

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

##### 1. Konsep Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson dikutip dari buku kebutuhan dasar manusia Wahit Iqbal Mubarak (2015), manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh kembang dalam rantang 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. Terlambat dalam melakukan aktivitas.
- b. Belum mampu melakukan aktivitas.
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas.

Virginia Henderson dalam Potter dan Perry (1997) 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 sosial 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 keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.

e. Istirahat dan tidur

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 tem perature, 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 faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.

j. Berkomunikasi

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

n. Belajar

Perawat dapat membantu klien belajar dalam mendorong usaha penyembuhan dan meningkatkan kesehatan, serta memperkuat dan mengikuti rencana terapi yang diberikan (Mubarak, 2015).

## 2. 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 atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita & sulistyowati, 2017). Nyeri adalah masalah bagi pasien dalam semua kelompok usia. Studi secara

konsisten menunjukkan nyeri yang tidak ditangani dengan baik. Studi klasik oleh Marks dan Sachar melaporkan bahwa 73% pasien medis yang dirawat di rumah sakit mengalami nyeri sedang sampai berat walaupun telah mendapatkan analgesik narkotik parental. Donovan, Dillon, dan McGuire menemukan bahwa 353 pasien rawat inap medis mengalami nyeri, dan 58% mengatakan bahwa rasa nyerinya luar biasa. Studi ini menemukan bahwa nyeri ditanyakan atau dicatat pada kurang dari setengah pasien-pasien tersebut (Stanley, 2007).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

### **3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu:

#### **a. Pengalaman nyeri sebelumnya**

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

#### **b. Usia**

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia beraksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai

komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan (Potter & Perry, 2010).

c. Jenis kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri (Potter & Perry, 2010).

d. Etnik dan Nilai Budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain (Calvillo & Flaskerud, 1991).

e. Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat (Potter & Perry, 2010).

f. Ansietas dan Stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Smeltzer & Bare, 2002).

g. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Potter & Perry, 2010).

#### 4. Klasifikasi Nyeri

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

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Potter & Perry, 2010).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan.

Nyeri berdasarkan sumbernya dibedakan menjadi dua, yaitu nyeri nosiseptif dan neuropatik (Potter & Perry, 2010).

**a. Nyeri Nosiseptif**

Proses normal dari stimulus yang mampu merusak jaringan-jaringan normal. Nyeri nosiseptif bersifat tajam dan berdenyut (Potter & Perry, 2010).

**b. Nyeri Neuropatik**

Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar, kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (*superficial*) pada otot dan tulang. Lainnya adalah nyeri menjalar (*referred pain*) yaitu nyeri yang dirasakan dibagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ visceral dalam abdomen dan dada (Guyton & Hall, 2008).

## **5. Fisiologi Nyeri**

Secara keilmuan, nyeri (pengalaman yang subjektif) terpisah dan berbeda dari istilah nosisepsi. Nosisepsi merupakan ukuran kejadian fisiologis. Nosisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan, kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan kemedula spinalis dan otak. Nosisepsi biasanya muncul tanpa ada rasa nyeri dan berada di bawah alam sadar. Terlepas dari nosisepsi memicu nyeri dan perasaan tidak nyaman, sistem ini merupakan komponen yang penting dari sistem pertahanan tubuh (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

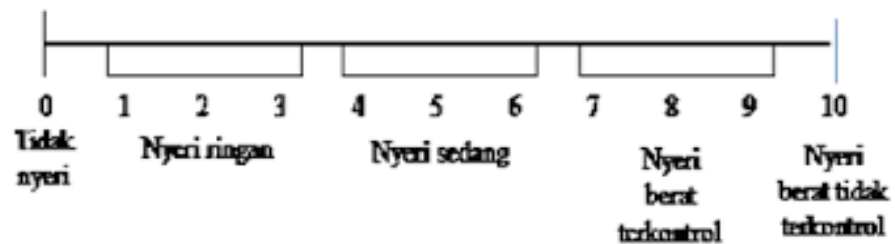
Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan sehingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus (Mubarak & Chayatin 2008). 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).

