

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI DESA PETUNG BAKALAN



Oleh :

Maulidia Nur Wahyuni

NIM : 1801116

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO

2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI DESA PETUNG BAKALAN

Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar

Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh :

Maulidia Nur Wahyuni

NIM : 1801116

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI DESA PETUNG BAKALAN

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Maulidia Nur Wahyuni
NIM : 1801116
Tempat, Tanggal Lahir : Pasuruan, 13 Agustus 2000
Institusi : Politeknik Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmia yang berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADAPASIEN HIPERTENSI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI DESA PETUNG BAKALAN”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupunkeseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, kami bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Pasuruan, 25 Januari 2021

Yang menyatakan,



Maulidia Nur Wahyuni

NIM : 1801116

Mengetahui

Pembimbing I



Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.,M.Kep

NIDN. 0704068901

Pembimbing 2



Ns. Ayu Dewi Nastiti, M.Kep

NIDN. 3409098801

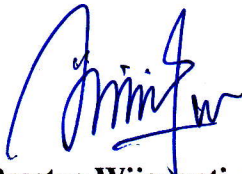
LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Maulidia Nur Wahyuni
Judul : "Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Desa Petung Bakalan".

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya TulisIlmiah pada tanggal27.....Mei.....2021

Oleh:

Pembimbing 1



Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0704068901

Pembimbing 2



Ns. Ayu Dewi Nastiti.,M.Kep
NIDN. 3409098801

Mengetahui,
Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

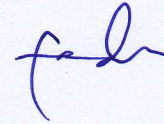
Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal 27 Mei 2021

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS



Anggota 1 : Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.,M.Kep
NIDN.0704068901



Anggota 2 : Ns. Ayu Dewi Nastiti, S.Kep. M.Kep
NIDN. 3409098801



Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Desa Petung Bakalan”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk mengikuti Profesi Keperawatan di Politeknik Kerta Cendekia Sidoarjo.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kerta Cendekia Sidoarjo atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk menyelesaikan proposal Karya Tulis Ilmiah.
2. Ayu Dewi Nastiti, S.Kep.Ns., M.Kep, selaku pembimbing 1 dalam Karya Tulis Ilmiah ini telah banyak memberi petunjuk, revisi dan saran hingga terwujudnya proposal Karya Tulis Ilmiah ini
3. Ns. Dwining Handayani, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberi semangat dan motivasi dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Rekan-rekan mahasiswa Politeknik Kerta Cendekia Sidoarjo dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran proposal karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Semoga segala bimbingan dan petunjuk yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan imbalan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mungkin banyak terdapat kekurangan atau kesalahan. Oleh karena itu setiap saran dan kritikan dari pembaca akan penulis terima dengan suka hati demi kesempurnaan selanjutnya. Penulis berharap semoga dapat menambah dalam perkembangan ilmu penelitian bagi pembaca dan khususnya bagi penulis.

Pasuruan, 20 Mei 2021



Penulis

DAFTAR ISI

Sampul depan	i
Sampul dalam dan prasyarat gelar	ii
Lembar persetujuan	iii
Halaman pengesahan	iv
Surat pernyataan	v
Kata pengantar	vi
Daftar isi	vii
Daftar gambar	ix
Daftar tabel	x
Daftar lampiran	xi

BAB 1 : PENDAHULUAN.....1

1.1	Latar belakang.....	1
1.2	Rumusan masalah	3
1.3	Tujuan penelitian.....	3
	1.3.1 Tujuan umum.....	3
	1.3.2 Tujuan khusus.....	3
1.4	Manfaat penulisan	4
	1.4.1 Manfaat prsktis	4
1.5	Metode penulisan	4
	1.5.1 Metode	4
	1.5.2 Teknik pengumpulan data	4
	1.5.3 Sumber data	5
	1.5.4 Studi kepustakaan	5
1.6	Sistematika penulisan.....	5

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA7

2.1	Konsep hipertensi.....	7
	2.1.1 Definisi hipertensi	7
	2.1.2 Etiologi.....	7
	2.1.3 Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa.....	8
	2.1.4 Faktor risiko hipertensi	8
	2.1.5 Manifestasi klinis hipertensi	11
	2.1.6 Patofisiologi hipertensi.....	11
	2.1.7 Komplikasi hipertensi	13
	2.1.8 Penatalaksanaan hipertensi.....	14
	2.1.9 Pemeriksaan penunjang.....	15
2.2	Konsep keperawatan keluarga	16
	2.2.1 Definisi keluarga	16
	2.2.2 Tipe keluarga.....	16
	2.2.3 Fungsi keluarga	20
	2.2.4 Struktur keluarga.....	21
	2.2.5 Struktur kekuatan	22
	2.2.6 Struktur peran.....	23
	2.2.7 Struktur nilai.....	24
	2.2.8 Stress dan koping keluarga.....	25
	2.2.9 Perkembangan keluarga	25
2.3	Konsep nyeri	26
	2.3.1 Definisi nyeri.....	26
	2.3.2 Fisiologi nyeri	28

2.3.3	Jenis dan klasifikasi nyeri	29
2.3.4	Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	31
2.3.5	Penatalaksanaan nyeri	34
2.3.6	Respon terhadap nyeri	37
2.3.7	Intensitas nyeri	38
2.3.8	Alat bantu menentukan nyeri	38
2.4	Konsep asuhan keperawatan hipertensi	41
2.4.1	Pengkajian	41
2.4.2	Diagnosa keperawatan	44
2.4.3	Intervensi keperawatan	45
2.4.4	Implementasi keperawatan	48
2.4.5	Evaluasi	48
2.5	Kerangka masalah/pathway	51
BAB 3	: TINJAUAN KASUS.....	51
3.1	Pengkajian	51
3.2	Analisa data	58
3.3	Skoring data	60
3.4	Diagnosa keperawatan	61
3.5	Rencana keperawatan	62
3.6	Tindakan keperawatan	64
3.7	Evaluasi	70
BAB 4	: PEMBAHASAN	73
4.1	Pembahasan.....	73
4.1.1	Pengkajian.....	73
4.1.2	Diagnosa keperawatan	74
4.1.3	Perencanaan keperawatan	78
4.1.4	Implementasi keperawatan.....	81
4.1.5	Evaluasi keperawatan.....	82
BAB 5	: PENUTUP.....	84
5.1	Kesimpulan	84
5.2	Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LEMBAR KONSULTASI	90

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Tabel 2.1.6	Pathway Hipertensi	40
Tabel 2.5	Kerangka Masalah	51

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.4.4	Intervensi Keperawatan	46
Tabel 2.4.5	Analisa Data	63
Tabel 2.4.6	Diagnosa Keperawatan	63
Tabel 2.4.7	Skoring Data	63
Tabel 2.4.8	Perencanaan Asuhan Keperawatan	64
Tabel 2.4.9	Implementasi Keperawatan	64

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Lembar <i>Informed Consent</i>	54
Lampiran 2	Alat Pengumpulan Data	55
Lampiran 3	Lembar Konsultasi	65

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Hipertensi merupakan masalah global yang menjadi penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal (Brunner & Suddarth, 2014). Penyakit hipertensi biasanya disebabkan karena tekanan sistolik dan diastolikny di atas batas normal dan gaya hidup yang tidak sehat. Seorang yang menderita hipertensi biasanya menimbulkan masalah keperawatan nyeri akut, dan apabila masalah tersebut tidak di tangani dengan baik bisa menimbulkan penyakit stroke, gagal ginjal dan jantung.

Berdasarkan Data *World Health Organization* (WHO) 2015 mengatakan bahwa prevalensi hipertensi di dunia mencapai sekitar 1,13 miliar individu, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi di perkirakan akan terus meningkat mencapai 1,5 miliar individu pada tahun 2025 dengan mencapai kematian 9,4 juta individu. Menurut riskesdes (2018), prevalensi kejadian hipertensi adalah 34,1% hasil tersebut merupakan kejadian hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada masyarakat Indonesia berusia 18 tahun keatas (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Dan di provinsi Jawa Timur sebesar 37,4%. Data di RSUD Bangil Pasuruan mencatat jumlah pasien dengan Hipertensi mulai bulan januari 2017 sampai dengan bulan desember 2017 mencapai 789 pasien yang mengalami hipertensi.

Tekanan darah yang tinggi pada hipertensi akan merusak pembuluh arteri akibat dari trauma secara terus menerus. Kondisi ini mempercepat terjadinya sumbatan darah akibat pembentukan plak lemak atherosclerosis (penumpukan plak pada dinding arteri). Saat jantung berkontraksi darah akan di pompa keluar dari ventrikel menuju aurta dan arteri pulmonali. Darah kemudian akan di distribusikan menuju pembuluh darah kecil yang di sebut dengan arterioli. Tonus otot di dinding arteriolus menentukan apakah pembuluh darah tersebut lentur atau kaku. Jika pembuluh darah arteriolus tidak elastis maka diameter lumen akan sempit sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Aliran darah yang tidak lancar ini akan membuat beberapa organ tubuh hanya menerima sedikit darah sehingga akan di deteksi oleh otak, ginjal dan anggota tubuh lainnya. Tubuh akan bereaksi melalui mekanisme reflex persyarafan serta hormonal yang memaksa jantung untuk bekerja keras supaya dara bias terdistribusikan lancar di arteri. Akibatnya tekanan darah menjadi naik kondisi ini pada beberapa orang akan menetap sehingga terjadi penyakit hipertensi (Karmadi, 2016)

Penyakit hipertensi gejalanya pun tidak nyata perlu di waspadai dan di obati sedini mungkin sebab terjadinya penyakit hipertensi bisa di pengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor yang dapat di rubah dan tidak dapat di rubah. Faktor yang tidak dapat di rubah di antaranya faktor usia, jenis kelamin dan riwayat penyakit keluarga. Untuk faktor yang dapat di rubah faktor yang berhubungan dengan gaya hidup seperti tidak bisa menjaga pola makan, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak jenuh, kebiasaan minum beralkohol, kebiasaan merokok, jarang olah raga, obesitas dan kurangnya aktivitas fisik.

Mengatasi nyeri kepala pada hipertensi dapat dilakukan untuk pasien merasa aman dan nyaman, yaitu dengan terapi non farmakologi dan terapi farmakologi.

Memberikan terapi nonfarmakologis, seperti mengatur diet, teknik distraksi dan relaksasi dan perlu adanya kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan serta istirahat dan tidur yang cukup atau berkualitas. Beberapa terapi farmakologi antara lain obat analgesik seperti amlodipine. Upaya yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan antara lain dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan klien dengan cara memberikan penyuluhan-penyuluhan mengenai penyakit hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan masalah hipertensi di Desa Petung Bakalan ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kasus asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama hipertensi pada pasien di desa Petung Bakalan
- 2) Mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama hipertensi pada pasien di desa Petung Bakalan
- 3) Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama hipertertensi pada di desa Petung Bakalan

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Praktis

1) Bagi Klien dan keluarga

Memberikan informasi cara perawatan pada pasien hipertermi dengan benar dan aktif dalam proses penyembuhan bagi keluarga, serta memberikan dukungan pada pasien dalam pembentukan sikap dan konsep diri yang positif.

2) Bagi Peneliti

Diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca mengenai keperawatan pada pasien tersebut.

