHg. Pada lansia Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik ≥160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥90 mmHg (Brunner & Sudarth, 2014).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Batas tekanan darah normal berbeda-beda sesuai dengan usia dan jenis kelamin. Hipertensi merupakan faktor penyebab timbulnya penyakit berat seperti serangan jantung, gagal ginjal, dan stroke.

2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak memiliki penyebab yang spesifik. Namun terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu :

a. Faktor genetik
b. Umur
c. Stress
d. Kegemukan (obesitas)

3. Klasifikasi

   a. Klasifikasi berdasarkan faktor penyebab hipertensi, yaitu :

      1) Hipertensi Esensial Atau Hipertensi Primer : penyebab dari hipertensi ini belum diketahui, namun faktor resiko yang diduga kuat adalah karena beberapa fakto berikut ini :

         a) Faktor genetik
         b) Stress dan psikologis pemasukan sodium berlebih
         c) Faktor lingkungan konsumsi kalori berlebih
         d) Diet

      2) Hipertensi Sekunder Atau Hipertensi Renal : penyebab dari hipertensi jenis ini secara spesifik seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi veskuler renal, dan hipertensi akibat penggunaan kontrasepsi oral.

   b. Klasifikasi berdasarkan derajat Hipertensi

Tabel 6
Sumber : Bell, dkk, 2015

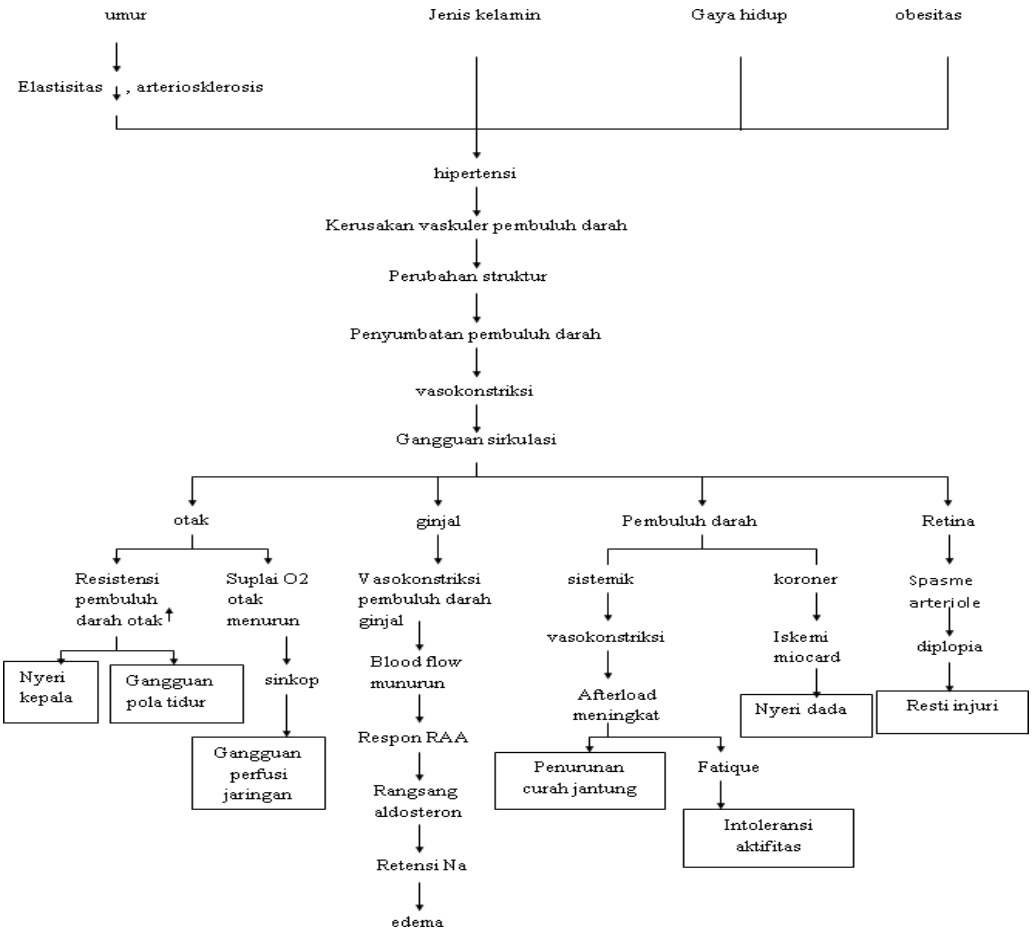
Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan <80
pre-Hipertensi	120-139	atau 80-89
Hipertensi Derajat I	140-159	atau 90-99
Hipertensi Derajat II	≥160	atau ≥100

