

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Lansia

1. Definisi

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran fisik yang ditandai kulit yang mengendor, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat (Nugroho, 2014).

Penuaan merupakan proses normal perubahan yang berhubungan dengan waktu, sudah dimulai sejak lahir dan berlanjut sepanjang hidup. Secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia jika sudah berusia di atas 60 tahun (Untari, 2019).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan Menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No.13 tahun 1998 tentang kesehatan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Keberadaan

usia lanjut ditandai dengan umur harapan hidup yang semakin meningkat dari tahun ke tahun, hal tersebut membutuhkan upaya pemeliharaan serta peningkatan kesehatan dalam rangka mencapai masa tua yang sehat, bahagia, berguna dan produktif (Pasal 19 UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan).

2. Batasan Usia Lansia

Berdasarkan pendapat beberapa ahli dalam program kesehatan usia lanjut, Departemen Kesehatan RI membuat pengelompokan sebagai berikut:

- a. Kelompok pertengahan umur: 45-54 tahun.
- b. Kelompok usia lanjut dini: 55-65 tahun
- c. Kelompok usia lanjut: 65 tahun ke atas
- d. Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi: 70 tahun

Sedangkan menurut WHO, usia lanjut meliputi:

- e. Usia pertengahan (*middle age*) adalah kelompok usia 45-59 tahun
- f. usia lanjut (*elderly*) adalah kelompok usia antara 60-70 tahun
- g. usia lanjut tua (*old*) adalah kelompok usia antara 75-90 tahun
- h. usia sangat tua (*very old*) adalah kelompok usia di atas 90 tahun.

(Notoatmodjo, 2012).

3. Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

a. Perubahan fisik

- 1) Sel: Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan cairan intraseluler menurun.
- 2) Kardiovaskular: Katup jantung menebal kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
- 3) Respirasi: Otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus.
- 4) Persarafan: Saraf panca indera mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respons motorik dan refleksi.
- 5) Muskuloskeletal: Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut, dan mengalami sklerosis.

- 6) Pendengaran: Membre timbani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.
- 7) Penglihatan: Respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak.
- 8) Kulit: Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Rambut dalam hidung dan telinga menebal. Elastisitas menurun, kuku keras dan rapuh, serta kuku kaki tumbuh berlebihan seperti tanduk.

b. Perubahan psikologis

- 1) Kehilangan financial (pandangan berkurang)
- 2) Kehilangan status
- 3) Kehilangan teman atau kenalan atau relasi
- 4) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan
- 5) Kerasakan atau sadar akan kematian, perubahan cara hidup
- 6) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
- 7) Penyakit kronis dan ketidakmampuan
- 8) Gangguan syaraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian
- 9) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan

10) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga besar

11) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

c. Perubahan mental

1) Pada aspek mental atau psikis lanjut usia perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu.

2) Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat.

3) Mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat.

4) Ingin mempertahankan hak dan hartanya serta ingin tetap berwibawa.

5) Jika meninggalpun mereka ingin meninggal secara terhormat dan masuk surga.

(Nugroho, 2014)

B. Konsep Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita

penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah makin tinggi resikonya (Nurarif, 2015).

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Subekti, 2017)

2. Etiologi

Berdasarkan faktor dan penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 macam yaitu:

- 1) Hipertensi esensial / hipertensi primer. Penyebab dari hipertensi ini belum diketahui, namun faktor resiko yang di duga kuat adalah karena beberapa faktor berikut ini:
 - a) Keluarga dengan riwayat hipertensi
 - b) Pemasukan sodium berlebih
 - c) Konsumsi kalori berlebih
 - d) Kurang nya aktifitas fisik
 - e) Pemasukan alkohol berlebih
 - f) Rendahnya pemasukan potasium
 - g) Lingkungan
- 2) Hipertensi sekunder / hipertensi renal. Penyebab dari hipertensi jenis ini secara spesifik seperti: gangguan esterogen, penyakit ginjal,

hipertensi vaskuler renal, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

- 3) Hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas:
 - a) Hipertensi dimana sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg
 - b) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

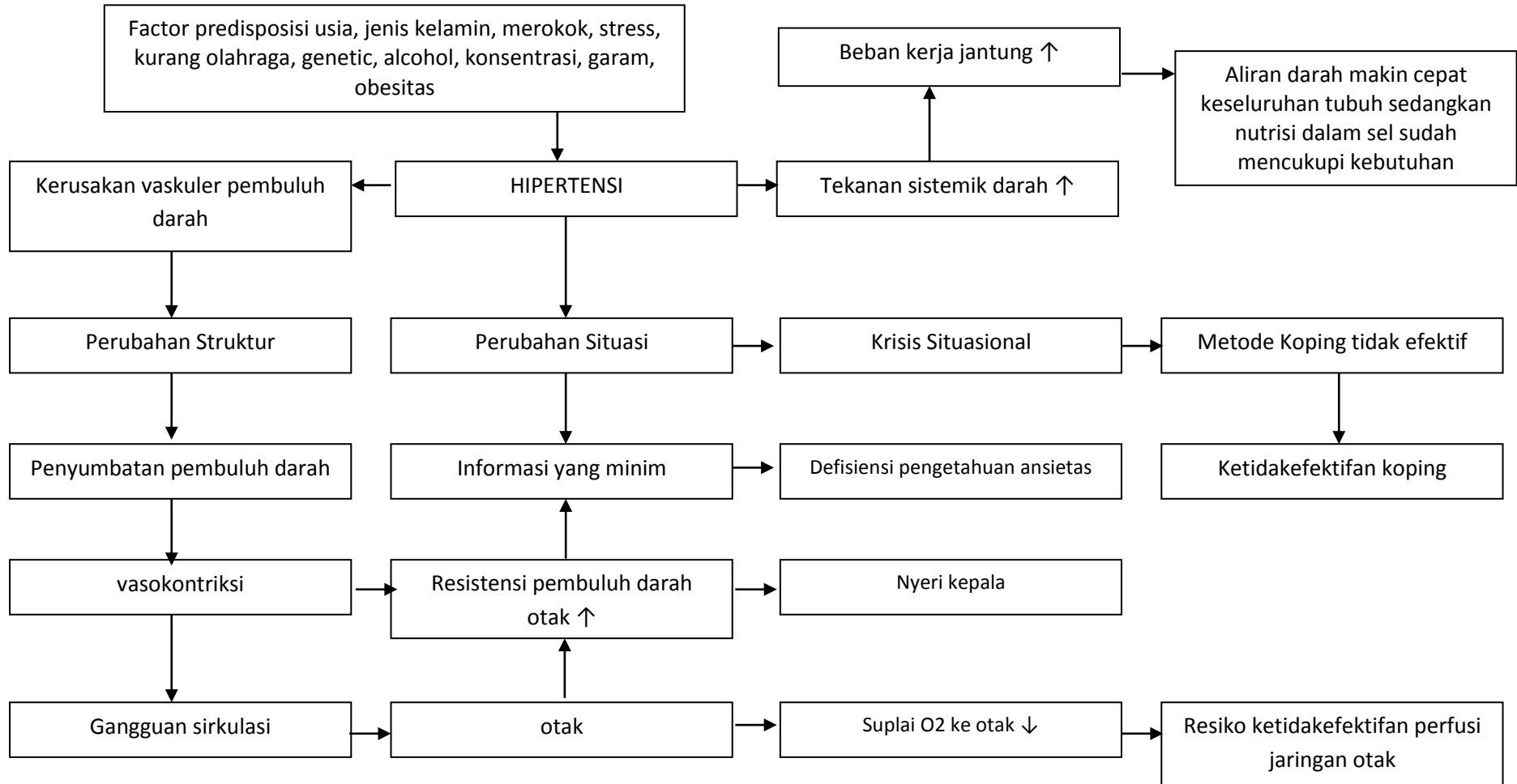
Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada:

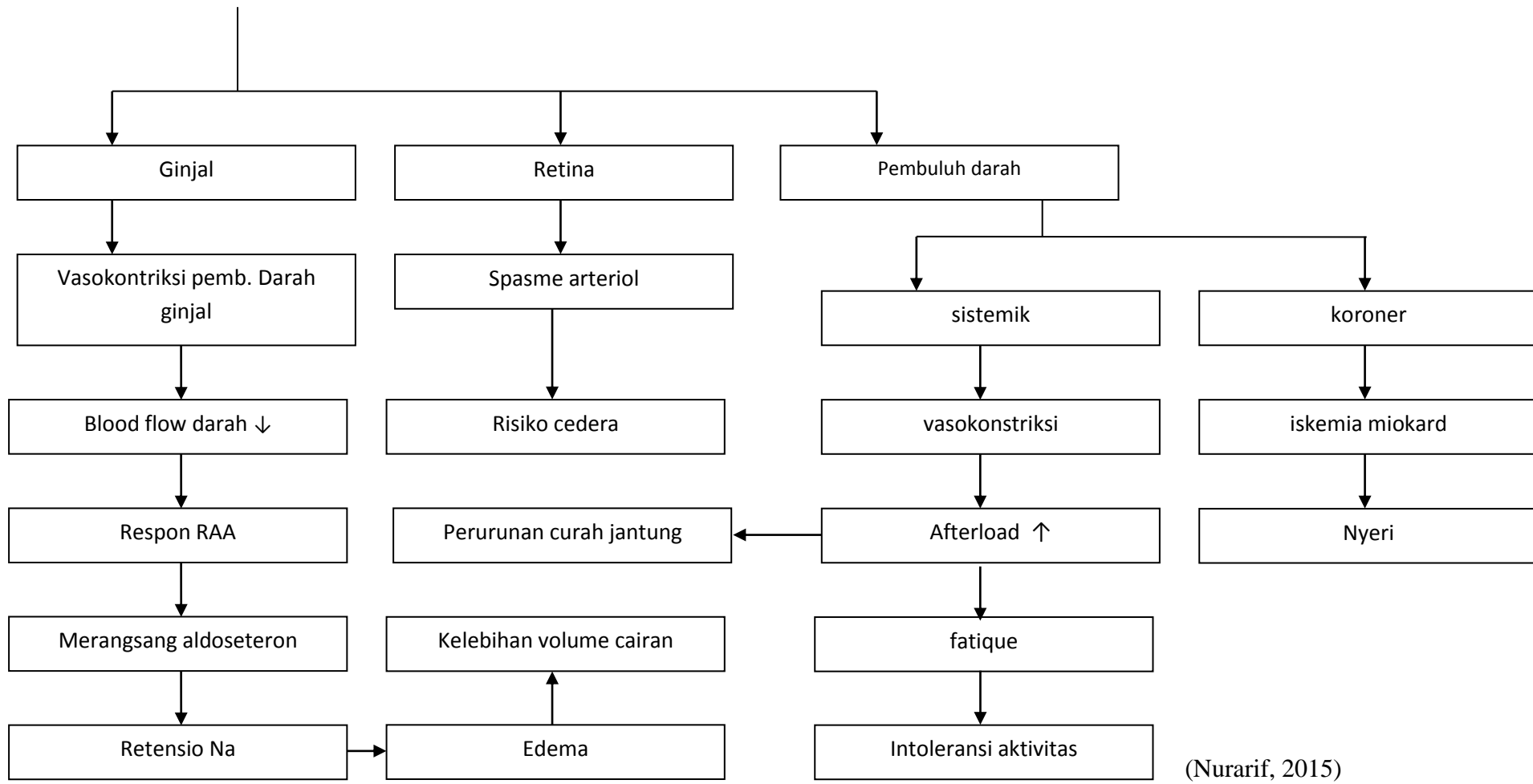
- a) Elastisitas dinding aorta menurun
- b) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- c) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d) Kehilangan elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- e) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

(Nurarif, 2015).

3. Pathway

Pathway Hipertensi





4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien mencari pertolongan medis

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu ;

- a. Mengeluh sakit kepala hingga
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epistaksis
- h. Kesadaran menurun

(Subekti, 2017).

5. Komplikasi

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20 tahun. Mortalitas pada pasien hipertensi lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal. Komplikasi yang terjadi pada hipertensi ringan dan sedang mengenai mata, ginjal, jantung dan otak.

a. Otak

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mendarahi otak

b. Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membran

glomerulus juga akan menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Hal tersebut terutama terjadi pada hipertensi kronik.

c. Jantung

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark.

d. Mata

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung, maka makin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan

pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensif pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir. Kerusakan yang lebih parah pada mata terjadi

pada kondisi hipertensi maligna, di mana tekanan darah meningkat secara tiba-tiba. Manifestasi klinis akibat hipertensi maligna juga terjadi secara mendadak, antara lain nyeri kepala, double vision, dim vision, dan sudden vision loss

(Subekti, 2017)

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) HB/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel – sel terhadap volume cairan(viskositas) dan dapat mengindikasi factor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.
- 2) BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- 3) Glucosa: hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa: darah, protein, glucosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

b. CT scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati

c. EKG: dapat menunjukkan pola renggangan, dimana luas, peningguan gelombang Padahal salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

d. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal.

e. Photo dada: Menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

(Nurarif, 2015).

C. Konsep Nyeri Akut

1. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif, 2015).

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri Berdasarkan Durasi

1) Nyeri Akut

Peristiwa baru, tiba-tiba, durasi singkat. Berkaitan dengan penyakit akut, seperti operasi, prosedur pengobatan atau trauma. Timbul akibat stimulus langsung terhadap rangsang noxius, misalnya mekanik dan inflamasi. Umumnya bersifat sementara, dan area nyeri dapat diidentifikasi.

2) Nyeri Kronis

Pengalaman nyeri yang menetap atau kontinu selama lebih dari enam bulan. Intensitas nyeri sukar untuk diturunkan sifatnya kurang jelas dan kecil kemungkinan untuk hilang dan rasa nyeri biasanya meningkat.

3) Nyeri Berdasarkan Intensitas

Berdasarkan intensitas, nyeri di golongkan nyeri berat, nyeri sedang, dan nyeri ringan. Untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan seseorang, dapat digunakan alat bantu yaitu dengan skala nyeri.

b. Nyeri berdasarkan transmisi

- 1) Nyeri Menjalar, terjadi pada bidang yang luas dan pada struktur yang terbentuk dari embrionik dermatom yang sama.
- 2) Nyeri Rujukan, nyeri yang bergerak dari suatu daerah ke daerah yang lain.

c. Nyeri Berdasarkan Penyebab

- 1) Tenik, di sebabkan oleh perbedaan suhu yang ekstrem.
- 2) Kimia, di sebabkan oleh bahan atau zat mekanik.
- 3) Mekanik, di sebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.
- 4) Psikogenik, nyeri yang tanpa diketahui adanya kelainan fisik, bersifat psikologis
- 5) Neurologik, di sebabkan oleh kerusakan jaringan syaraf.

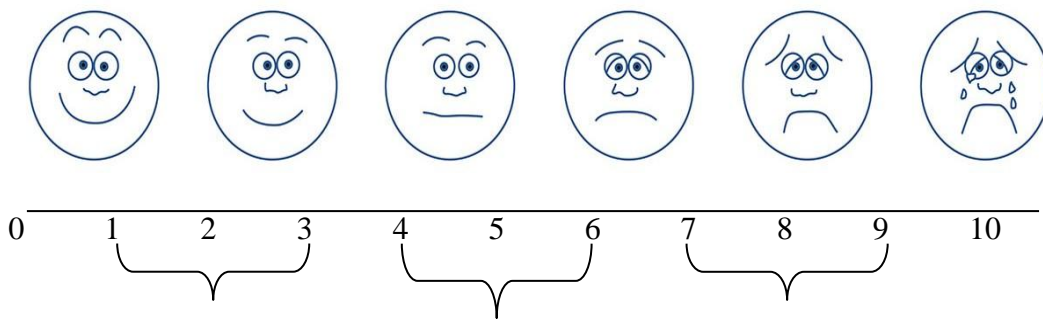
(Lukman, 2012)

3. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang memengaruhi persepsi tentang nyeri pada seorang individu meliputi: Usia, jenis kelamin, budaya, pengetahuan tentang nyeri dan penyebabnya, makna nyeri, perhatian klien, tingkat kecemasan, tingkat stres, tingkat energi, pengalaman sebelumnya, pola koping, dan dukungan keluarga dan social(Lukman, 2012).

4. Skala nyeri

Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala visual, analog, deskriptif dan wong-bakers.



Keterangan:

- a) Skala 0: tidak ada rasa nyeri / normal
- b) Skala 1: nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) seperti gigitan nyamuk,
- c) Skala 2: tidak menyenangkan (nyeri ringan) seperti dicubit
- d) Skala 3: bisa ditoleransi (nyeri sangat terasa) seperti ditonjok bagian wajah atau disuntik
- e) Skala 4: menyedihkan (kuat, nyeri yang dalam) seperti sakit gigi dan nyeri disengat tawon
- f) Skala 5: sangat menyedihkan (kuat, dalam, nyeri yang menusuk) seperti terkilir, keseleo
- g) Skala 6: intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya mempengaruhi salah satu dari panca indra) menyebabkan tidak fokus dan komunikasi terganggu.
- h) Skala 7: sangat intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat) dan merasakan rasa nyeri yang sangat mendominasi indra sipenderita yang menyebabkan tidak bisa berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan sendiri.

- i) Skala 8: benar-benar mengerikan (nyeri yang begitu kuat) sehingga menyebabkan sipenderita tidak dapat berfikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika nyeri datang dan berlansung lama.
- j) Skala 9: menyiksa tak tertahankan (nyeri yang begitu kuat) sehingga sipenderita tidak bisa mentoleransinya dan ingin segera menghilangkan nyerinya bagaimanapun caranya tanpa peduli dengan efek samping atau resiko nya.
- k) Skala 10: sakit yang tidak terbayangkan tidak dapat diungkapkan (nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri) biasanya pada skala ini sipenderita tidak lagi merasakan nyeri karena sudah tidak sadarkan diri akibat rasa nyeri yang sangat luar biasa seperti pada kasus kecelakaan parah, multi fraktur.

Dari sepuluh skala diatas dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu

- a) skala nyeri 1 - 3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas sipenderita.
- b) skala nyeri 4 - 6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita
- c) skala nyeri 7 - 10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan therapy medis dan tidak dapat melakukan pola aktivitas mandiri.

(Supartini, 2014)

D. Konsep aroma terapi lavender

Aroma terapi lavender memiliki aroma yang menyegarkan yang mana memiliki manfaat meredakan stres mengurangi sakit kepala, migrain, juga mempercepat penyembuhan luka dan mengurangi tingkat kecemasan dan kesakitan. Inhalasi terhadap minyak esensial dapat meningkatkan tingkat kesadaran dan menurunkan sensitivitas nyeri. Efek positif pada sistem saraf pusat diberikan oleh molekul-molekul bau yang terkandung dalam minyak lavender, efek positif tersebut menghambat pengeluaran adrenocorticotrophic hormone (ACTH) dimana hormon ini adalah hormon yang mengakibatkan terjadinya kecemasan pada individu (Jaelani dalam Martina, 2019).

Aroma lavender memiliki kandungan linalool dan linalyl acetat, yang berefek sebagai analgetik yang dapat membuat seseorang menjadi tenang. Oleh karenanya hal ini tidak mengejutkan beberapa laporan saat ini menyarankan aroma terapi untuk menurunkan tingkat nyeri, sakit, dan stres pada kehamilan dan persalinan (Jaelani dalam Martina, 2019).

E. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Sunaryo, 2014).

a. Identitas

Identitas klien yang bisa di kaji pada penyakit system muskuloskeletal adalah usia, karena ada beberapa penyakit muskuloskeletal banyak terjadi pada klien di atas usia 60 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit gout artritis adalah klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena, adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Berupa uraian untuk mengenal penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai ke layanan di bawa kerumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit, serta pengobatan yang pernah di lakukan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit kesehatan yang dulu seperti riwayat penyakit yang sudah diderita sejak lama.

e. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karna factor genetic/ keturunan.

f. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan tekanan darah tinggi biasanya sakit kepala.
- 2) Kesadaran: Kesadaran klien biasanya composmentis dan apatis
- 3) Tanda- tanda vital: Suhu menuingkat, Nadi, Tekanan darah meningkat, dan Pernapasan biasanya meningkat atau normal.
- 4) Pemeriksaan Review Of System
 - a) System pernafasan (B1: Breathing): Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.
 - b) System sirkulasi (B2: Bleeding): Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apikal;, sirkulasi perifer, warna dan kehangatan.
 - c) System persarafan (B3: Brain): Kaji adanya hilangnya gerakan/sensai, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil.
 - d) System perkemihan(B4: Bleder): Perubahan pola perkemihan, seperti disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin.
 - e) Sitem pencernaan (B5: Bowel): Konstipasi, konsistensi feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

f) System musculoskeletal (B6: Bone): kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin, terlokasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan, otot, kontraktur, atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

g. Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tata laksana pola hidup sehat
- 2) Pola nutrisi: Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah dan makanan kesukaan.
- 3) Pola eliminasi: Menggambarkan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi.
- 4) Pola istirahat tidur: menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap energi, jumlah tidur malam dan siang, masalah tidur
- 5) Pola hubungan dan peran: Mnggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, masalah keuangan. Pengkajian APGAR gerontik.
- 6) Pola sensori kognitif: Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian pengelihatn, pendengaran, perasaan, pembau.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri: Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep

diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai system terbuka dan makhluk bio-psiko—sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit.

8) Pola seksual dan reproduksi: Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas

9) Pola mekanisme koping: Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress

10) Pola tata nilai dan kepercayaan: Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spiritual

(Sunaryo, 2014)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Sunaryo, 2014)

a. Nyeri akut b.d keadaan patologis

b. Defisit Pengetahuan b.d informasi tidak adekuat

c. Ansietas b.d keadaan penyakit yang dialami

(SDKI, 2017)

3. Rencana keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu dan mencapai criteria hasil (Sarif, 2012)

Rencana Keperawatan

Diagnosa Kep	NOC	NIC
<p>Nyeri Akut: Definisi: pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.</p> <p>Faktor yang berhubungan: - Agen cedera (Miss, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 	<p>Pain management:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor prepitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 6. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (, non farmakologi dengan aroma lavender) 7. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 8. Berikan informasi tehnik relaksasi nafas dalam 9. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam 10. Anjurkan istirahat

<p>Defisiensi pengetahuan Definisi: ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah intepretasi informasi 2. Kurang minat 3. Kurang dapat mengingat 4. Tidak familiar dengan sumber informasi 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah keperawatan deficit pengetahuan dapat teratasi dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit 4. Identifikasi kemungkinan penyebab penyakit 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi penyakit 6. Sediakan bagi keluarga atau informasi tentang kemajuan pasien
<p>Ansietas Definisi: perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom atau perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stres 2. Kebutuhan yang tidak terpenuhi 3. Penularan penyakit interpersonal 4. Krisis maturasi, krisis situasional 5. Konflik yang tidak disadari mengenai tujuan penting hidup 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah keperawatan ansietas dapat teratasi dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan tehnik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurangnya kecemasan 	<p>NIC Anxiety reduction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Pahami pasien terhadap situasi stres 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5. Identifikasi tingkat kecemasan 6. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

(SIKI, 2015)

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam perencanaan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi, Tindakan keperawatan

yang akan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat (Sarif, 2012)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya (Sarif, 2012).