3) Bagi Pembaca

Dapat memberikan informasi mengenai masalah keperawatan khususnya asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut di desa Petung Bakalan.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode pengumpulan data yang di pakai dalam penulisan laporan ini adalah secara deskriptif dengan memperhatikan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan secara komprehensif, melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan serta implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada laporan kasus ini adalah :

BAB I : Bagian pendahuluan akan membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, pengumpulan data, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan pustaka akan membahas tentang konsep penyakit, konsep klien, konsep dampak masalah, Asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg, tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Penyakit darah tinggi atau hipertensi adalah suatu keadaan dimana peredaran darah meningkat secara kronis. Hal tersebut di karenakan jantung bekerja lebih cepat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang di butuhkan di dalam tubuh (Irianto, 2014)

Hipertensi juga merupakan faktor utama terjadinya masalah kardiovaskular. Apabila tidak di tangani dengan baik dan tepat dapat mengakibatkan stroke, gagal jantung, gagal ginjal, dimensia, infark miokard, gangguan penglihatan dan hipertensi (Andrian, 2016).

2.1.2 Etiologi

Berdasarkan etiologi nya Hipertensi dapat menjadi 2 golongan yaitu :

a) Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Hipertensi ini sebanyak 90 sampai 95% kausnya tidak di ketahui penyebabnya para pakar menemukan hubungan antar riwayat keluarga penderita hipertensi (Genetik) dengan resiko menderita penyakit ini. Selain itu stres sebagai tertuduh utama, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya. Faktor-faktor yang termasuk

dalam penyebab dari hipertensi ini adalah lingkungan, kelainan metabolisme, obesitas, merokok, konsumsi alkohol dan kelainan darah.

b) Hipertensi renal atau hipertensi sekunder

Dari 5 sampai 10% kasus hipertensi penyebab khususnya sudah diketahui penyebabnya yaitu gangguan hormonal, penyakit diabetes, jantung, ginjal kasus yang sering terjadi adalah karna tumor kelenjar adrenal. Garam dapur bisa memperburuk resiko hipertensi jika mengkonsumsinya terlalu berlebihan tetapi hal ini bukan faktor penyebab hipertensi sekunder .

2.1.3 Klasifikasi Tekanan Darah pada Orang Dewasa

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Distolik (mmHg)
Optimal	<120	<180
Normal	<130-139	85-89
Hipertensi Stadium I	140-159	90-99
Hipertensi Stadium II	160-179	100-109
Hipertensi Stadium III	>180	>110

Sumber : Syamsudin, 2011.

2.1.4 Faktor Resiko Hipertensi

a. Faktor resiko yang tidak dapat di control

1. Jenis kelamin

Terjadinya hipertensi pada pria dan wanita lebih rendah wanita ketika berusia 20-30 tahun tetapi akan mudah menyerang pada wanita ketika umur 55 tahun sekitaran 60% hipertensi lebih dominan pada wanita hal ini di sebabkan pada perubahan hormon pada wanita setelah menopause (Triyanto, 2014).

2. Umur

Tekanan darah berubah pada seseorang secara stabil di usia 20-40 tahun setelah itu lebih meningkat secara cepat sehingga bertambahnya usia seseorang akan meningkatkan tekanan darah seseorang. jadi kesimpulannya seorang lansia lebih mempunyai tekanan darah yang tinggi dari pada usia mudah.

3. Keturunan (Genetik)

Faktor genetik tentu bisa mempengaruhi tekanan darah jika keluarga sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi hal ini terjadi akibat peningkatan kadar sodium intra seluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium individu sehingga orang tua beresiko lebih tinggi menderita hipertensi 2 kali lebih besar dengan orang yang tidak mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi (Buckman, 2010).

4. Pendidikan

Tingkat pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi tekanan darah. Tingginya resiko hipertensi pada pendidikan dan ilmu pengetahuan yang rendah, kemungkinan minimnya pengetahuan dalam mendapatkan informasi oleh petugas kesehatan sehingga berdampak pada perilaku ataupun hidup sehat (Armilawaty, dkk, 2013).

b. Faktor resiko hipertensi yang dapat di kontrol

1. Obesitas

Pada usia pertengahan dan usia lanjut, cenderung kurangnya melakukan aktifitas sehingga asupan kalori mengimbangi kebutuhn energi, sehingga akan

terjadi peningkatan berat badan atau obesitas dan bisa memperburuk kondisi (Prayitno, 2013).

2. Kurang olahraga

Jika melakukan aktifitas olahraga dengan teratur akan mudah untuk mengurangi peningkatan tekanan darah yang akan menurunkan tekanan perifer sehingga melatih otot jantung agar terbiasa melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya kondisi tertentu.

3. Kebiasaan merokok

Merokok dapat meningkatkan tekanan darah, hal ini dikarenakan di dalam kandungan nikotin yang bisa menyebabkan penyempitan pembuluh darah.

4. Konsumsi garam berlebihan

WHO merekomendasikan konsumsi garam yang dapat mengurangi peningkatan hipertensi. kadar sodium yang di rekomendasikan adalah tidak lebih dari 100 ml (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram) (Pranaka, 2014 2015).

5. Minum alkohol

Mengonsumsi alkohol dengan berlebihan akan menyebabkan meningkatnya tekanan darah yang tergolong parah karna dapat menyebabkan darah di otak tersumbat dan mengakibatkan stroke.

6. Minum kopi

Satu cangkir kopi mengandung kafein 75-200 mg, dimana dalam satu cangkir kopi dapat meningkatkan tekanan darah 5-10 mmHg.

7. Kecemasan

Kecemasan akan menimbulkan stimulus simpatis yang akan meningkatkan frekuensi jantung, curah jantung dan resistensi vaskuler, efek samping ini akan meningkatkan tekanan darah, kecemasan atau pun stres akan meningkatkan

tekanan darah. Jika seseorang merasa cemas pada masalah yang di hadapinya maka hipertensi akan kembali terjadi pada dirinya, hal ini di sebabkan karena rasa cemas yang ada pada dirinya dan akan mempengaruhi detak jantung semakin cepat sehingga jantung memompa darah ke seeluruh tubuh akan semakin cepat.

2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Manifestasi klinis yang timbul akibat hipertensi tidak sama pada setiap orang bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Hipertensi sendiri gejalanya sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Merasa pegal tidak nyaman di tengkuk
- c. Merasa berputar serasa ingin jatuh
- d. Timbul prasaan berdebar debar atau detak jantung berdebar cepat

Sebagian besar gejala klinis saat orang menderita hipertensi bertahun-tahun berupa:

1. Nyeri kepala saat terbangun dari tidur terkadang di sertai muntah akibat meningkatnya tekanan darah intracranial
2. Penglihatan penderita kabur di akibatkan oleh rusaknya retina akibat hipertensi
3. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
4. Nampak edema dan pembekakan akibat meningkatnya tekanan kapiler. Gejala lain yang paling umum terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, sakit kepala, muka merah, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk berasa kaku (Reni,2010).

2.1.6 Patofisiologi Hipertensi

Tekanan darah adalah hasil dari interaksi antara curah jantung dan dilatasi. Tekanan darah arteri di kontrol dalam waktu yang begitu singkat oleh baroreseptor arteri yang mendeteksi perubahan jumlah tekanan pada arteri utama kemudian melalui mekanisme umpan balik hormonal dapat menimbulkan berbagai variasi respon tubuh

seperti denyut jantung cepat atau tidak, kontraksi otot jantung, kontraksi otot polos pada pembuluh darah yang bertujuan mempertahankan tekanan darah dalam batas normal. Baroreseptor dalam komponen tekanan darah, seperti atrium, vena dan sirkulasi pulmonary, penderita hipertensi dapat dipastikan mengalami peningkatan salah satu dari kedua komponen ini, yakni resistensi pascular systemic dan curah jantung (Nugraha, 2016).

Hemodynamic yang has dari penyakit hipertensi yang menetap bergantung pada tinggi rendah nya tekanan arteri, pembesaran jantung, derajat kontriksi pembuluh darah, hipertensi sedangkan yang tidak di sertai pembesaran jantung akan memiliki curah jantung yang normal namun, terjadi peningkatan risestensi vaskular perifer dan penurunan kecepatan ventrikel kiri (Nugraha, 2016).

Saat hipertensi mulai bertambah berat jantung juga mulai mengalami pembesaran, curah jantung juga bisa mengalami penurunan secara progresif meskipun belum terdapat tanda-tanda gagal jantung. Hal tersebut di karnakan resistensi perifer sistemik semakin tinggi dan kecepatan ejeksi fentrikel kiri semakin menurun. Penurunan curah jantung ini dapat menyebabkan gangguan perfusi ke berbagai organ tubuh terutama ginjal kondisi ini berdampak pada penurunan volume ekstrasel dan perfusi ginjal yang berhujung dengan iskemik ginjal, perfusi ginjal yang menurun akan mengaktifasi sistem rennin angiotensin rennin yang di keluarkan oleh ginjal dapat merangsang angiotensinogen untuk mengeluarkan angiotensinogen I (AI) yang bersifat faso konstriktor lemah. Adanya angiotensin I pada peredaran darah akan memicu angiotensin converting enzyme (ACE) di endothelium pembuluh darah. ACE ini kemudian akan mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II yang merupakan faso konstriktor kuat, A II memiliki efek lain yang akhirnya dapat meningkatkan tekanan darah (Nugraha, 2016).

Dampak hipertensi ke jantung jika semakin meningkat maka beban jantung dapat menimbulkan hipertropi jantung. Kondisi hipertropi ini menyebabkan penyempitan ruang jantung sehingga menurunkan curah jantung. Jika jantung tidak dapat kompensasi lagi maka tidak dapat mengkompensasi lagi. Maka bisa terjadi gagal jantung. Sedangkan tekanan intra kranial yang berefek pada tekanan intracular akan mempengaruhi penglihatan. Bahkan penanganan tidak cepat di lakukan penderita hipertensi akan mengalami kebutaan penurunan aliran darah ke ginjal akibat dari resistensi sistemik dapat mengakibatkan kerusakan pada perenkim ginjal jika tidak cepat di tangani akan berakhir dengan penyakit gagal ginjal (Nugraha, 2016).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi tekanan darah tinggi atau hipertensi menurut (Pudiasuti, 2011) sebagai berikut :

1. Stroke

Seorang penderita stroke juga biasa di sebabkan oleh tekanan darah tinggi yang biasanya muncul pendarahan di otak yang di sebabkan pecahnya pembuluh darah selain itu juga di akibatkan oleh trombosit pembekuan darah pada pembuluh darah serta emboli yaitu benda asing yang terbawa aliran darah dalam pembuluh darah serta bisa menyumbat bagian distal pembuluh darah.

2. Gagal jantung

Gagal jantung merupakan kondisi dimana kelainan pada jantung menyebabkan jantung tidak dapat memompa dengan cepat untuk memenuhi metabolisme jaringan atau pun jantung hanya bisa melakukan dengan volume diastolic yang sangat tinggi. Gagal jantung ini bisa saja terjadi pada penyakit jantung bawaan dimana dalam hal ini otot jantung rusak akibatnya beban hemodinamic jangka panjang yang berlebih karna kelainan cacat jantung (Syamsudin, 2011).

3. Gagal ginjal

Penyakit ginjal biasanya di akibatkan tekanan darah tinggi yang tidak di rawat penyakit ginjal terjadi saat kerusakan pembuluh darah dalam ginjal menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengeluarkan garam dan air pada akhirnya menyebabkan rendahnya kadar rennin plasma dan cairan tertahan. Cairan yang tertahan ini dapat meningkatkan tekanan darah yang menyebabkan kerusakan lain pada ginjal (Divine, 2012).

4. Kebutaan

Hipertensi bisa merusak pembuluh darah ke otak. Retinopati juga dapat merusak pembuluh darah ke retina sehingga dapat mengakibatkan perubahan penglihatan atau kebutaan kerusakan ini tidak di ketahui sehingga menjadi permanen (Devine,2012).

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Terapi pada penyakit hipertensi Menurut Marya (2013) dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis,terapi farmakologis yaitu:

1. Terapi Farmakologis

a. Diuretik

Peranan sentral retensi garam dan air dalam proses terjadinya hipertensi essensial, penggunaan diuretic dalam pengobatan hipertensidapat masuk akal. Akan tetapi, akhir-akhir ini rasio manfaat terhadap resikonya masih belum jelas. Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan diuretikseperti: hipokalemia, hiperurisemia, danintoleransi karbohidrat dapat meniadakan efek manfaat obat tersebut dalam menurunkan tekanan darah tinggi.

b. Vasodilator

Peningkatan resistensi perifer merupakan kelainan utama hipertensi essensial, maka pemberian obat vasodilator dapat menjawab kelainan ini. Obat-obat vasodilator akan menyebabkan vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah yang akan menurunkan tekanan darah.

2. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis bagi penderita hipertensi yaitu :

- a. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor seperti : stress, merokok dan obesitas
- b. Melakukan aktivitas olahraga aerobik secara teratur
- c. Membatasi asupan jumlah kalori, garam, kolesterol, lemak, dan lemak jenuh dari makanan

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
2. Pemeriksaan retina
3. Pemeriksian laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
4. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
5. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin , darah dan glukosa
6. Pemeriksaan: renogram, piologram intrvena arteriogram renal pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin
7. Foto dada dan CT Scan (Padila, 2013)

2.2 Konsep Keperawatan Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga di definisikan dengan istilah kekerabatan di mana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014). Menurut Duval keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan upaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga (Harnilawati, 2013).

2.2.2 Tipe Keluarga

Dalam ilmu sosiologi, keluarga memerlukan pelayanan kesehatan yang berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

a) Tradisional

a) *The Nuclear Family* (keluarga inti)

Keluarga terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orang tua atau kelahiran. keluarga terdiri dari suami, istri, dan anak, baik dari sebab biologis maupun adopsi.

b) *The Dyad Family* (keluarga tanpa anak)

Keluarga terdiri suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam suatu rumah.

c) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan mengejar karier atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

d) Keluarga Adopsi

Keluarga adopsi adalah keluarga yang mengambil tanggung jawab dalam secara sah dari orang tua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.

e) *The Extended Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, seperti *nuclear family* disertai paman, tante, orang tua (kakek-nenek), keponakan, dan lain-lain.

f) *The Single-Parent Family* (keluarga orang tua tunggal)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

g) *Commuter Family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat *week end* atau pada waktu-waktu tertentu.

h) Multi-generation Family

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

i) Kin-Network Family

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh: dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dan lain-lain.

j) Blended Family (keluarga campuran)

Duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.

k) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihan atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.

l) Keluarga Binuklir

Keluarga binuklir merujuk pada bentuk keluarga setelah cerai dimana anak menjadi anggota dari suatu sistem yang terdiri dari dua rumah tangga inti, ibu dan ayah dari berbagai macam kerja sama antara keduanya serta waktu yang digunakan dalam setiap rumah tangga.

b) Non Tradisional

Bentuk keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain. Bentuk keluarga non tradisional yang paling umum saat ini adalah:

a) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa menikah.

b) *The Step Parent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

c) *Commne Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama; serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

d) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting family* (Keluarga kumpul kebo heterosexual).

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

e) *Gay and lesbian families*

Seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagai „*marital partners*“.

f) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g) *Group-marrige family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual, yang membesarkan anaknya.

h) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan / nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

i) *Foster Family*

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

j) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau problem kesehatan mental.

k) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman fungsi keluarga terbagi atas :

a) Fungsi Afektif

Fungsi ini merupakan persepsi keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

b) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan individu sebagai hasil dari adanya interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial.. Fungsi ini melatih agar dapat beradaptasi dengan kehidupan sosial.

c) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d) Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e) Fungsi Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan. (Harnilawati, 2013)

2.2.4 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain.

Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk/tipe keluarga, namun ada juga yang memandang struktur keluarga menggambarkan subsistem subsistemnya sebagai dimensi. Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam struktur keluarga diantaranya :

a) Patrilinea

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis.

b) Matrilineal

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis.

c) Matrilokal

Adalah sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah dari sang istri.

d) Patrilokal

Adalah sepasang suami-istri yang tinggal bersama bersama keluarga sedarah dari sang suami.

e) Keluarga kawin

Adalah hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri

2.2.5 Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan keluarga merupakan kemampuan (potensial/aktual) dari individu untuk mengontrol atau memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain (anggota keluarganya). Beberapa macam struktur kekuatan :

1. *Legitimate power/authorthy* (hak untuk mengontrol) seperti orang tua terhadap anak
2. *Referent power* (seseorang yang ditiru),
3. *Resource or expert power* (pendapat, ahli, dan lain),
4. *Reward power* (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang

akan diterima),

5. *Coercive power* (pengaruh yang dipaksakan sesuai keinginannya),
6. *Information power* (pengaruh yang dilalui melalui persuasif),
7. *Affective power* (pengaruh yang diberikan melalui memanipulasi dengan cinta kasih, misalnya hubungan sexual).

2.2.6 Struktur Peran

Peran menunjukkan pada beberapa set perilaku yang bersifat homogen dalam situasi sosial tertentu. Peran lahir dari hasil interaksi sosial. Peran biasanya menyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial tertentu.

1) Peran-peran formal dalam keluarga

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogen. Peran formal yang standar dalam keluarga, antara lain: pencari nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, supir, tukang renovasi rumah, tukang masak, dan lain-lain. Jika dalam keluarga hanya terdapat sedikit orang untuk memenuhi peran tersebut, maka anggota keluarga berkesempatan untuk memerankan beberapa peran dalam waktu yang berbeda.

- a. Peran parental dan perkawinan
- b. Peran-peran dalam keluarga
- c. Peran seksual perkawinan
- d. Peran ikatan keluarga atau *kinkeeping*
- e. Peran kakek/nenek

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing yang antaranya :

a) Ayah

Ayah sebagai pimpinan keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidikan, pelindung, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga, dan sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.

b) Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga, dan sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, serta sebagai anggota masyarakat atau kelompok tertentu.

c) Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

2) Peran-peran informal keluarga

Peran-peran informal keluarga (peran tertutup) biasanya bersifat implisit, tidak tampak permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga.

2.2.7 Struktur Nilai

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap, dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu. Sistem nilai di keluarga dia anggap sangat memengaruhi nilai-nilai masyarakat. Sebuah nilai keluarga akan membentuk pola tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Keyakinan dan nilai ini akan menentukan bagaimana keluarga mengatasi masalah kesehatan dan stresor-stresor lain.

2.2.8 Stress dan koping keluarga

Secara terus menerus, keluarga dihadapkan pada perubahan. Stimulus untuk perubahan ini datang dari luar dan dalam. Stimulus ini disebut dengan stresor. Stresor merupakan agen pencetus stres atau penyebab yang mengaktifkan stres, seperti kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius (lingkungan, ekonomi, sosial budaya) yang menimbulkan perubahan dalam sistem keluarga. Ada tiga strategi untuk adaptasi, yaitu :

1) Mekanisme pertahanan

Mekanisme pertahanan merupakan cara-cara yang dipelajari, kebiasaan otomatis untuk berespon yang bertujuan untuk menghindari masalah-masalah yang dimiliki stresor dan biasanya digunakan apabila tidak ada penyelesaian yang jelas dalam keluarga.

2) Strategi koping

Strategi koping merupakan perilaku koping atau upaya-upaya koping dan merupakan strategi yang positif, aktif, serta khusus untuk masalah yang disesuaikan untuk penyelesaian suatu masalah yang dihadapi keluarga.

3) Penguasaan

Penguasaan merupakan strategi adaptasi yang paling positif karena keadaan koping benar-benar di atasi sebagai hasil dari upaya-upaya koping yang efektif dan di praktikkan dengan baik yang didasarkan pada kompetensi keluarga.

2.2.9 Perkembangan keluarga

Tiap tahap perkembangan membutuhkan tugas atau fungsi keluarga agar dapat melalui tahap tersebut dengan sukses. Tiap individu mempunyai tugas-tugas perkembangan yang harus mereka capai agar mereka merasa puas selama tahap perkembangan dan

agar mereka mampu beralih ke tahap berikutnya dengan berhasil. Setiap tahap perkembangan keluarga pun punya tugas-tugas perkembangan yang spesifik. Tugas perkembangan keluarga merupakan tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga selama setiap tahap perkembangan sehingga dapat memenuhi:

1. Kebutuhan biologis keluarga
 2. Imperatif budaya keluarga
 3. Aspirasi serta nilai-nilai keluarga.
- a) Tugas Keluarga

Tugas keluarga menurut (Friedman, 1998) :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya
- b. Mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat
- c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya karena cacat atau usianya yang terlalu muda
- d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan perkembangan kepribadian anggota keluarga
- e. Mempertahankan hubungan sosial balik antara keluarga dan lembaga kesehatan yang ada

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa di samakan satu sama yang lain. Secara sederhana nyeri di artikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun secara emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain sehingga

individu merasa tersiksa, menderita dan akhirnya mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Asmadi, 2010)

Setiap individu memberikan persepsi yang berbeda terhadap rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar bagi perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun secara emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, Menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Andina, 2017).

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

Jenis nyeri ada dua macam yaitu:

1. Nyeri akut

Menurut NANDA (2012) nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan nyeri akut dan nyeri kronis (Bare, 2010).

2.3.2 Fisiologi Nyeri

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

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan yang membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi nyeri yang disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu dan kimiawi. Sedangkan proses fisiologis terkait nyeri disebut noisepsi. Proses ini terdiri dari empat fase, yaitu :

a) Transduksi

Pada fase ini, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (misalnya bahan kimia, suhu, listrik) memicu pelepasan mediator biokimia yang mensensitisasi nosiseptor.

b) Transmis

Fase transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis dua jenis serabut nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus melalui jalur spinothalamikus (spinothalamic tract (STT)). STT merupakan sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke thalamus. Selanjutnya pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbic.

c) Persepsi

Pada fase ini individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya sebagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d) Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden” pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medulla spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medulla spinalis (Mubarak & Chayat, 2011)

2.3.3 Jenis dan Klasifikasi Nyeri Kepala

a) Jenis Nyeri

1. Nyeri perifer, terdapat tiga macam :

- a. Nyeri superficial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
 - b. Nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks.
 - c. Nyeri alih, yakni yang di rasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
 - d. Nyeri sentral, yakni nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
 - e. Nyeri psikogenik, yakni nyeri yang tidak di ketahui penyebab fisik nya (Mubarak & Chayati, 2011).
- b) Klasifikasi nyeri kepala
2. Nyeri kepala primer

Merupakan nyeri kepala yang tidak diasosiasikan dengan patologi atau kelainan lain yang menyebabkannya. Nyeri kepala ini di bagi berdasarkan gejalanya, yaitu :

a. Migrain

Migrain ini mempunyai sub type mayor yaitu migrain tanpa aura dan migrain dengan aura. Migrain tanpa aura adalah nyeri kepala berulang dengan manifestasi serangan selama 4-72 jam. Migrain dengan aura yaitu nyeri kepala dengan seragan berulang, sepenuhnya unilateral secara reversible baik itu visual, sensorik, atau gejala sistem saraf pusat lainnya yang biasanya berkembang secara bertahap.

b. Nyeri kepala tipe tegang

Nyeri kepala ini sering terjadi dengan prevalensi seumur hidup dalam populasi umum berkisar 30% dan 78% dalam studi yang berbeda.

c. Nyeri kepala tipe cluster

Nyeri yang serangannya berat dan terjadi mulai dari sekali hari sampai delapan kali sehari.

3. Nyeri kepala sekunder

Merupakan nyeri kepala yang di sebabkan karena penyakit lain sehingga terdapat peningkatan intrakranial atau nyeri kepala yang jelas terdapat kelainan anatomi maupun struktur.

2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia merupakan factor penting yang mempengaruhi nyeri. Khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang di temukan di antara kelompok usia merupakan factor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang di temukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (Bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat di abaikan atau tidak di tangani oleh petugas kesehatan (Haswita & Sulistyowati, 2017)

2. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya di jumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetic berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh

menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri di pengaruhi oleh factor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan adanya perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengespresikan nyerinya. Pengobatan di temuka lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya. Sedangkan laki-laki menerima analgesic aploid lebh sering berbagai pengobatan untuk nyeri (Haswita & Sulistyoyati 2017)

3. Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang di harapkan dan apa yang di terima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap di kaitkan dengan nyeri di berbagai kelompok budaya (Haswita & sulistyowati, 2017)

Latar belakang etnik dan budaya merupakan factor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain (Mubarak & Chayati, 2011)

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Arti nyeri bagi seseorang mempengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri di ketahui, individu mungkin dapat mengintrepetasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak di ketahui, maka banyak factor psikologis negative (seperti kekuatan dan kecemasan) berperan dan

meningkatkan derajat nyeri yang di rasakan. Jika pengalaman tersebut di artikan negatif, maka nyeri yang di rasakan akan terasa lebih intens di bandingkan nyeri yang di rasakan di situasi dengan hal yang positif (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

5. Perhatian

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

6. Ansietas

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

7. Pengalaman terdahulu

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

8. Gaya koping

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

9. Dukungan keluarga dan social

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

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 (Mubarak & Chayatin, 2011)

2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri Farmakologis dan Non Farmakologis

a) Terapi nyeri farmakalogis

Analgesic merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan yang bisa di gunakan untuk mengendalikan nyeri, yaitu:

- 1) Analgesic 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 seperti di dalam SSP.
- 3) Adjuvant, Adjuvant bukan merupakan analgesic yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.

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

b) Terapi nyeri non farmakologis

- Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperature mereka berada dalam antara 4-5 C dari temperature tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperature untuk di sesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit.

Pemberian panas merupakan cara yang baik dalam menurunkan atau merendahkan nyeri sehingga di setuju termasuk kedalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat di berikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat).

Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat di gunakan untuk mengurangi

atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (Black & Hawks, 2014)

- Akupresur

Akupresur memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat. Perawat ahli terapi mempelajari alur energi atau meridian tubuh dan memberikan tekanan pada titik-titik tertentu disepanjang alur.

- Napas dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah di pelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (Black & hawks, 2014)

- Distraksi

Perhatian di jauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negative yang di kaitkan dengan episode nyeri. Penjelsan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif di anggap dapat membatasi kemampuan seseorang untuk memperhatikan sesnsasi yang tidak menyenangkan (Black & Hawks, 2014).

- Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat di ubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada seugesti, disosiasi, dan proses memfokuska pada perhatian (Black & Hawls, 2014)

2.3.6 Respon Terhadap Nyeri

a) Respon fisiologis

Pada saat implus nyeri naik ke medulla spinalis ke batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai respon dari stres. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperhatikan tanda-tanda fisik.

b) Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk reflex guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibatkan tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Chayatin, 2011)

c) Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan (Mubarak & Chayatin, 2011)

d) 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 & Chayatin, 2011)

2.3.7 Intensitas Nyeri

Nyeri tidak dapat di ukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relative. Oleh karena itu banyak tes, skor, atau tingkatan angka di buat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara subjektif setetap mungkin (Asmadi, 2010).

2.3.8 Alat Bantu Menentukan Nyeri

a) Visual Analog Skale (VAS) dan Numeric Rating Scale (NRS)

Penggunaan skala ini dengan cara pasien di minta untuk memberikan tanda pada garis angka yang menandakan intensitas nyeri yang di rasakan. Pada VAS, pemberian tanda semakin ke kiri berarti semakin tidak nyeri dan sebaliknya. Sementara pda NRS angka 0 menyatakan tidak ada nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang sangat berat.

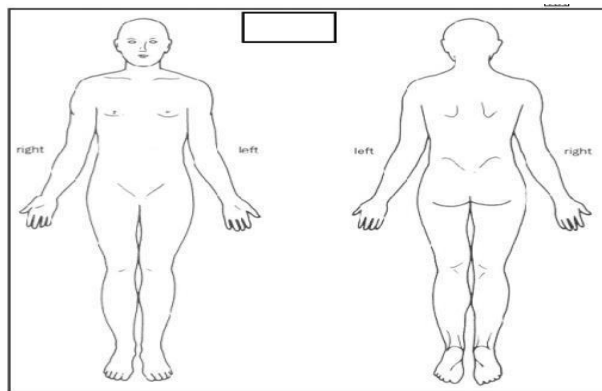


Gambar 2.1 *Visual Analog Scale (VAS)*

Sumber : (Asmadi, 2010)

b) Pain Diagram

Diagram ini dapat digunakan untuk membantu menentukan letak posisi nyeri, seperti tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi dengan gambar tubuh manusia dan disertai instruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan.



Gambar 2.2 Pain Diagram Sumber : (Asmadi, 2008)

c) Face Pain Rating Scale

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



d) Catatan harian

Digunakan untuk mengevaluasi hubungan antar dinamika nyeri yang dirasakan dengan aktivitas sehari-hari secara continue (Asmadi, 2008).

2.3.8.1 Cara Penilaian Nyeri Menurut PQRST

P : Provokatif / Paliatif

Apa kira-kira Penyebab timbulnya rasa nyeri...? Apakah karena terkena ruda paksa / benturan..? Akibat penyayatan..? dll.

Q : Kualitas / Quantitas

Seberapa berat keluhan nyeri terasa..?. Bagaimana rasanya..?. Seberapa sering terjadinya..?

Ex : Seperti tertusuk, tertekan / tertimpa benda berat, diris-iris, dll.

R : Region / Radiasi

Lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan / ditemukan..? Apakah juga menyebar ke daerah lain / area penyebarannya..?

S : Skala Seviritas

Skala kegawatan dapat dilihat menggunakan GCS (Glasgow's Coma Scale)) untuk gangguan kesadaran, skala nyeri / ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan

T : Timing

Kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan..? Seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi...? Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap..? Acut atau Kronis..?

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data secara sistemis dan cermat untuk menentukan status kesehatan klien saat ini dan riwayat kesehatan masalalu, serta menentukan status fungsional serta mengevaluasi pola koping klien saat ini dan masalalu.

Apakah pasien pernah menderita penyakit demam tifoid, atau menderita penyakit lainnya. (Elyas, 2013).

- Identitas Pasien

Apakah keluarga pernah menderita hipertensi, diabetes melitus (Elyas, 2013).

- Keluhan Utama

Berupa perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, kurang bersemangat, dan nafsu makan kurang (terutama selama masa inkubasi).

- Riwayat Penyakit Sekarang

1. Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan, apakah betul ada kejang.
2. Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah terdapat infeksi. Infeksi mempengaruhi penting dalam terjadinya bangkitan kejang pada anak.
3. Lama serangan Seorang ibu yang anaknya mengalami kejang merasakan waktu berlangsung lama. Dari lama bangkitan kejang dapat kita ketahui respon terhadap prognosa dan pengobatan.

- Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian yang mendukung dikaji dengan menanyakan apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada, hipertensi, iskemia miokardium, infark

miokardium, diabetes melitus, dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa dikonsumsi oleh pasien pada masa yang lalu dan masih relevan dengan kondisi saat ini. Obat-obatan yang terkait misalnya seperti obat diuretik, nitrat, penghambat beta, serta anti hipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu, alergi obat, dan reaksi alergi yang timbul (Mutaqqin, 2014b).

- Riwayat Kesehatan Keluarga

Perawat memfokuskan bertanya tentang penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga, terutama anggota keluarga yang meninggal pada usia produktif, dan penyebab kematiannya. (Mutaqqin, 2014b).

a) Data Psikososial

Perubahan integritas ego yang ditemukan pada pasien adalah biasanya pasien seringkali menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit/perawatan yang tak perlu, khawatir tentang keluarga, pekerjaan, dan keuangan dan terjadi perubahan peran yang kadang menyebabkan pasien jatuh dalam keadaan depresi (Mutaqqin, 2014b).

b) Pengkajian data terkait aktivitas menurut (Widuri,2012).

1) Data Obyektif

a) Kaji tingkat ketergantungan : level 0,1,2,3,4

Level 0 : mandiri

Level 1 : membutuhkan penggunaan alat bantu

Level 2 : membutuhkan supervisi/ pengawasan orang lain

Level 3 : membutuhkan bantuan dari orang lain

Level 4 : ketergantungan / tidak berpartisipasi

- b) Tes ROM sendi.
- c) Tes kekuatan, tonus dan masa otot.
- d) Tes keseimbangan,
- e) Palpasi nadi : teraba/tidak, *rate*, irama dan kualitas,
- f) Catat bunyi jantung dan adanya mur mur,
- g) Rekam tekanan darah, catat adanya perubahan dengan posisi
- h) Auskultasi bunyi napas, catat adanya suara napas tambahan
- i) Catat *rate* dan karakter pernafasan, adanya kesulitan/ kelainan (retraksi, batuk, sputum, penggunaan otot aksesoris, flaring) serta kebutuhan penggunaan O2
- j) Kaji status vaskuler, misal : pulsasi perifer, varises, *capillary refill*, tanda perubahan kulit atropik, warna kulit dan kuku, edema, kulit kering/edema.
- k) Observasi *hygiene* umum, penampilan berpakaian dan berhias.
- l) Hasil pemeriksaan lab, x- ray, EKG, AGD, enzim jantung, *pulse oksimetri*, sputum kultur.
- m) Observasi pola istirahat/ tidur
- n) Observasi gangguan istirahat/ tidur
- o) Observasi kesadaran dan status mental

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, klien atau masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita hipertensi antara lain :

- a) Nyeri akut
- b) Defisit Pengetahuan

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada pasien Hipertensi

No	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
	Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Kode	Intervensi
1.	D.0077	Nyeri Akut	L.08066	Luaran Utama: Tingkat Nyeri	1.08238	Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri - Monitor efek samping
			L.03019	Luaran Tambahan : Fungsi Gastrointestinal		
			L.08063	Kontrol Nyeri		
			L.05042	Mobilitas Fisik		
			L.14130	Penyembuhan Luka		
			L.02011	Perfusi Miokard		
			L.02011	Perfusi Perifer		

			L.05045	Pola Tidur		penggunaan analgetik
			L.08064	Status Kenyamanan		Terapeutik :
			L.14136	Tingkat Cedera		<ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
						Edukasi :
						<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri
						Kolaborasi :
						<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik

NO	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
	Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Kode	Intervensi
2.	D.0111	Defisit Pengetahuan	L.12111	Luaran Utama : Tingkat Pengetahuan	1.12383	Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan tingkat fungsi fisik, kognitif, dan kebiasaan identifikasi bahaya keamanan di lingkungan Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan keamanan lingkungan
			L.09079	Luaran Tambahan : Memori		
			L.09080	Motivasi		
			L. 10100	Proses Informasi		
			L.09092	Tingkat Agitasi		
			L.12110	Tingkat Kepatuhan		

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan, keluarga di didik untuk dapat menilai potensi yang di miliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah yang di hadapi, merawat anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2007).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standart yang telah di tetapkan untuk melihat keberhasilannya (Suprajitno, 2004).

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktifitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga nya (Sudiharto, 2007).

Menurut faisaldo (2014) evaluasi dapat di bagi menjadi 2 jenis yaitu :

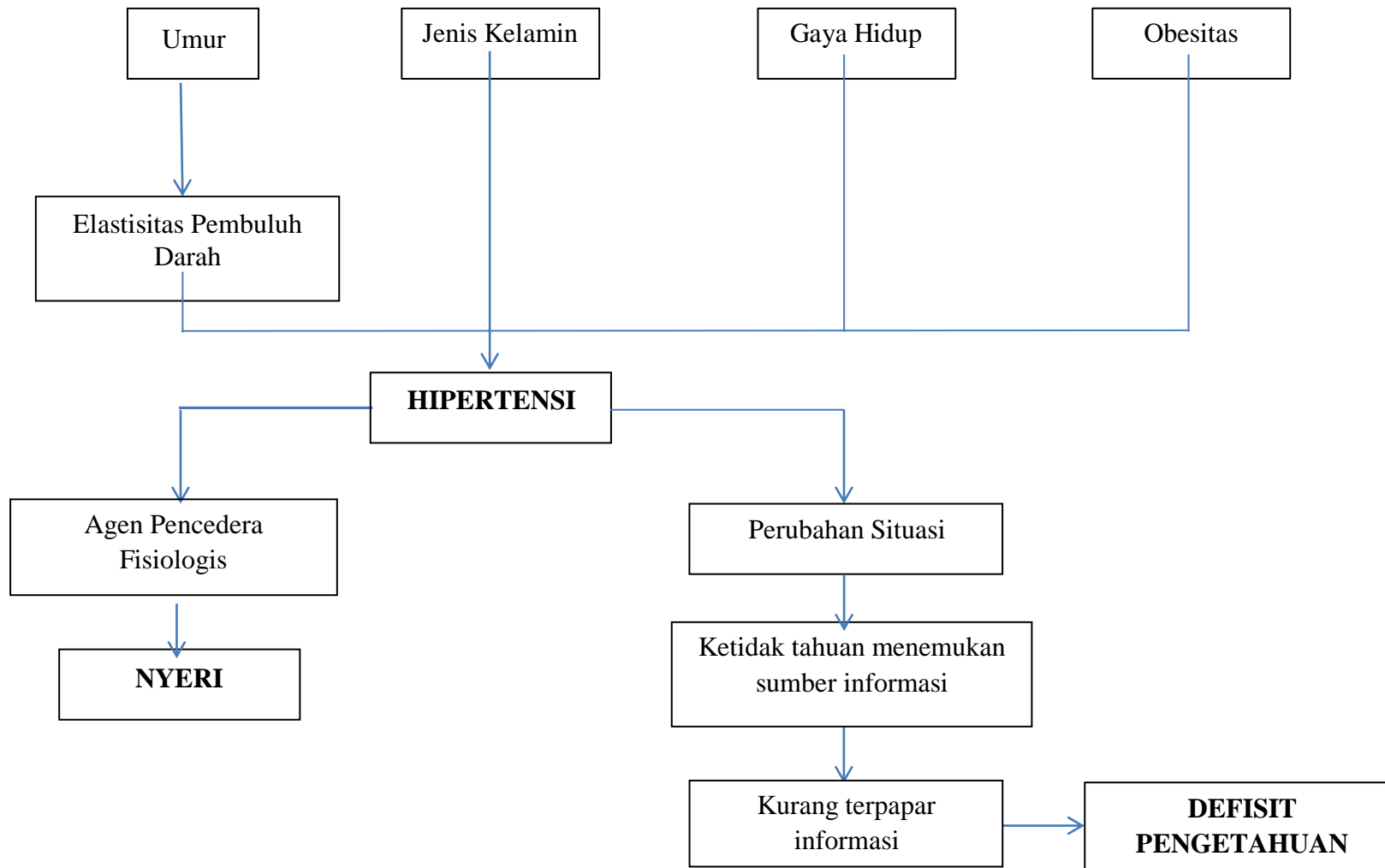
a) Evaluasi berjalan (evaluasi formatif)

evaluasi yang di kerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berorientasi pada masalah yang di alami klien, format yang di gunakan dalam bentuk evaluasi formatif adalah SOAP

b) Evaluasi akhir (sumatif) evaluasi yang di kerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah di kerjakan dengan tujuan yang ingin di capai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat di tinjau kembali untuk mendapatkan

data guna memodifikasi perencanaan. Format yang di gunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

2.5 Kerangka Masalah / pathway



BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada 22 Februari 2021 pukul 09.00 WIB di rumah keluarga Tn. Hr di Desa Petung Bakalan dengan teknik pengumpulan data wawancara observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi keperawatan.

FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA

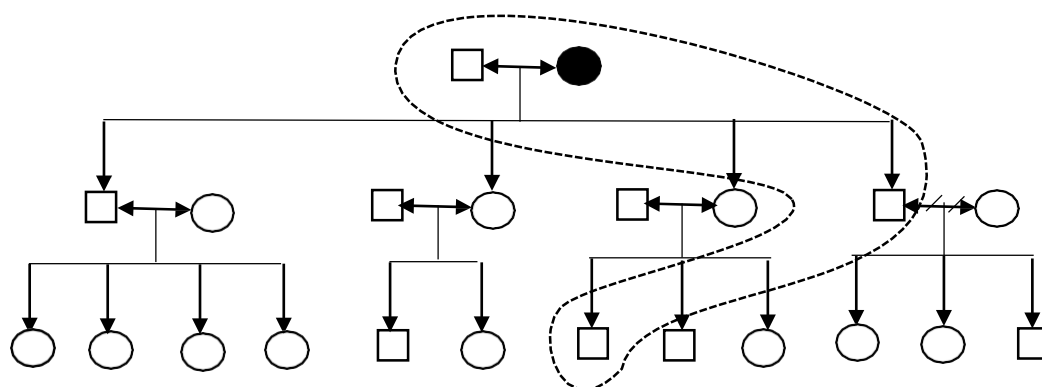
I. Data Umum

1. Kepala Keluarga (KK) : Tn. Hr
2. Alamat dan telepon : Petung
3. Pekerjaan KK : Pensiunan
4. Pendidikan KK : SMA
5. Komposisi keluarga

No	Nama	J K	Hub.kel uarga dengan KK	Umur	Pen- Didikan	Status Imunisasi										Ket		
						BCG	Polio				DPT			Hepatitis			Campak	
							1	2	3	4	1	2	3	1	2			3
1.	Tn.Hr	L	KK	50 th	SMA													
2.	Ny.R N	P	Istri	55 th	SMA													
3.	An.N	L	Anak	21 th	SMA													
4.	AnA	P	Anak	15 th	SMA													

Genogram

Keterangan :



- : laki laki
- : perempuan
- : pasien
- ↔ : serumah
- ↔ / : berpisah

6. Tipe Keluarga :
Keluarga Tn.Hr termasuk tipe keluarga inti yaitu didalam suatu rumah terdiri dari ayah, ibu,dan anak.
7. Suku bangsa :
Keluarga klien berasal dari suku Jawa atau Indonesia kebudayaan yang di anut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan, bahasa sehari-hari yang di gunakan yaitu bahasajawa
8. Agama :
Seluruh anggota Tn.Hr beragama islam dan taat beribadah, sering mengikuti pengajian yangada di RT serta berdoa agar Tn.Hr dapat sembuh dari penyakitnya.
9. Status social ekonomi keluarga

<i>Jumlah pendapatan perbulan</i>	:3.000.000,00
<i>Sumber pendapatan perbulan</i>	:
<i>Makan</i>	: 1.500.000,00
<i>Listrik</i>	:200.000,00
<i>Beli Bensin</i>	:200.000,00
<i>Jumlah pengeluaran perbulan</i>	:1.900.000,00
10. Aktivitas rekreasi keluarga
Rekreasi digunakan untuk mengisi kekosongan waktu dengan menonton televisive bersamadirumah, rekreasi diluar rumah kadang-kadang.

II. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

11. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga dengan anak remaja, keluarga telah berusaha memberikan kebebasan dan tanggung jawab kepada anaknya, keluarga selalu mencoba mempertahankan

komunikasi yang terbuka dengan anggota keluarganya

12. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Berdasarkan hasil wawancara maka didapat bahwa pada usia remaja mulai merasa tekanan yang cukup berat karena semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula biaya yang di butuhkan

13. Riwayat kesehatan keluarga inti

Tn.Hr sebagai kepala keluarga mempunyai hipertensi sejak 1 tahun yang lalu, rutin control puskesmas 1 bulan sekali untuk cek lab dan mengambil obat rutin, tidak mempunyai masalah dengan istirahat tapi ketika duduk Tn.Hr merasa pusing di bagian belakang kepala, tidak mempunyai masalah saat makan, maupun kebutuhan dasar lainnya mempunyai penyakit hipertensi pada saat pengkajian :

TD	: 180/100 mmHg	N	: 88x/menit	BB	:54 Kg
S	: 36,8°C	RR	: 20x/menit	TB	: 162 cm

14. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Tn.Hr menderita hipertensi tapi keluarganya Tn.Hr dari pihak Bapak/Ibuk tidak ada yang menderita hipertensi.

III. Data lingkungan

15. Karakteristik rumah

Memiliki sirkulasi udara yang baik, memiliki system sanitasi yang baik, dan memiliki sistempenerangan yang baik

16. Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Hubungan antar tetangga saling membantu, bila ada tetangga yang membangun rumah dikerjakan saling gotong royong

17. Mobilitas geografis keluarga

Sebagai penduduk kota Pasuruan, tidak pernah transmigrasi maupun imigrasi

18. Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Kebiasaan Tn.Hr di lingkungan sekitarnya, yaitu Tn.Hr selalu berkumpul dan berkomunikasi dengan tetangga pada waktu siang hari, dan kebiasaan lain dari masyarakat di lingkungan sekitar rumah selalu melaksanakan kerja bakti

19. System pendukung keluarga

Jumlah anggota keluarga yaitu 4 orang, ke puskesmas bersama, saling mendukung satu samalain.