4. Patofisiologi

Mekanisme yang dapat mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf sympatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia sympati di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf sympatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya

norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan Hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf trigeminus. Sedangkan rangsangan terhadap struktur yang peka terhadap nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifernya akan menimbulkan nyeri pada daerah dibelakang garis tersebut, yaitu daerah oksipital, suboksipital dan servikal bagian atas.

Pathway



Sumber:(Brunner&Suddart,2014)

5. Tanda dan gejala

Kebanyakan orang dengan tekanan darah tinggi tidak mempunyai tanda atau mengalami gejala, meskipun tekanan darah mencapai level tinggi yang membahayakan kesehatan. Secara umum orang dengan hipertensi terlihat sehat dan sebagian besar tidak menimbulkan gejala. Tapi ada pula gejala umum yang mungkin timbul dari hipertensi yaitu :

a. Sakit kepala
b. Perdarahan dari hidung
c. Pusing
d. Wajah kemerahan
e. Kelelahan
f. Vertigo
g. Nyeri dada
h. Mual muntah
i. Perubahan pengelihatan
j. Kesemutan pada kaki dan tangan

6. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Pemeriksaan non farmakologis

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

1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi yaitu :

a) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
b) Penurunan berat badan
c) Penurunan asupan etanol
d) Menghentikan merokok

2) Latihan fisik

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

a) Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, joging, bersepeda, berenang dan lain-lain
b) Lamanya latihan berkisar antara 20-25 menit berada dalam zona latihan
c) Frekuensi latihan sebaiknya 3x perminggu dan paling baik 5x perminggu

3) Edukasi psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

a) Teknik relaksasi

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

b) Pendidikan kesehatan (penyuluhan)

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

b. Pemeriksaan farmakologis

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan standar yang dianjurkan oleh komite dokter ahli hipertensi (joint national commite on detection, evaluation and treatment of high blood pressure, usa 1998) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau menghambat ace dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan mempeerhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

pengobatannya meliputi :

1) Step 1
   a) Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker. Ca antagonis, ace inhibitor
2) Step 2

   alternatif yang bisa diberikan :
   a) Dosis obat pertama dinaikkan
   b) Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
   c) Ditambah obat ke -2 jenis lain, dapat brupa diuretika, beta blocker, ca antagonis, alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator
3) Step 3 : alternatif yang bisa ditempuh
   a) Obat ke-2 diganti, 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
5) Follow up untuk mempertahankan terapi

   Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dengan petugas kesehatan (perawat, dokter) dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

7. Pemeriksaan penunjang
   a. Hematokrit

      Pada penderita kadar hematokrit dalam darah meningkatnya kadar natrium dalam darah. Pemeriksaan hematokrit diperlukan juga untuk mengikuti perkembangan pengobatan hipertensi
   b. Kalium serum

      Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi
   c. Kreatinin serum

      Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan kreatinin adalah kadar kreatinin dalam darah meningkat sehingga berdampat pada fungsi ginjal

d. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes.

e. Elektrokardiogram

Pembesaran vertikel kiri dan gambaran kardiomegali dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini. Dapat juga menggambarkan apakah hipertensi sudah lama diderita.