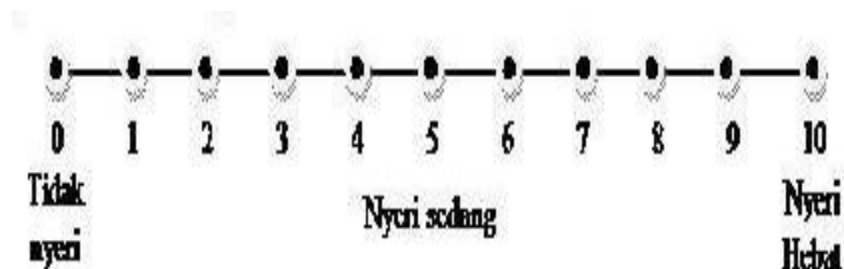
## 6. Pengukuran Intensitas nyeri

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

Gambar 2.1 Skala Nyeri Destriking Menurut Smeltzer & Bare (2002) Adalah Sebagai Berikut :

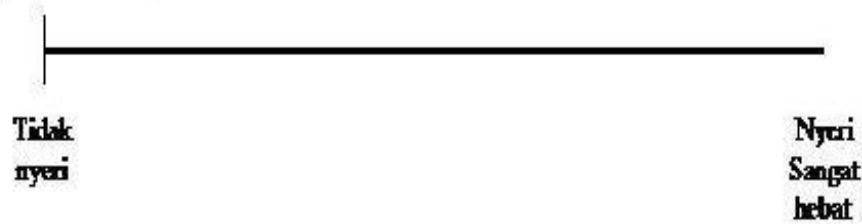


Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik



Gambar 2.3 Skala Nyeri Analog Visual





Sumber:Haswita & Sulistyowati (2017)

Keterangan :

- a. 0 : Tidak nyeri
- b. 1 – 3: Nyeri ringan: secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.
- c. 4 – 6: Nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.
- d. 7 – 9: Nyeri berat: secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih berespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelemahan dan keletihan.
- e. 10: Nyeri sangat berat: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurut dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk

mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numeric (*Numerical Rating Scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi teraupetik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2010).

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini member klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif, karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2010). 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 (Potter, 2010).

## **7. Pentalaksanaan Nyeri**

### **a. Terapi nyeri farmakologi**

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

- 1) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesic nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri;
- 2) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri spieripik di dalam SSP; dan

- 3) Adjuvant bukan merupakan analgesik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.

Efek samping tanda-tanda dari reaksi yang tidak diinginkan mungkin tidak dikenali karena tanda-tanda tersebut menggambarkan tanda-tanda gangguan pada lansia seperti konfusi, tremor, depresi, konstipasi, dan hilangnya nafsu makan (Stanley, 2007).

b. Terapi nyeri non farmakologi

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

1) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Pemberian panas merupakan cara yang baik dalam menurunkan atau meredakan nyeri sehingga disetujui termasuk kedalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat). Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

2) Akupunktur

Akupunktur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira-kira terdapat 1000 titik akupunktur yang diketahui yang menyebar diseluruh

permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian. (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

Masalah terbanyak yang dapat diobati dengan akupuntur meliputi nyeri punggung bagian bawah, nyeri pada otot wajah, sakit kepala ringan dan migrain, hipertensi, linu panggul, nyeri bahu (Potter & Perry, 2010).

### 3) 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).

### 4) 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).

### 5) 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).

### 6) 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).

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Nyaman Nyeri**

#### **a. Pengkajian**

Kemampuan untuk menetapkan diagnosis keperawatan, menentukan intervensi yang akan diberikan, dan mengevaluasi respon klien (hasil) terhadap intervensi yang diberikan tergantung kepada aktivitas pokok dari pengkajian nyeri yang bersifat faktual, tepat waktu, dan akurat. Inti dari aktivitas ini adalah eksplorasi terhadap pengalaman nyeri melalui sudut pandang klien. Komponen-komponen yang bervariasi dapat digunakan untuk mengkaji nyeri klien. Ada beberapa komponen untuk mengkaji nyeri kepada skala nyeri nosiseptif. Tujuan penggunaan komponen ini adalah untuk mengidentifikasi berapa banyak nyeri yang dirasakan tanpa mengganggu aktivitas klien dan bukan untuk mengidentifikasi beberapa nyeri yang dapat ditoleransi klien.

##### **1) Ekspresi klien terhadap nyeri**

Laporan klien terhadap nyeri yang dirasakan merupakan satu-satunya indikator yang dapat dipercaya tentang adanya rasa nyeri dan intensitas nyeri yang dirasakan.

##### **2) Karakteristik nyeri**

Pengkajian terhadap karakteristik nyeri yang lazim membantu perawat untuk memperoleh suatu pemahaman terhadap jenis nyeri, pola nyeri, serta jenis intervensi yang dapat memberikan pertolongan terhadap nyeri.

##### **3) Permulaan serangan/onset dan durasi**

Tanyakan pertanyaan untuk menentukan permulaan serangan, durasi, dan rangkaian nyeri.

##### **4) Lokasi**

Untuk mengkaji lokasi nyeri, minta klien untuk mengatakan atau menunjukkan semua area yang terasa tidak nyaman.

##### **5) Intensitas**

Salah satu karakteristik yang paling subjektif dan paling berguna dalam pelaporan nyeri adalah intensitasnya.

6) Kualitas

Dikarenakan tidak ada kosa kata yang lazim atau spesifik dalam penggunaan secara umum, kata-kata yang digunakan untuk menggambarkan nyeri sangat bervariasi.

7) Pola nyeri

Berbagai macam faktor yang mempengaruhi pola nyeri. Hal ini membantu untuk mengkaji kejadian atau kondisi tertentu yang memicu atau memperburuk nyeri.

8) Tindakan mengurangi nyeri

Penting bagi perawat untuk tahu apakah klien memiliki cara efektif dalam mengobati nyeri, seperti mengubah posisi, menggunakan perilaku yang bersifat kebiasaan, makan, meditasi, berdoa, atau memberikan sensasi hangat atau dingin pada lokasi nyeri.

9) Gejala-gejala yang menyertai nyeri

Ada beberapa yang menjadi penyebab memburuknya nyeri. Perawat perlu mengkaji gejala-gejala yang berhubungan tersebut dan mengevaluasi efeknya terhadap persepsi nyeri klien.

10) Efek nyeri terhadap klien

Nyeri mengubah gaya hidup seseorang dan mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

11) Efek perilaku

Ketika klien mengalami nyeri kaji ekspresi, respon verbal, gerakan wajah dan tubuh, serta interaksi sosial.

12) Pengaruh terhadap aktivitas sehari-hari

Klien yang hidup dengan nyeri setiap hari memiliki sedikit kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas harian, dimana hal itu akan memicu penurunan ketahanan fisik klien tersebut.

**Tabel 2.1 Pengkajian nyeri**

Mnemonik untuk pengkajian nyeri
P : Provoking atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q : Quality atau kualitas nyeri (mis, tumpul, tajam)
R : Region atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S : Severity atau keganasan, yaitu intensitas
T : Time atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

**Sumber : Kozier (2010).**

b. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan berfokus kepada sifat nyeri yang spesifik untuk membantu perawat dalam mengidentifikasi jenis intervensi yang paling efektif untuk meredakan rasa nyeri dan meningkatkan fungsi/ peran klien. Pengkajian yang perawat lakukan dapat mengarahkan perawat untuk membuat diagnosis nyeri akut atau nyeri kronis (Potter & Perry, 2010).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma);
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan); dan
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. **Rencana keperawatan**

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. kriteria 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 ketidak nyamanan 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. Dampingi klien memilih intervensi terhadap sifat dan efek nyeri.

## 3) Perawatan kolaboratif

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

**Tabel 2.2**  
**Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan, Sumber : SIKI (2018)**

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemik). Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi)</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 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 kesehatan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukuran hypnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan diri</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Manajemen nyeri</li> <li>6. Edukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernafasan</li> <li>12. Manajemen efek samping obat</li> <li>13. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>14. Manajemen mediasi</li> <li>15. Manajemen terapi sedasi</li> <li>16. Manajemen terapi radiasi</li> <li>17. Pemantauan nyeri</li> </ol>



<p>dan tanda nyeri) 4. mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>penggunaan analgetik Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur teraai 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 strategi meredakan nyeri</li> <li>5. Pemberian analgetik</li> </ol> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik</li> <li>4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian obat analgesik</li> <li>5. Monitor efektifitas analgesik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu</li> <li>2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang diinginkan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan edek terapi dan efek samping obat</li> <li>2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai edukasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Manajemen terapi radiasi</li> <li>19. Pemantauan nyeri</li> <li>20. Pemberian obat</li> <li>21. Pemberian obat oral</li> <li>22. Pemberian obat intravena</li> <li>23. Permbertian obat topical</li> <li>24. Pengaturan posisi</li> <li>25. Perawatan amputasi</li> <li>26. Perawatan kenyamanan</li> <li>27. Teknik distraksi</li> <li>28. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>29. Terapi murratal</li> <li>30. Terapi musik</li> <li>31. Terapi pemijatan</li> <li>32. Terapi relaksasi</li> <li>33. Terapi sentuhan</li> <li>34. Transcutaneous (TENS)</li> </ol>
---	---	--

d. 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 (Nursalam, 2009).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respon klien kearah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2009). Menurut Deswani (2011), evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan.

Menurut Diniarti, Aryani, Nurheni, Chairani & Tutiany (2013), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assesment, planning*). Komponen SOAP yaitu S (*subjektif*) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan. O (*objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.

A (*assesment*) adalah kesimpulan dari data *subjektif* dan *objektif* (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). P (*planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Hipertensi

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

**Tabel 2.3**  
**Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO**

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

**Tabel 2.4**  
**Kasifikasi Hipertensi Menurut Joint National Committe VII**

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

**Tabel 2.5**  
**Kasifikasi Hipertensi Hasil Konsensus Perhimpunan Hipertensi Indonesia**

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/atau	Diastol(mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pre hipertensi	120-139	Atau	80-89

Hipertensi Tahap 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Tahap 2	>160	Atau	>100
Hipertensi Sistol Terisolasi	>140	Dan	<90

Berdasarkan penyebab, hipertensi dibagi dalam 2 golongan :

a. Hipertensi primer/essensial

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

b. Hipertensi skunder

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

## 2. Etiologi Hipertensi

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

Faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi yaitu:

a. Faktor Genetik

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

b. Umur

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

c. Jenis Kelamin

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

d. Ras

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

e. Obesitas

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

f. Nutrisi

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

g. Kebiasaan merokok

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

### 3. Tanda Dan Gejala Hipertensi

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

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

#### **4. Patofisiologi Hipertensi**

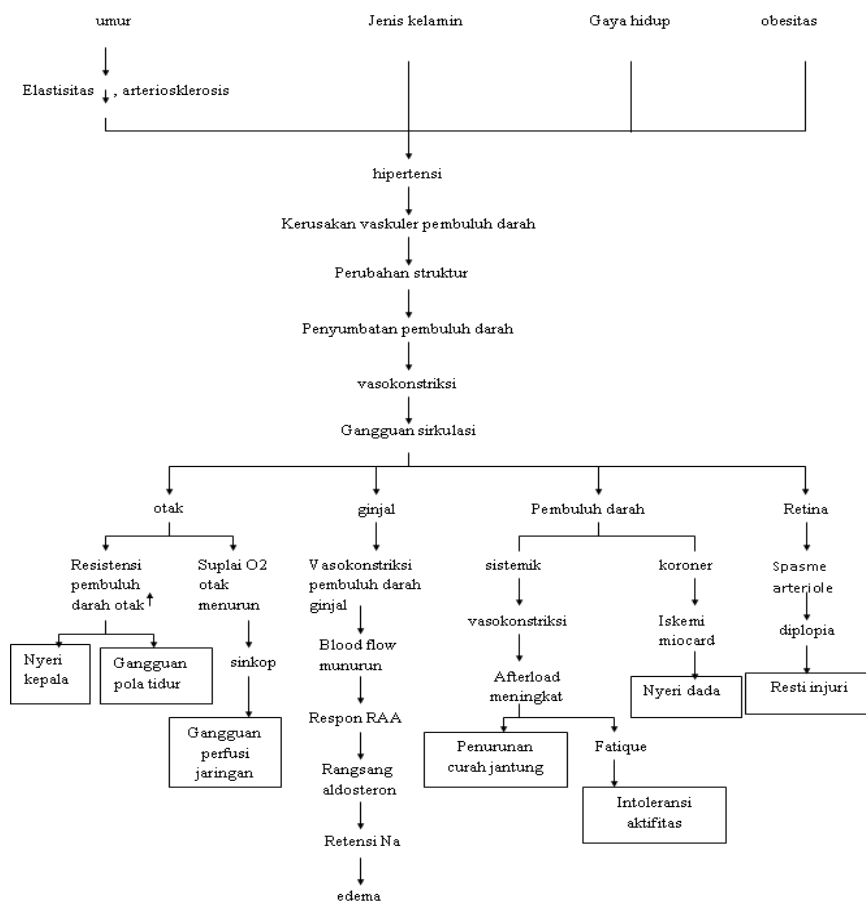
Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula impuls saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di thorak dan abdomen. Rangsangan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

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin

merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor yang kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume tekanan intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Smeltzer,2010).

## 5. Pathway

**Gambar 2.4**  
**Pathway**



Sumber : Nanda Nic-Noc, 2013

## 6. Komplikasi

a. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

b. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Corwin, 2000).

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

## 7. Penatalaksanaan

a. Terapi tanpa Obat



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

Terapi tanpa obat meliputi :

1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

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

2) Latihan fisik

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

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

3) Edukasi psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi:

a) 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 somatic seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

b) 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.

c) Pendidikan kesehatan (penyuluhan)

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

b. Terapi dengan Obat

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

Pengobatannya meliputi :

- 1) Step 1 : Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor.
- 2) Step 2 : Alternatif yang bisa diberikan
  - a) Dosis obat pertama dinaikan

- b) Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
  - c) Ditambah obat ke-2 jenis lain, dapat berupa diuretika, beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator
- 3) Step 3 : Alternatif yang bisa ditempuh
- a) Obat ke-2 diganti
  - b) Ditambah obat ke-3 jenis lain
- 4) Step 4 : Alternatif pemberian obatnya
- a) Ditambah obat ke-3 dan ke-4
  - b) Re-evaluasi dan konsultasi

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Pengukuran diagnostik pada tekanan darah menggunakan stigmomanometer akan memperlihatkan peningkatan tekanan sistolik dan diastolik diatas batas normal. Untuk menunjang pemeriksaan diagnostik biasanya dokter akan menginstruksikan pemeriksaan penunjang , diantaranya :

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

## **D. Tinjauan konsep keluarga**

### **1. Konsep keperawatan keluarga**

#### **a. Pengertian keluarga**

Pengertian keperawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*) dapat dinyatakan berdasar berbagai sumber sebagai berikut:

- 1) Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman,1998)
- 2) Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus saling pengertian, saling menyayangi (Murray & Zentner, 1997)

#### **b. Tipe keluarga**

Menurut Allender & Spradley (2001) membagi tipe keluarga berdasarkan :

- 1) Keluarga tradisional
  - a) Keluarga inti (*nucler family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri anak kandung maupun anak angkat.
  - b) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman, bibi.
  - c) Keluarga *Dyad*, yaitu yaitu keluarga terdiri dari suami istri yang tanpa anak.

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

### c. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985); Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

#### 1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

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

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu, membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan

menambahkan peran orangtua kakek, nenek dan mensosialisasikan dengan keluarga besar masing-masing pasangan.

- 3) Tahap III, keluarga dengan usia anak pra-sekolah (anak tertua umur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III, yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

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

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

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (usia anak pertama 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V, yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi terbuka antara orangtua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, memertahankan komunikasi terbuka dua arah.

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

Tugas perkembangan pada keluarga tahap VI yaitu, memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orangtua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

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

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

- 8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun atau lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu, mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti: berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

#### **d. Tugas 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 yang biasanya dikaji pada saat peninjauan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga meyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada pada keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga dalam



menggunakan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

## 2. Asuhan keperawatan keluarga

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

### a. Pengkajian

#### 1) Data Umum

- a) Identitas, kepala keluarga
  - (1) Nama kepala keluarga
  - (2) Umur (KK)
  - (3) Pekerjaan kepala keluarga
  - (4) Pendidikan kepala keluarga
  - (5) Alamat dan nomer telepon
- b) Komposisi Anggota Keluarga

**Tabel 2.6**  
Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

#### c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman,1998).

#### d) Tipe keluarga

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

(1) Keluarga tradisional

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

(2) Keluarga non tradisional

- (a) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- (b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- (c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

e) Suku bangsa

(1) Asal suku bangsa keluarga

- (2) Bahasa yang dipakai keluarga
- (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- f) Agama
  - (1) Agama yang dianut keluarga
  - (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- g) Status sosial ekonomi keluarga
  - (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
  - (2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
  - (3) Tabungan khusus kesehatan
  - (4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- h) Aktifitas rekreasi keluarga

**b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini, yaitu:
  - a) Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.
  - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi perkembangan ini dapat dilihat dari :
    - (1) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, dan kekuatan fisik
    - (2) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
    - (3) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
  - c) Riwayat keluarga inti
    - (1) Riwayat terbentuknya keluarga inti.

(2) Penyakit yang di derita keluarga orangtua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga).

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 (Maria, 2017).

d) 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 (Maria, 2017).

### **c. Lingkungan**

- 1) Karakteristik rumah
  - a) Ukuran rumah (luas rumah)
  - b) Kondisi dalam dan luar rumah
  - c) Kebersihan rumah
  - d) Ventilasi rumah
  - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
  - f) Air bersih
  - g) Pengeluaran sampah
  - h) Kepemilikan rumah
  - i) Kamar mandi/wc
  - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
  - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
  - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
  - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

- 3) Mobilitas geografis keluarga
  - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
  - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
  - a) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
- 5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

#### **d. Struktur keluarga**

- 1) Pola komunikasi keluarga

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

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

  - a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
  - b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
  - c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?
- 3) Struktur peran (formal dan informal)

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

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

**e. Fungsi keluarga**

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap anggota keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

3) Fungsi perawatan kesehatan

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diabaikan tetapi bagaimana preventif/promosi)
- b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2012).

**f. Stress dan koping keluarga**

1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

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

2) Stressor jangka Panjang

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

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

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

4) Strategi koping yang digunakan

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

5) Strategi adaptasi disfungsional

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

**g. Pengkajian fisik**

1) Aktivitas/istirahat

Gejala:

- a) Kelemahan
- b) Letih
- c) napas pendek
- d) gaya hidup

Tanda:

- a) frekuensi jantung meningkat
- b) perubahan irama jantung

2) Sikulasi

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

Tanda:

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

3) Integritas ego

Gejala:

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

Tanda :

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

#### 4) Eliminasi

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

#### 5) Makanan /cairan

Gejala :

- a) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol
- b) Mual dan muntah
- c) perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun)
- d) Riwayat penggunaan diuretic
- e) Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria

#### 6) Neurosensori

Gejala :

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

Tanda:



- a) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan)
  - b) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggaman tangan dan/atau reflek
- 7) Nyeri/ketidaknyamanan  
Gejala : Sakit kepala yang pernah terjadi sebelumnya
- 8) Pernafasan  
Gejala:
- a) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja
  - b) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal
  - c) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
  - d) Riwayat merokok
- Tanda : Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis
- 9) Keamanan  
Gejala : Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural
- 10) Pembelajaran/penyuluhan  
Gejala:
- a) Faktor risiko keluarga : Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM
  - b) Penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alkohol

#### **h. Harapan keluarga**

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2017).

#### **2) Analisa data**

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti :

##### a) Diagnosa sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, diguakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari

komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E) .

b) Diagnosis ancama (risiko)

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

c) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan dikeluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. 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:

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

- (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- (2) Pengertian
- (3) Tanda dan gejala
- (4) Faktor penyebab
- (5) Persepsi keluarga terhadap masalah

b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

- (1) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- (2) Masalah dirasakan keluarga
- (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
- (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- (6) Informasi yang salah

c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:

- (1) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  - (2) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - (3) sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  - (4) sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - (2) Pentingnya hygien sanitasi
  - (3) Upaya pencegahan penyakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- (1) Keberadaan fasilitas kesehatan Keuntungan yang didapat
  - (2) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan  
Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - (3) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga  
(Padila,2015)

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

**Tabel 2.7**  
**Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : a. Tidak / kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Krisis	3 2 2	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah : a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

(Sumber: Setiadi, 2008)

### 3) Skoring

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

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi.
- b) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hipertensi.
- c) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien hipertensi.
- d) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien hipertensi.
- e) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien hipertensi.

#### **4) Intervensi keperawatan keluarga**

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

A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/ punya limit waktu). (Achjar, 2010).

**Tabel 2.8**  
**Rencana Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Friedman (1998)**

Diagnosa keperawatan	Tujuan umum	Tujuan khusus	Standar evaluasi	Standar evaluasi	Rencana intervensi
Gangguan kebutuhan rasa nyeri berhubungan dengan KMK mengenal masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan tidak terjadi gangguan kebutuhan nyeri pada keluarga	1. Setelah dua kali pertemuan keluarga mampu mengenal masalah			
		1.1. Keluarga menyebutkan pengertian hipertensi	Respon verbal	Hipertensi atau biasa disebut darah tinggi adalah kondisi tekanan darah seseorang yang berada di atas batas normal yaitu 140/90 mmHg sedangkan pada manula 160/90 mmHg. Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang dapat mematikan seseorang tanpa diketahui gejalanya terlebih dahulu.	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hipertensi 2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti 3. Evaluasi kembali tentang pengertian hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.2 Keluarga mampu menyebutkan penyebab hipertensi	Respon verbal	Penyebab penyakit hipertensi: 1. Konsumsi garam berlebihan 2. Stress 3. Obesitas (Kegemukan) 4. Merokok	1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab hipertensi 2. Minta keluarga menentukan penyebab hipertensi pada

				5. Minuman yang mengandung alkohol	klien 3. Evaluasi kembali tentang penyebab hipertensi 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda hipertensi	Respon verbal	Gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi biasanya: 1. Sakit kepala 2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk 3. Mata terasa berat atau pandangan kabur 4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat 5. Telinga berdenging	1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda hipertensi 2. Bersama keluarga identifikasi tanda hipertensi pada klien 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan mengidentifikasi-kasi kondisi klien
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani hipertensi pada klien			
		2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi bila hipertensi tidak ditangani dengan tepat	Respon verbal	Menyebutkan akibat dari hipertensi bila tidak ditangani dengan segera : 1. Gagal ginjal 2. Stroke 3. Infark miokard 4. Hingga kematian	1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari hipertensi bila tidak ditangani dengan segera dan tepat 2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari hipertensi 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga

		2.2 Mengambil keputusan untuk mengatasi hipertensi pada klien dengan segera dan tepat	Respon verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi hipertensi dengan segera dan tepat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi hipertensi</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar</li> </ol>
		3. Setelah 1x pertemuan selama 20 menit keluarga mampu merawat klien hipertensi			
		3.1 Menjelaskan cara merawat klien hipertensi	Respon verbal	Menyebutkan cara merawat hipertensi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompres hangat</li> <li>2. Lakukan akupresure (pijat)</li> <li>3. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi</li> <li>4. Minum obat sesuai anjuran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan penderita hipertensi</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar</li> </ol>
		4. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien dengan hipertensi			

		4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi	Repon verbal	Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi: 1. Kurangi aktivitas berlebihan 2. Pola hidup sehat seperti dengan melaksanakan diet rendah garam, diet tinggi kalium, penurunan berat badan dan berolahraga secara teratur (berenang, bersepeda, berjalan, berlari), serta berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang dapat mendukung untuk klien hipertensi 2. Beri kesempatan keluarga bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
		4.2 Melakukan modifikasi atau menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien hipertensi	Kunjungan yang tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah yang mendukung bagi klien hipertensi seperti lingkungan yang tenang dan terhindar dari bising	1. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif untuk klien hipertensi dengan memberikan reinforcement positif
		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah hipertensi			



		5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang ada di sekitar	<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 hipertensi</li> <li>3. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>5. Berikan reinforcement positif atas jawaban yang benar</li> </ol>
		5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko hipertensi	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu 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 reinforcement positif atas tindakan yang tepat yang dilakukan keluarga</li> </ol>

## 5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2010).

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
  - 1) Memberikan informasi
  - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
  - 1) Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
  - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
  - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
  - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
  - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
  - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada.
  - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

## 6. Evaluasi

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