IV. Struktur keluarga

20. Struktur peran

Formal : Tn.Hr sebagai kepala keluarga, Ny. Rn sebagai istri
 Informal : Tn.Hr dibantu anaknya juga membantu mencari nafkah

21. Nilai atau norma keluarga

Keluarga percaya bahwa hidup sudah ada yang mengatur, demikian pula dengan sehat dan sakit keluarga juga percaya bahwa tiap sakit ada obatnya, bila ada keluarga yang sakit dibawa ke puskesmas atau petugas kesehatan yang terdekat.

22. Pola komunikasi keluarga

Anggota keluarga menggunakan bahasa Jawa dalam berkomunikasi sehari-harinya dan mendapatkan informasi dari petugas kesehatan dan televisi

23. Struktur kekuatan keluarga

Tn.Hr menderita penyakit hipertensi, anggota keluarga lainnya dalam saling mendukung

V. Fungsi keluarga

24. Fungsi ekonomi

Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makan yang cukup, pakaian dan biaya untuk berobat

25. Fungsi mendapatkan status social

Tn.Hr selalu memberikan norma yang baik untuk kedua anaknya beserta istrinya

26. Fungsi pendidikan

Tn.Hr selalu memberikan pendidikan yang terbaik untuk kedua anaknya sebagai kepalakeluarga.

27. Fungsi sosialisasi

Setiap hari keluarga selalu berkumpul di rumah, hubungan dalam keluarga baik dan selalumentaati norma yang baik

28. Fungsi pemenuhan kesehatan

Tn.Hr dan keluarga akan merawat anggota yang sakit sesuai dengan kemampuan yangdimilikinya.

29. Fungsi religious

Tn.Hr selalu mengajak keluarganya untuk beribadah, dan selalu sholat berjama'ah

30. Fungsi rekreasi

Tn.Hr mengajak keluarganya berekreasi setahun sekali dan dihari-hari biasanya Tn.Hr selaluberkumpul dengan keluarganya.

31. Fungsi reproduksi

Tn.Hr mempunyai 2 anak laki-laki dan perempuan

32. Fungsi afeksi

Keluarga Tn.Hr saling mendukung kebutuhan sehingga dapat terpenuhi kehidupan sederhana, dapat menyelesaikan masalah dengan musyawarah dan keputusan keluarga yang terakhir ditentukan oleh Tn.Hr sebagai kepala keluarga

VI. Stress dan koping keluarga

33. Stressor jangka pendek dan panjang

Stresor jangka pendek : Tn.Hr mengatakan dirinya menderita penyakit hipertensi
 Stresor jangka panjang : Tn.Hr mengidap penyakit hipertensi semenjak 1 tahun yang lalu dan ia ingin penyakitnya ini sembuh total

34. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga Tn.Hr selalu melakukan musyawarah dalam menyelesaikan masalah baik dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat

35. Strategi koping yang digunakan

Anggota keluarga selalu bermusyawarah untuk menyelesaikan masalah yang ada

36. Strategi adaptasi disfungsional

Jika ada masalah dengan anggota keluarganya Tn.Hr menyampaikan atau membicarakan dengan anggota keluarganya

VII. Pemeriksaan kesehatan tiap individu anggota keluarga

	V	Tn. Hr	Ny. Rn	An. N	An. A
TTV		TD : 120/90 mmHg RR : 20 x/m N : 80 x/m S : 36,6 °C	TD :170/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,7 °C	TD :120/80 mmHg RR : x/m N : 80 x/m S : 36,5 °C	TD : 110/80 mmHg RR : x/m N : 80 x/m S : 36,5 °C
Kepala dan rambut		Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut putih Beruban dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut putih panjang. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut hitam dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut hitam dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.

Mata	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva anemis.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.
Hidung	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada Benjolan dan tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri Tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada Benjolan dan tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan
Mulut	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigidan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.
Telinga	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.
Leher	Simetris,tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.	Simetris,tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer,tidak ada nyeri tekan.	Simetris,tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer,tidak ada nyeri tekan.	Simetris, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.
Thorax	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.
Ekstermitas	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot $\frac{5}{5}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan, kelemahan tangan dan kaki kiri. Kekuatan otot 5 $\frac{3 5}{5 3}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot 5 $\frac{5 5}{5 5}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot 5 $\frac{5 5}{5 5}$

IX. Harapan Keluarga

Keluarga berharap pada petugas kesehatan agar meningkatkan mutu pelayanan dan membantumasalah Tn.Hr

3.2 Analisa Data



Data	Etiologi	Masalah
<p>DS : Klien mengatakan : P : Nyeri timbul saat di gerakkan Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Nyeri dirasakan di bagian belakang kepala S : Skala nyeri 5 T : Waktu 4 jam</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis sampai menangis menahan sakit kepala yang dirasakan - TTV TD : 180/100 mmHg S : 36,8 °C N : 88x/menit RR : 20x/menit 	<p>Suplai darah otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipoksia cerebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang pengeluaran mediator kimia (histamine, prostaglandin, bradikinin)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Informasi tranduksi trasmisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Modula</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri di persepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p>	<p>Nyeri</p>

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit yang diderita - Klien mengatakan tidak mengetahui obat apa yang harus diminum - Keluarga mengatakan selalu bertanya pada petugas kesehatan tentang penyakitnya - Keluarga mengatakan khawatir tentang kesehatan Tn.Hr <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tidak mampu menjelaskan tentang penyakit hipertensi yang diderita Tn.Hr - Keluarga banyak bertanya kepada perawat tentang penyakit hipertensi yang di derita Tn.Hr - TTV : TD : 180/100 mmHgS : 36,8 °C N : 88x/menit RR : 20x/menit 	<p>Perubahan situasi (karena suatu penyakit)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidaktahuan menemuaknsumber informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurang terpapar informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>
--	--	----------------------------

3.3 Skoring Data

No	Kriteria	Score	Bobot	Nilai	Pembenaran
1.	Sifat masalah keadaan masalah	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Rasa takut menyebabkan peningkatan nyeri yang dapat memperburuk keadaan
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Pemberian penjelasan yang tepat dapat membantu menurunkan rasa takut
3.	Potensial masalah untuk dicegah cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 0.6$	Penjelasan dapat membantu mengurangi rasa takut
4.	Menonjolnya masalah-masalah tidak perlu ditangani	1	1	$1/2 \times 1 = 0.5$	Keluarga menyadari dengan memenuhi terapi nyeri yang di anjurkan dapat mengurangi rasa nyeri.
Jumlah				3.1	

3.4 Diagnosa Keperawatan


No	Diagnosa Keperawatan	Paraf
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral	
2.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi	

3.5 Rencana Keperawatan


NO	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
	Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Kode	Intervensi
1.	D.0077	Nyeri Akut	L.08066	<p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga selama 3 hari di harapkan tingkat Tn.Hr menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Luaran Utama : Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik 	1.08238	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Montor TTV <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik

2.	D.0111	Defisit Pengetahuan	L.12111	<p>Keluarga mampu mengenal masalah pengobatan</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah sebanyak 3 hari diharapkan keluarga dan klien dapat mengenal masalah pengobatan dan Tingkat Pengetahuan meningkat :</p> <p>Luaran Utama :</p> <p>Tingkat Pengetahuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Perilaku membaik 	1.12383	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Memberikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
----	--------	------------------------	---------	---	---------	---

		(14.00)	<p>8) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Respon : Klien dan keluarga memperhatikan penjelasan yang disampaikan.</p> <p>9) Mendukung kepatuhan program pengobatan Respon : Klien dapat memahami dan mau patuh dengan program pengobatan yang dijalani</p>	
		(17.00)	<p>1) Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan klien menerima informasi tentang kesehatan Respon : Klien terlihat kebingungan ketika ditanya masalah kesehatan</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat Respon : Klien mengatakan suka makan soto, kelor, tetapi tidak mau melakukan olahraga</p> <p>3) Memotivasi klien dan keluarga untuk menerapkan hidup sehat Respon : Klien mau menerapkan hidup sehat</p> <p>4) Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya masalah kesehatan Respon : Klien menanyakan apa yang menyebabkan dia sakit hipertensi dan bagaimana cara mencegahnya.</p> <p>5) Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon : Klien mendengarkan dengan seksama penjelasan yang disampaikan</p> <p>6) Mengajarkan perilaku hidup sehat</p>	



<p>Selasa, 23 Februari 2021</p>	<p>(09.00)</p> <p>(12.00)</p>	<p>Respon : Klien mengatakan bahwa selama ini klien belum menerapkan hidup sehat dan klien mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan</p> <p>7) Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan hidup sehat</p> <p>Respon : Klien mengikuti apa yang telah diajarkan</p> <p>8) Mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</p> <p>Respon : Klien mau mengikuti cara merawat keluarga yang sakit.</p> <p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri</p> <p>Respon : Klien merasa masih nyeri kepala pada bagian belakang</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri yang di rasakan klien</p> <p>Hasil : Skala Nyeri 3</p> <p>3) Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil : TD : 140/90 mmHg</p> <p>S : 36,6 °C</p> <p>N : 88x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>4) Mengajari teknik nonfarmakologi untuk mengurangi dan mengontrol nyeri (relaksasi nafas dalam, pijat punggung, leher dan kompres hangat)</p>	
---------------------------------	-------------------------------	--	---


		(14.00)	<p>Hasil : Klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>5) Mendukung kepatuhan program pengobatan</p> <p>Hasil : Klien mulai patuh terhadap program pengobatan</p>	
		(17.00)	<p>1) Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan klien menerima informasi tentang kesehatan</p> <p>Respon : Klien sudah mulai merespon ketika ditanya masalah kesehatan</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat</p> <p>Respon : Klien mengatakan masih suka makan soto</p> <p>3) Memotivasi klien dan keluarga untuk menerapkan hidup sehat</p> <p>Hasil : Klien dan keluarga sudah mulai menerapkan hidup sehat dengan menghindari stress, over thinking, mengurangi makanan yang berlemak, mengurangi konsumsi garam, dll.</p> <p>4) Mengajarkan perilaku hidup sehat</p> <p>Respon : Klien mulai berusaha menerapkan perilaku hidup sehat</p> <p>5) Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan hidup sehat</p> <p>Hasil : Klien mulai berusaha menerapkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan hidup sehat dengan mematuhi program pengobatan.</p> <p>6) Mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan</p>	



	Rabu, 24 Februari 2021	(09.00)	<p>keluarga</p> <p>Hasil : Keluarga sudah mulai bisa merawat keluarga yang sakit.</p> <p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri</p> <p>Respon : Klien merasa masih nyeri kepala pada bagian belakang</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri yang di rasakan klien</p> <p>Hasil : Skala Nyeri 1</p> <p>3) Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil : TD : 120/100 mmHg</p> <p>S : 36,6 °C</p> <p>N : 88x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>4) Mengajari teknik nonfarmakologi untuk mengurangi dan mengontrol nyeri (relaksasi nafas dalam, pijat punggung, leher dan kompres hangat)</p> <p>Hasil : Klien mengatakan sudah tidak nyeri</p> <p>5) Mendukung kepatuhan program pengobatan</p> <p>Hasil : Klien patuh terhadap program pengobatan</p>	
		(12.00)	<p>1) Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan klien menerima informasi tentang kesehatan</p> <p>Respon : Klien sudah mulai merespon ketika ditanya masalah kesehatan</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat</p>	
		(14.00)		


			<p>meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat</p> <p>Respon : Klien mengatakan masih suka makan soto</p> <p>3) Memotivasi klien dan keluarga untuk menerapkan hidup sehat</p> <p>Hasil : Klien dan keluarga sudah mulai menerapkan hidup sehat dengan menghindari stress, over thinking, mengurangi makanan yang berlemak, mengurangi konsumsi garam, dll.</p> <p>4) Mengajarkan perilaku hidup sehat</p> <p>Respon : Klien mulai berusaha menerapkan perilaku hidup sehat</p> <p>5) Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan hidup sehat</p> <p>Hasil : Klien mulai berusaha menerapkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan hidup sehat dengan mematuhi program pengobatan.</p> <p>6) Mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</p> <p>Hasil : Keluarga sudah mulai bisa merawat keluarga yang sakit.</p>	
--	--	--	---	--

3.7 Evaluasi

Masalah Keperawatan	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri Akut	22 Februari 2021 (09.00)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala pada bagian belakang - P : Nyeri timbul saat di gerakkan Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri dirasakan di bagian belakang kepala S : Skala nyeri 5 T : 4 Jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis sampai menangis menahan sakit kepala yang dirasakan - Keadaan umum lemah - Gelisah - TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 180/100 mmHg S : 36,8 °C N : 88x/menit RR : 20x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-3 dilanjutkan</p>	
	23 Februari 2021 (09.00)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa tertidur - P : Nyeri masih terasa saat di gerakkan Q : Nyeri sedikit berkurang R : Di bagian belakang kepala S : Skala nyeri 3 T : 2 jam 	

	24 Februari 2021 (09.00)	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan umum cukup- TTV TD : 140/90 mmHg S : 36,6 °C N : 87x/menit RR : 20x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 4-7 dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan waktu 1 jam- Skala nyeri 1 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan umum cukup- TTV : TD : 120/100 mmHg S : 36,6 °C N : 88x/menit RR : 20x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	-----------------------------	---	---

Defisit Pengetahuan	22 Februari 2021 (09.00)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit yang di derita - Klien mengatakan tidak mengetahui obat apa yang harus di minum - Keluarga mengatakan selalu bertanya pada petugaskesehatan tentang penyakitnya - Keluarga mengatakan khawatir tentang kesehatan Tn.Hr <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tidak mampu menjelaskan tentang penyakit hipertensi yang di derita Tn.Hr - TTV : TD : 180/100 mmHg S : 36,8 °C N : 88x/menit RR : 20x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-3</p>	
	23 Februari 2021 (09.00)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga cukup mengerti tentang penyakit hipertensi - Klien mengerti obat yang diminum untuk penderita hipertensi - Klien belum bisa menyebutkan tanda-tanda 	

	24 Februari 2021 (09.00)	<p>hipertensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga sedikit mampu menjelaskan tentang hipertensi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV : TD : 140/90 mmHg S : 36,6 °C N : 87x/menit RR : 20x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4-8</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga cukup mengerti tentang penyakit hipertensi- Keluarga tampak mengerti dan dapat menyebutkan 3 dari 5 tanda hipertensi- Keluarga mampu menjelaskan tentang hipertensi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV : TD : 120/100 mmHg S : 36,6°C N : 88x/menit RR : 20x/menit	
--	-----------------------------	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatankeluarga pada pasien Hipertensi dengan Nyeri Akut di desa Petung Bakalan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah sekumpulan tindakan yang di gunakan perawat untuk mengukur keadaan klien maupun keluarga dengan menggunakan standart norma kesehatan peribadi maupun sosial serta integritas dan kesanggupan untuk mngatasi msalah (ali, 2010)

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Dalam pengkajian yang dilakukan pada Tn.Hr di desa petung bakalan di dapatkan data sebagai berikut Tn.Hr mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala pada bagian belakang, nyeri timbul saat digerakkan, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dalam kurun waktu 4 jam. Klien meringis sampai menangis menahan sakit kepala yang dirasakan dengan keadaan umum lemah, gelisah. Didapatkan dari hasil TTV, TD : 180/100 mmHg, S : 36,8°C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit.

Menurut NANDA (2012) nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan jaringan

yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan.

Pada kasus ini didapatkan bahwa pada klien Tn.Hr tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dimana dari hasil yang di dapatkan melalui tinjauan kasus yaitu, sakit kepala bagian belakang, mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat sehingga timbul masalah gangguan Nyeri akut.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Tipologi keperawatan keluarga yang muncul dalam tinjauan pustaka dapat bersifat actual, resiko dan sejahtera dengan penjabaran sebagai berikut 1. Actual (Terjadi defisit/gangguan kesehatan) Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang di temukan yaitu dengan ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, seperti: nyeri akut berubangan dengan peningkatan vascular serebral, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi 2. Resiko (Ancaman keluarga) Sudah ada data yang menunjang tetapi belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan kurang bersih, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat, seperti : resiko cedera berhubungan dengan ketidak mampun keluarga memodifikasi lingkungan rumah. 3. Wellnesss (Keadaan sejahtera) Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan keluarga sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat di tingkatkan. Khusus untuk diagnose keperawatan potensial (sejahtera) boleh tidak menggunakan etiologi (ADP, 2013).

Komponen diagnosis keperawatan keluarga terdiri dari Problem/masalah (P) Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan

keperawatan dapat di berikan karena adanya kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi. Masalah keperawatan yang di angkat merujuk pada NANDA. Etiologi (E) adalah salah satu dari lima tugas keluarga yang paling dominan menyebabkan masalah keperawatan tersebut. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan adalah mampu mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan untuk mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan untuk keluarga agar tetap sehat, mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia di lingkungan sekitar (ADP, 2013). Tetapi dalam studi kasus ini di dapatkan diagnosa keperawatan yang sama yaitu nyeri akut dan defisit pengetahuan.

1) Nyeri Akut

Masalah keperawatan ini ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif dimana Tn.Hr mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala pada bagian belakang. P : nyeri timbul saat digerakkan, Q: terasa seperti ditusuk-tusuk, R: bagian kepala menjalar ke tengkuk belakang, S: skala nyeri 5, tekanan darah tinggi 180/100 mmHg, skala nyeri , frekuensi nadi meningkat, ekspresi wajah klien Nampak menyeringai. Menurut NANDA (2012) nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat di antisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan.

Etiologi di angkat berdasarkan patofisiologi penyakit yaitu nyeri akut berbubungan dengan peningkatan vascular serebral. dari kelima tugas

keluarga dalam fungsi kesehatan, keluarga mampu melakukan ketiga tugasnya kecuali tidak bisa merawat dan tidak mengenal masalah kesehatan yang di derita Tn.Hr

Penulis memilih gangguan nyeri akut menjadi diagnosa keperawatan dengan *high priority* (prioritas utama) yang harus diselesaikan dikarenakan pada tahap skoring prioritas masalah gangguan nyeri akut memiliki nilai 4 2/3 lebih tinggi dari pada difisit pengetahuan dengan nilai 3 2/3 dan pasien merasa tidak nyaman dengan nyeri yang di rasakan. Bila keluarga tidak bisa merawat pasien maka sakit yang diderita akan semakin parah dan tidak kunjung sembuh, maka dari itu keluarga harus bisa merawat dan berbuat tindakan kesehatan untuk kesembuhan pasien.

2) Defisit Pengetahuan

Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data subjektif dan data objektif dimana Tn.Hr mengatakan kurang mengerti tentang penyakit yang diderita, tidak tahu obat apa yang harus diminum, keluarga mengatakan sering bertanya pada petugas kesehatan tentang penyakit Tn.Hr, sehingga keluarga sangat kurang terpapar informasi masalah penyakit yang diderita pasien.

Notoatmojo, 2013 mengatakan pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (SDKI, 2016)

Etiologi diangkat berdasarkan patofisiologi penyakit yaitu difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi hal ini terjadi karena keluarga tidak mampuan mengenal masalah kesehatan dikarenakan

dari kelima tugas keluarga dalam fungsi kesehatan, keluarga mampu melakukan ketiga tugasnya kecuali tidak bisa merawat dan tidak mengenal masalah kesehatan yang di derita Tn.Hr

Penulis memilih Defisit pengetahuan menjadi diagnosa keperawatan yang kedua dikarenakan nilai skoring prioritas masalah Difisit pengetahuan $3 \frac{2}{3}$ lebih rendah dari nilai skoring prioritas masalah gangguan Nyeri akut dengan nilai $4 \frac{2}{3}$ dan pasien tidak terlalu mempersalahkan masalah tentang penyakitnya, tetapi keluarga harus lebih mencari informasi mengenai masalah yang diderita pasien, bila keluarga kurang mengetahui tentang masalah kesehatan pasien maka sakit yang diderita pasien akan semakin parah dan tidak kunjung sembuh. Maka dari itu keluarga harus bertindak untuk mencari informasi masalah kesehatan tentang penyakit yang diderita pasien untuk kesembuhan pasien.

Pada diagnosa keperawatan di tinjauan pustaka didapatkan bahwa klien Tn.Hr terdiagnosa nyeri akut dan difisit pengetahuan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, di mana di tinjauan kasus Tn.Hr tidak di temukan diagnosa resiko cedera dan diagnose keperawatan potensial (sejahtera) namun hanya terdiagnosa nyeri akut dan defisit pengetahuan. sedangkan di tinjauan pustaka muncul empat diagnosa yaitu, nyeri akut, deifisit pengetahuan, resiko cedera dan diagnosa keperawatan potensial (sejahtera)

Pada Etiologi ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus di mana di tinjauan pustaka diagnosa keperawatan di kaitkan berdasarkan 5 tugas keluarga dalam fungsi kesehatan yaitu 1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral 2. difisit pengetahuan

berhubungan dengan kurangnya informasi.

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu proses merumuskan tujuan yang di harapkan sesuai prioritas masalah keperawatan keluarga, memiliki strategi keperawatan yang tepat, dan mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga kesuai dengan kebutuhan klien. Perawat perlu menyeleksi sumber-sumber dalam keluarga yang dapat di manfaatkan, serta memprioritaskan (Sudiharto, 2007)

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyusun intervensi berdasarkan Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Inervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan masalah yang dialami oleh pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Rencana asuhan keperawatan pada Tn.Hr diambil dalam tinjauan pustaka berdasarkan teori asuhan keperawatan keluarga dengan Hipertensi dalam asuhan keperawatan Tn.Hr terdapat intervensi keperawatan dalam masing-masing diagnosa keperawatan.

1) Nyeri Akut

Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi kurang dari 6 bulan yang dirasakan secara mendadak dari intensitas ringan sampai berat dan lokas nyeri dapat di identifikasi. Nyeri akut mempunyai karakteristik seperti meningkatkan kecemasan, perubahan frekuensi pernafasan, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dilatasi pupil dan ketegangan otot (Potter & Perry, 2010)

Fakta yang ditemukan pada pasien Tn.Hr dilakukan intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah. Terdapat intervensi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, 2) Identifikasi skala nyeri 3) Observasi tanda-tanda vital, 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mengontrol nyeri, 4) Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi dan mengontrol rasa nyeri (relaksasi nafas dalam dan kompres hangat), 5) Jelaskan penyebab nyeri, 6) Jelaskan strategi meredakan. Intervensi tersebut telah penulis lakukan pada saat kunjungan ke rumah pasien Tn.Hr

Intervensi menurut tinjauan pustaka yaitu: Intervensi Utama: 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mi. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), 2) Identifikasi riwayat alergi obat, 3) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic, 4) Monitor efektivitas analgesic. 5) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesic optimal, 6) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, 7) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat, 8) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus di mana di tinjauan kasus tidak di rencanakan tindakan keperawatan 1) identifikasi riwayat alergi obat 2) monitor efektifitas analgesic 5) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesic optimal, 6) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, 7) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat, 8) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic.

2) Defisit Pengetahuan

Menurut teori intervensi yang dilakukan pada diagnosa defisit pengetahuan adalah memberikan informasi yang tepat pada keluarga meliputi pengertian *Cardio Vascullar Accident*, penyebab *Cardio Vascullar Accident*, tanda dan gejala *Cardio Vascullar Accident*, evaluasi tingkat pengetahuan keluarga setelah di beri penyuluhan, beri pujian bila keluarga mampu menjawab dengan baik dan benar. (Suprajitno, 2010)

Fakta yang ditemukan pada Tn.Hr dilakukan intervensi: 1) Identifikasi kemampuan keluarga dan klien menerima informasi tentang kesehatan 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan prilaku hidup sehat 3) Motivasi klien dan keluarga untuk menerapkan hidup sehat , sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya 6) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7) Ajarkan perilaku hidup sehat 8) Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan hidup sehat 9) Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus diaman sama-sama di rencanakan tindakan keperawatan yaitu : 1) Identifikasi kemampuan keluarga dan klien menerima informasi tentang kesehatan 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan prilaku hidup sehat 3) Motivasi klien dan keluarga untuk menerapkan hidup sehat Sedakan materi dan media Pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan

kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya 6) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7) Ajarkan perilaku hidup sehat 8) Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan hidup sehat 9) Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan, keluarga di didik untuk dapat menilai potensi yang di miliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah yang di hadapi, merawat anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2007).

Pada pelaksanaan implementasi keperawatan pada kasus Tn.Hr tindakan keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral dibutuhkan pelaksanaan tindakan keperawatan selama 3 hari . Pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibutuhkan pelaksanaan tindakan keperawatanselama 3 hari.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak di temukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standart yang telah di tetapkan untuk melihat keberhasilannya (Suprajitno, 2004).

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktifitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga nya (Sudiharto, 2007).

Menurut faisaldo (2014) evaluasi dapat di bagi menjadi 2 jenis yaitu :

- 1) Evaluasi berjalan (evaluasi formatif) evaluasi yang di kerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berorientasi pada masalah yang di alami klien, format yang di gunakan dalam bentuk evaluasi formatif adalah SOAP
- 2) Evaluasi akhir (sumatif) evaluasi yang di kerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah di kerjaan dengan tujuan yang ingin di capai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat di tinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang di gunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tindakan kasus evaluasi keperawatan dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi keperawatan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu keluarga mampu merawat klien agar nyeri

berkurang dengan kriteria : 1) Nyeri klien dapat terkontrol, 2) Skala nyeri 2, 3) Frekuensi nadi normal, 4) Wajah menyeringai menjadi rileks, 5) Tekanan darah menurun.

Diagnosa keperawatan difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi disimpulkan bahwa masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu keluarga mampu mengenal masalah atau gangguan kesehatan klien dengan kriteria :1) Keluarga cukup mengerti tentang penyakit hipertensi, 2) Keluarga tampak mengerti dan dapat menyebutkan 3 dari 5 tanda hipertensi, 3) Keluarga mampu menjelaskan tentang hipertensi.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pengkajian didapatkan : pasien mengeluh sakit kepala yang sangat hebat, nyeri dirasakan dibagian belakang kepala, merasa pusing, nyeri dirasakan terus-menerus, perubahan tekanan darah, TTV : TD : 180/100 mmHg, suhu : 36,8 °C, nadi : 88x/menit, respirasi : 20x/menit, pasien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit yang diderita, tidak mengetahui obat apa yang harus diminum, keluarga pasien mengatakan selalu bertanya pada petugas kesehatan tentang penyakitnya, keluarga mengatakan khawatir tentang kesehatan Tn.Hr, keluarga tidak mampu menjelaskan tentang penyakit hipertensi yang di derita Tn.Hr, perubahan tekanan darah, TTV : TD : 180/100 mmHg, suhu : 36,8 °C, nadi : 88x/menit, respirasi : 20x/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan sebagai berikut : nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vascular serebral, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Intervensi atau perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien sebagai berikut : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri, memonitor efek samping, serta memberikan pendidikan kesehatan atau konseling.

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari terhitung dari tanggal 22 Februari 2021 – 24 Februari 2021 dengan mengacu pada intervensi atau perencanaan yang telah di buat. Evaluasi yang didapat setelah dilakukan perawatan selama 3 hari terhitung dari tanggal 22 Februari 2021 – 24 Februari 2021 sesuai dengan rencana tindakan yang telah di tetapkan, pasien dan keluarga memberikan respons yang baik sehingga pada evaluasi tindakan masalah pada pasien teratasi.

5.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.Hr di Desa Petung Bakalan kesimpulan yang telah disusun diatas, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawattan dapat di gunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orangterdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kesehatan pasien.
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.
4. Dalam melakukan penyuluhan kesehatan media yang di gunakan perlu di dokumentasikan dengan baik sehingga jika mendapatkan kasus yang sama dapat di gunakan media tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrian Patika N. (*E-journal keperawatan volume 4 nomor 1 Mei 2016*). Hubungan Konsumsi Makanan dan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Puskesmas Ranomut Kota Manado.
- Anggara, F.H.D., & Prayitno, N. (2013). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murn Cikarang Barat Tahun 2012*. Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES MH. Thamrin. Jakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.5 (1) : 20-25.
- Buckman. (2010). *Apa yang Anda Ketahui Tentang Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Citra Aji Parama.
- Brunner dan Suddarth, 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. EGC. Jakarta Divine, J.G. 2012. *Tekanan Darah Tinggi Panduan Untuk Mengatur Olahraga dan Medikasi Mengobati Hipertensi*. Yogyakarta: PT Citra Aji Prama
- Friedman, M.M et al. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik*. Ed 5. Jakarta: EGC.
- Friedman, Marilyn, 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga, Konsep Dan Praktik*. EGC. Jakarta.
- Muhlisin, A. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Gosyen Publishing
- Triyanto, Endang. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hadi Martono Kris Pranaka. (2014-2015). *Geriatric Edisi ke-5*. Jakarta: FKUI
- Irianto, Koes. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular, Panduan Klinis*. Bandung: Alfa Beta.
- Pudiasuti, R.D. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Padila. 2013. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO. (2014). *Global Target 6: A 25% relative reduction in the prevalence of raise blood pressure or contain the according to national circumstances*
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosa Keperawatan Intervensi Nanda Nic Noc*. EGC. Jakarta
- Sugiharto, 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. EGC. Jakarta.

Syamsuddin. 2011. *Buku Ajar Farmakologi Kardiovaskular dan Renal*. Jakarta: SalembaMedika

Fadillah, Harif, dkk. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Lampiran 1

YAYASAN KERTA CENDEKIA POLITEKNIK KESEHATAN**KERTA CENDEKIA**

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo

61232 Telepon: 031-8961496; Faximile : 031-

8961497 Email :

akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 208/BAAK/III/2021

Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Kelurahan Bakalan Kabupaten
Pasuruandi
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Kelurahan Bakalan Kabupaten Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	:	Maulidia Nur Wahyuni
NIM	:	1801116
Alamat	:	Jl.Hos Cokroaminoto RT.01 RW.02, Kelurahan Bakalan, Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	:	13 Agustus 2000
No. Hp	:	082334393156
Judul KTI	:	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Desa Petung Bakalan

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Mengetahui,
Agus Sulistyewati, S.Kep.,M.Kes

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Judul : “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI DESA PETUNG BAKALAN”. Tanggal pengambilan studi kasus 23 Januari 2021

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa bernama **Maulidia Nur Wahyuni** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses mengambil studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Tuan Hariyanto


Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda Tangan Partisipan



Hariyanto

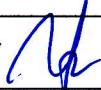
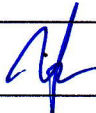


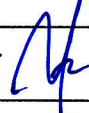



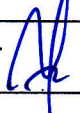
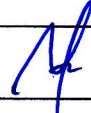
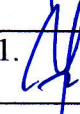
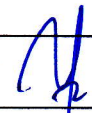
Tanda Tangan Peneliti



Maulidia Nur Wahyuni

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Maulidia Nur Wahyuni
 NIM : 1801116
 Pembimbing I : Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.,M.Kep
 Judul Studi Kasus : "Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Desa Petung Bakalan".

Tanggal Konsultasi	Data Konsultasi	Tanda Tangan
20-01-2021	Konsul judul (revisi penataan kaimat yang tidak tepat)	1. 
23-01-2021	Acc judul	2. 
20-02-2021	Konsul BAB 1 (revisi isi dan masalah, data di lingkungan, hipertensi di ringkas, tujuan khusus, tujuan umum,)	3. 
21-02-2021	Acc BAB 1 dan lanjut konsul BAB 2	4. 
21-02-2021	Konsul BAB 2 (revisi tulisan kurangrapi)	5. 
23-02-2021	Acc BAB 2 lanjut konsul BAB 3	6. 
28-03-2021	Konsul BAB 3 (revisi analisa data, rencana keperawatan, tindakan keperawatan)	7. 
21-05-2021	Acc BAB 3	8. 
21-05-2021	Konsul BAB 4 (Revisi pembahasan FTO)	9. 
22-05-2021	Acc BAB 4	10. 
22-05-2021	Konsul BAB 5	11. 
23-05-2021	Acc BAB 5	12. 












LEMBAR KONSULTASI

Nama : Maulidia Nur Wahyuni

NIM : 1801116

Pembimbing 2 : Ns. Ayu Dewi Nastiti, M.Kep

Judul Studi Kasus : “Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Desa Petung Bakalan”.

Tanggal Konsultasi	Data Konsultasi	Tanda Tangan
20 – 01 – 2021	Konsul judul (revisi penataan kaimat yang tidak tepat)	1. 
23 – 01 – 2021	Acc judul	2. 
20 – 02 – 2021	Konsul BAB 1 (revisi isi dan masalah, data di lingkungan, hipertensi di ringkas, tujuan khusus, tujuan umum,)	3. 
21 – 02 – 2021	Acc BAB 1 dan lanjut konsul BAB 2	4. 
21 – 02 – 2021	Konsul BAB 2 (revisi tulisan kurangrapi)	5. 
23 – 02 – 2021	Acc BAB 2 lanjut konsul BAB 3	6. 
28 – 03 – 2021	Konsul BAB 3 (revisi analisa data, rencana keperawatan, tindakan keperawatan)	7. 
21 – 05 – 2021	Acc BAB 3	8. 
21 – 05 – 2021	Konsul BAB 4 (Revisi pembahasan FTO)	9. 
22 – 05 – 2021	Acc BAB 4	10. 
22 – 05 – 2021	Konsul BAB 5	11. 
23 – 05 – 2021	Acc BAB 5	12. 