D. Tinjauan Konsep keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga telah didefinisikan dalam berbagai hal, perbedaan definisi keluarga bergantung pada orientasi teoritis yang digunakan oleh "pendefinisi" yaitu, menurut jenis penjelasan yang dibuat oleh profesional mengenai keluarga. Istilah keluarga akan menghadirkan adanya individu dewasa dan anak yang hidup bersama secara harmonis dan memuaskan. Bagi lainnya, istilah ini memiliki arti yang berlawanan.

Keluarga adalah sekumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO, 1996).

Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial bersama (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, Dalam Doane Dan Varcoe, 2005).

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keadaan ini perlu disadari sepenuhnya bahwa setiap individu merupakan bagiannya dan di keluarga juga semua dapat diekspresikan tanpa hambatan yang berarti (Friedman, 2010).

Keluarga menurut depkes RI, (1988) dalam Sulistyo Andarmoyo (2012) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat

dibawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga menurut Spradley Dan Allender (1996) dalam Sulistyo Andarmoyo (2012) adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam inteleransi sosial, peran dan tugas.

Dari pengertian keluarga diatas, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga sebagai berikut :

a. Terdiri dari dua atau lebih individu diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi
b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain
c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing–masing mempunyai peran sosial yaitu sebagai suami, istri, anak, kakak dan adik
d. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial para anggotanya.

2. Tujuan dasar keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah :

a. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu
b. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluaraga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat
c. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluaraga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual
d. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri

3. Fungsi keluarga

Menurut friedman fungsi keluarga ada lima atara lain berikut ini :

a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan

kebutuhan psikososial anggota keluarganya. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluaraga dapaat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggot keluarga, stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang diamlami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumbeer daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

e. Fungsi perawatan kesehatan

menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan.perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

1) Kemampuan keluaga mengenal maslah kesehatan keluarga.
2) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
3) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

4. Tipe keluarga

Seiring dengan tuntutan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan sosial dan budaya maka bentuk keluarga pun akan berubah sesuai dengan tuntutan tersebut. dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan non tradisional.

a. Keluarga tradisional

1) Tradisional nuclear/keluarga inti

Suatu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. keluarga ini adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

2) Pasangan inti (Keluarga dyad)

Suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. hal yang perlu diketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak.

3) Keluarga dengan orang tua tunggal (Single parent)

Keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat).

4) Bujang dewasa (Single adult)

Suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. tipe keluarga ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.

5) Extended family

Keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya.

6) Middle-aged or Elderly couple

Orang tua yang tinggal sendiri dirumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.

7) Kin-network family

Keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barag-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.

b. Keluarga nontradisional

Bentuk-bentuk varian keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamika nya. tipe keluarga ini tidak lazim ada di indonesia, bentuk-bentuk keluarga ini meliputi :

1) Unmaried parent and child

Keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) Cohabitating couple

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin

3) Gay and lesbian family

Seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri

4) The Nonmarital Heterosexxual cohabiting family

Keluarga yang hidup bersama beganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) Foster family

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

5. Tahap perkembangan keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga, yaitu :

a. Tahap I, keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah :

1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan

2) Membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial
3) Mendiskusikan rencana memiliki anak

b. Tahap II , tahap keluarga dengan anak baru lahir

Tugas perkembangannya adalah :

1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga
2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek

c. Tahap III, tahap keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah :

1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privaci dan keamanan
2) Mensosialisasikan anak
3) Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain
4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan diluar keluarga

d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah :

1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangannya adalah :

1) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan
3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak

f. Tahap VI, keluarga melepas anak usia dewasa muda

Tugas perkembangannya adalah :

1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak
2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
3) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri

g. Tahap VII, keluarga dengan usia pertengahan

Tugas perkembangannya adalah :

1) Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan
2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak
3) Memperkokoh hubungan perkawinan

h. Tahap VIII, keluarga dengan usia lanjut

Tugas perkembangannya adalah :

1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
3) Mempertahankan hubungan perkawinan
4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
5) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi
6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup)