

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar

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

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

Manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Bernafas secara normal:

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal, alas dan sejenisnya sebagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

- b. Makan dan minum yang cukup:

Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan.

Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan sosial klien.

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil):

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

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:

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

e. Tidur dan istirahat:

Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.

f. Memilih pakaian yang tepat:

Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.

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

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

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan:

Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standard kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

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

j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi,

kebutuhan, kekhawatiran, dan opini:

Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan:

Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan.

l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup:

Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi:

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

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

2. Kebutuhan Nyeri

a. Definisi Kebutuhan Nyeri

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

b. Fisiologi Nyeri

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

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

c. Jenis-Jenis Nyeri

Jenis nyeri

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

- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini di sebabkan karena faktor psikologi (Haswita, Suliatyowati, 2017).

a. Bentuk Nyeri

Table 2.1
Bentuk Nyeri

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

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, 2017)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri, terutama pada bayi dan dewasa akhir. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan di antara kelompok umur tersebut mempengaruhi bagaimana anak-anak dan dewasa akhir berespons terhadap nyeri. Saat klien dewasa mengalami nyeri, bisa saja terjadi kerusakan

status fungsional yang serius. Nyeri memiliki potensial terhadap penurunan mobilisasi, aktivitas harian, aktivitas sosial di luar rumah, toleransi aktivitas.

2) Jenis kelamin

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

3) Kebudayaan

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

4) Makna nyeri

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

5) Perhatian

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

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitkan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan

secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita & Sulistyowati, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

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

8) Gaya koping

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

9) Dukungan keluarga dan sosial

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

e. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi nyeri farmakologi

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

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

2) Terapi nyeri nonfarmakologi

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

a) Kompres panas dan dingin

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

b) Akupunktur

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

c) Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupunktur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Napas dalam

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

e) Distraksi

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

f) Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat diubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada sugesti, disosiasi,

dan proses memfokuskan perhatian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

f. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

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

2) Toleransi terhadap nyeri

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

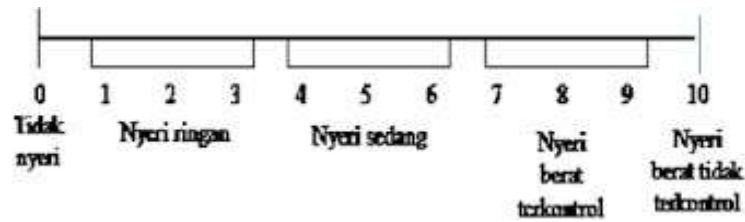
3) Reaksi terhadap nyeri

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

g. Pengukuran intensitas nyeri

1) Skala menurut Hayward

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



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

Keterangan :

- a) 0 : Tidak nyeri
 - b) 1-3 (Nyeri ringan) : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi
 - c) 4-6 (Nyeri sedang) : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil
 - d) 7-9 (Nyeri berat) : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih berespon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekuatan otot, kelemahan dan keletihan.
 - e) (Nyeri sangat berat) : klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.
- 2) Skala nyeri menurut McGill
- Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.
- Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut:
- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri Ringan

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

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

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2

Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Bakri, Maria H, 2017 keluarga didefinisikan sebagai unit sosial ekonomi terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dasar dari semua institusi. Keluarga merupakan kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi inpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan dan adopsi. Menurut Achjar (2010) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatu akan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam

rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga.

2. Tipe Keluarga

Menurut (Bakri, Maria H, 2017) secara umum tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (nontradisional)

a. Tipe keluarga tradisional :

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Adapun beberapa ciri atau tipe keluarga tradisional, sebagai berikut :

1) Keluarga inti (nuclear family)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil yang tinggal dalam satu rumah. Mereka terdiri dari ayah, ibu, dan anak.

2) Keluarga besar (extended family)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, kemudian menikah lagi dan mempunyai anak pula.

3) Keluarga dyad (pasangan baru)

Tipe keluarga ini terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum memiliki anak atau keduanya bersepakat tidak memiliki anak terlebih dahulu.

4) Keluarga single parent

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini bisa disebabkan oleh perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, single parent yang dimaksud memiliki anak, baik, anak kandung maupun anak angkat. Jika sendirian maka tidak bisa disebut keluarga meski sebelumnya telah membina rumah tangga.

5) Keluarga single adult (Bujang dewasa)

Keluarga tipe ini disebut dengan pasangan yang sedang *Long distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu. Orang dewasa inilah disebut dengan Single Adult meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat, namun ia terhitung single di tempat lain.

b. Tipe keluarga nontradisional (modern)

1) Commune Family

Lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup dalam satu rumah.

2) Gay and lesbian family

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital-partners).

3) The non marital heterosexual conhibiting family

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relative singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985); Carter & Mc Goldrick (1988) dalam Achjar (2010, mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap 1, keluarga pemula atau pasangan baru

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

b. Tahap II, keluarga menanti kelahiran anak pertama (child bearing)

Menurut Bakri, Maria H (2017) Tahap keluarga dengan anak pertama ialah masa transisi pasangan suami-istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Tugas

perkembangan tahap II adalah membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua umur 2,5-6 tahun)

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

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6-13 tahun).

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

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)

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

- f. Tahap VI, keluarga dengan usia anak dewasa (ditandai dengan anak pertama sampai anak terakhir meninggalkan rumah).

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

- g. Tahap VII, keluarga dengan usia pertengahan

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

- h. Tahap VIII, keluarga dengan usia lanjut

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

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Achjar (2010) Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya

dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas kesehatan keluarga yang dimaksud adalah :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah yang dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

Tabel 2.2
Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

a. Riwayat nyeri

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

1) Lokasi

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

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

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

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stressor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnyanyeri.

6) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

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

b. Observasi respons perilaku dan fisiologis

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

2. **Diagnosis Keperawatan**

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

a. Gangguan nyeri kronis b.d gangguan fungsi metabolic

1) Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

2) Penyebab.

- a) Kondisi muskuloskeletal kronis
- b) Kerusakan sistem saraf
- c) Penekanan saraf
- d) Infiltrasi tumor
- e) Gangguan fungsi metabolic
- f) Riwayat posisi kerja statis
- g) Peningkatan indeks massa tubuh
- h) kondisi pasca trauma
- i) Tekanan emosional
- j) Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual)
- k) Riwayat penyalahgunaan obat/zat

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

- (1) Mengeluh nyeri
- (2) Merasa depresi (tertekan)

b) Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Gelisah
- (3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

- (1) Merasa takut mengalami cedera berulang

b) Objektif

- (1) Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)
- (2) Pola tidur berubah
- (3) Anoreksia
- (4) Fokus menyempit
- (5) Berfokus pada diri sendiri

b. Deficit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi

1) Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

2) Penyebab

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

3) Tanda dan gejala

- a) Tanda dan gejala minor
Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

(1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

(2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap

b) Tanda dan gejala mayor

(1) Menjalani pemeriksaan yang tepat

(2) Menunjukkan perilaku yang berlebihan

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

1) Tujuan dan kriteria hasil :

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

a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10

b) Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan rasa nyeri

c) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman

d) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian

3) Menentukan prioritas

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

4) Perawatan kolaboratif

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

3. Rencana Keperawatan

Table 2.3
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingatkan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres	1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi 7. Proses Penyakit 8. Edukasi teknik napas 9. Kompres dingin 10. Kompres panas 11. Konsultasi 12. Latihan pernapasan 13. Manajemen efek samping obat 14. Manajemen kenyamanan lingkungan 15. Manajemen medikasi 16. Manajemen sedasi 17. Manajemen terapi radiasi 18. Pemantauan nyeri 19. Pemberian obat 20. Pemberian obat intravena 21. Pemberian obat oral 22. Pemberian obat intravena 23. Pemberian obat topical 24. Pengaturan posisi 25. Perawatan amputasi 26. Perawatan kenyamanan 27. Teknik

	hangat/dingin, terapi bermain 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Pemberian analgesik Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis. Narkotika non-narkotika atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah 5. Monitor efektifitas analgesic Terapeutik 1. Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus	distraksi 28. Teknik imajinasi terbimbing 29. Terapi akupresur 30. Terapi akupuntur 31. Terapi bantuan hewan 32. Terapi humor 33. Terapi murattal 34. Terapi music 35. Terapi pemijatan 36. Terapi relaksasi 37. Terapi sentuhan 38. Transcutaneous Electrical (TENS)
--	---	---

	oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgetik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan Edukasi 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi	
--	--	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

4. Implementasi

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

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

5. Evaluasi

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

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian (Assessment)

Pengkajian keperawatan keluarga menurut teori /model family centere nursing friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama kepala keluarga (KK) :
- (2) Umur (KK) :
- (3) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :
- (4) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
- (5) Alamat dan nomor telepon :

2) Komponen anggota keluarga

Table 2.4
Komponen anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

3) Genogram :

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

4) Tipe keluarga :

Menurut Macklin 1988 (dalam Padila 2015) menjelaskan tipe-tipe keluarga terdiri keluarga tradisional dan keluarga nontradisional dan yang terpilih, yaitu ;

(1) Tipe keluarga tradisional

Pasangan inti, hanya terdiri dari suami dan istri saja, karena tidak ada anak yang tinggal bersama.

5) Suku bangsa :

(1) Asal suku bangsa yang dianut

(2) Bahasa yang dipakai keluarga

(3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat memengaruhi kesehatan

6) Agama

(1) Agama yang dianut keluarga

(2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

7) Status sosial ekonomi keluarga

8) Aktivitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan saat ini (ditentukan dengan anak tertua)

Tahap perkembangan keluarga saat ini merupakan keluarga dengan usia pertengahan (*Midlle Age Family*). Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangannya bersiap negative atau meninggal.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

3) Perkembangan keluarga pertengahan (*Midlle Age Family*) yaitu sebagai berikut :

a) Menjaga kesehatan,

b) Meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak, dan teman sebaya,

c) Mempersiapkan masa tua.

4) Riwayat keluarga inti :

a) Riwayat terbentuknya keluarga inti

- b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga)

5) Riwayat keluarga sebelumnya :

- a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular dikeluarga
- b) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah :

- a) Ukuran rumah (luas rumah)
- b) Kondisi dalam dan luar rumah
- c) Kebersihan rumah
- d) Ventilasi rumah
- e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- f) Air bersih
- g) Pengelolaan sampah
- h) Kepemilikan rumah
- i) Kamar mandi/wc
- j) Denah rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
- b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
- c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

3) Mobilitas geografis keluarga

- a) Apakah keluarga sering pindah rumah
- b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

- a) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
- b) Digambarkan dalam ecomap

- 5) System pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah
- d. Struktur keluarga
 - 1) Pola komunikasi keluarga
 - a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - b) Cara keluarga memecahkan masalah
 - 2) Struktur kekuatan keluarga
 - a) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
 - b) Power yang digunakan keluarga
 - 3) Struktur peran
 - a) Peran seluruh keluarga
 - 4) Nilai dan norma keluarga
- e. Fungsi keluarga
 - 1) Fungsi afektif
 - a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang.
 - b) Perasaan saling memiliki
 - c) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - d) Saling menghargai, kehangatan
 - 2) Fungsi sosialisasi
 - a) Bagaimana anggota keluarga memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga
 - 3) Fungsi reproduksi
Menurut Padila (2015) keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.
 - 4) Fungsi ekonomi

Menurut Padila (2015) fungsi ekonomi digunakan untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan.

5) Fungsi perawatan kesehatan

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diabaikan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
- b) Bila ditemui data maladaptive, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, modifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

f. Stress dan coping keluarga

- 1) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta keluatan keluarga
- 2) Respon keluarga terhadap stress
- 3) Strategi coping yang digunakan
- 4) Strategi adaptasi yang disfungsional :
Adanya cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive.

g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- 2) Pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, system genatalia.
- 4) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik

h. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

2. Analisa Data

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnose seperti :

a. Diagnose sehat/*wellness*

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

b. Diagnosa ancaman (resiko)

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

c. Diagnose nyata/gangguan

Diagnose gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- b) Pengertian
- c) Tanda dan gejala
- d) Faktor penyebab
- e) Persepsi keluarga terhadap masalah

- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :
 - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negative terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya *hygiene sanitasi*
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi :
 - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

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

Table 2.5
Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah • Tidak/kurang sehat • Ancaman kesehatan • Keadaan sejahteraan	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah yang dapat diubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah untuk dicegah • Tinggi • Cukup • Rendah	3 2 1	1
4	Meonjolnya masalah • Masalah yang benar-benar harus segera ditangani • Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani • Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

3. Skoring

Menurut Bailon dan Maglaya 1978 (dalam Bakri, Maria H, 2017) dalam menentukan skala priorotas disesuaikan dengan table skal priorotas keperawatn keluarga dengan menggunakan rumus seperti berikut :

- Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu, biasanya angka tertinggi 5
- Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi
- Kemudian dikalikan dengan bobot skor
- Jumlahkan skor dari semua kriteria.

4. Rencana (Planning)

Menurut (Achar 2010) perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum)

mengacu pada bagaimana mengatasi problem (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S= spesifik, M= measurable/dapat diukur, A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/punya limit waktu).

5. Rencana Keperawatan

Table 2.6
Rencana Keperawatan pada Klien dengan *Gout Arthritis*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Tindakan Keperawatan	Rasional
		Umum	Khusus	Kriteria	Standart		
1	Nyeri kronis keluarga Bapak T khususnya Ibu M b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Asam Urat	Setelah dilakukan penyuluhan pada keluarga Bapak T masalah asam urat dapat diatasi.	1. Setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan (Penkes) pada keluarga, Keluarga Bapak T mampu mengenal masalah kesehatan pada Ibu M yaitu masalah asam urat.				
			a. Keluarga dapat menjelaskan tentang Pengertian Asam urat sesuai dengan pendidikan dan pengetahuan keluarga.	Respon verbal	Asam urat atau <i>Gout Arthritis</i> merupakan gangguan metabolic yang disebabkan oleh asam urat yang menumpuk pada jaringan tubuh. Nilai atau kadar asam urat normal : Wanita : 2,4 sampai 6 mgdL Pria : 3,0 sampai 7	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang materi asam urat. 2. Diskusikan dengan keluarga pengertian dari asam urat. 3. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti. 4. Evaluasi kembali tentang	1. Agar keluarga mengetahui tentang pengertian asam urat atau <i>Gout arthritis</i> 2. Agar keluarga menanyakan yang belum dipahami 3. Untuk mengingat apa yang sudah dijelaskan

					mg/dL	pengertian asam urat. 5. Beri pujian pada keluarga .	perawat 4. Agar keluarga semangat dalam berpartisipasi dalam kegiatan Penkes
			b. Keluarga mampu Menyebutkan penyebab asam urat.	Respon verbal	Penyebab asam urat: 1. Penimbunan Kristal asam urat pada sendi 2. Umur 3. Jenis kelamin 4. Iklim	1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab asam urat dengan menggunakan lembar balik. 2. Minta keluarga menentukan penyebab asam urat pada Ibu M 3. Evaluasi tentang penyebab asam urat 4. Beri pujian pada keluarga	1. Agar keluarga mengetahui tentang penyebab asam urat atau <i>Gout arthritis</i> 2. Agar keluarga menanyakan yang belum dipahami 3. Untuk mengingat apa yang sudah dijelaskan perawat 4. Agar keluarga semangat dalam berpartisipasi dalam kegiatan Penkes
			c. Keluarga mampu Menyebutkan tanda dan gejala asam urat.	Respon verbal	Tanda dan gejala asam urat adalah: 1. Nyeri pada sendi 2. Pembengkakan pada sendi 3. Kesulitan untuk melakukan kegiatan karena gerakan terbatas	1. Diskusikan dengan keluarga tanda dan gejala asam urat menggunakan lembar balik 2. Bersama keluarga identifikasi tanda dan gejala asam	1. Agar keluarga mengetahui tanda dan gejala asam urat 2. Agar keluarga mencari tahu dan paham mengenai tanda dan gejala asam urat 3. Agar keluarga

					4. Area yang nyeri dan bengkak akan terasa panas 5. Kemerahan pada kulit disekitar sendi 6. Muncul nudol (pembengkakan parah yang memerah di kulit)	3. Keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala pada Ibu M 4. Beri pujian pada keluarga	semangat dan lebih aktif dalam kegiatan Penkes
			2. Keluarga mampu Mengambil keputusan yang tepat apabila penyakit Ibu M kambuh.				
			a. Mengidentifikasi akibat dari asam urat.	Respon verbal	Akibat dari Asam Urat: 1. Nyeri pada sendi 2. Sulit melakukan kegiatan karena gerakan terbatas 3. Terdapat benjolan akibat pengkristalan asam urat. 4. Muncu nodul (pembengkakan parah yang merah dikulit).	1. Bersama keluarga diskusikan mengenai akibat dari asam urat menggunakan lembar balik 2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga menyebutkan akibat dari asam urat 3. Beri pujian pada keluarga.	1. Agar keluarga mengetahui akibat dari Asam Urat bila tidak segera ditangani 2. Unutk mengetahui sejauhmana keluarga memahami penkes yang di sampaikan 3. Agar keluarga semangat dalam berpartisipasi

							penkes
			b. Keluarga dapat mengambil keputusan dengan tepat jika Ibu M kambuh.	Respon verbal	Adanya upaya keluarga dalam mengambil keputusan dalam mengatasi asam urat misalnya dengan segera dan tepat	1. Diskusikan dengan keluarga bagaimana mengatasi asam urat atau sakit pada Ibu M. 2. Motivasi keluarga untuk tepat dalam mengambil keputusan saat Ibu M sakit 3. Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga	1. Agar keluarga mengetahui bagaimana cara mengatasi Asam Urat 2. Agar tidak terjadi dampak buruk apabila segera diatasi. 3. Agar keluarga senang dalam partisipasi kegiatan penkes
			3. Keluarga belum mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami Asam urat.		Adanya upaya keluarga untuk melakukan perawatan dalam mengatasi asam urat yaitu dengan mengoleskan Balsem pada bagian yang nyeri.	1. Ajarkan keluarga untuk mengatasi nyeri pada asam urat dengan melakukan kompres jahe	1. Agar keluarga memahami cara perawatan gout arthritis.
			a. Mendemonstrasikan tindakan kompres jahe untuk mengatasi dan mengobati asam urat secara alami	Respon psikomotor	Cara memberikan pengobatan herbal dnegan kompres jahe : 1. Kupas jahe lalu bersihkan dengan air mengalir 2. Parut jahe yang sudah dibersihkan 3. Letakkan perutan	1. Demontrasikan tentang cara kompres jahe 2. Evaluasi kembali apa yang sudah dijelaskan dan re-demo 3. Beri pujian pada keluarga	1. Agar keluarga bisa melakukan perawatan pada Ibu M secara mandiri pada saat nyeri kambuh 2. Untuk mengetahui

					jahe pada persendian yang terasa nyeri atau bagian yang bengkak 4. Tunggu 10-15 menit hingga terasa hangat dan sakitnya berkurang		sejauh mana keluarga memahami apa yang sudah diajarkan oleh perawat. 3. Agar keluarga bersemangat dalam kegiatan penkes
			4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan.				
			a. Menganjurkan kepada keluarga untuk senantiasa menjaga Lingkungan supaya tetap bersih.	Respon verbal	Adanya upaya yang dilakukan keluarga yaitu dengan membuat pagar dari bambu untuk penopang atau pegangan tangan saat Ibu M berjalan di sekeliling teras depan rumah	1. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang aman untuk klien 2. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Beri pujian pada keluarga atas jawaban yang tepat	1. Agar keluarga mengetahui lingkungan yang aman bagi klien 2. Agar keluarga menanyakan mengenai masalah yang belum di pahami 3. Agar keluarga bersemangat dalam penkes
			5. Keluarga mampu Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan				
			a. Keluarga dapat menyebutkan macam-macam layanan kesehatan yang ada di	Respon verbal	Keluarga mampu Menyebutkan jenis layanan kesehatan yang ada dimasyarakat yaitu puskesmas, poli klinik,	1. Tanyakan pada keluarga jenis pelayanan kesehatan yang digunakan untuk	1. Agar keluarga mengetahui tetang pelayanan kesehatan 2. Agar keluarga

			masyarakat.		rumah sakit, dan lain-lainnya.	berobat. 2. Berikan pujian pada keluarga untuk jawaban yang benar	bersemangat dalam kegiatan penkes
			b. Menjelaskan manfaat layanan kesehatan.	Respon verbal	Memberikan pelayanan kesehatan pada anggota yang sakit untuk mendapatkan pengobatan	1. Motivasi keluarga untuk Segera membawa anggota yang sakit untuk berobat ke pelayanan terdekat. 2. Beri pujian pada keluarga	1. Agar keluarga termotivasi untuk segera membawa keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan 2. Agar keluarga bersemangat dalam kegiatan penkes
			c. Keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan.	Respon psikomotor	Keluarga dapat menunjukan kartu berobat sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas pelayanan kesehatan	1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan 2. Beri pujian pada keluarga	1. Agar keluarga termotivasi mengunjungi pelayanan kesehatan

E. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout Arthritis penyakit metabolic yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi yang mengalami peradangan sehingga akan terjadi pembengkakan, nyeri, dan kaku pada persendian (Merkie, C 2005 dalam reny yuli aspirin). Dalam pendapat lain juga dikemukakan bahwa *Gout Arthritis* merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolisme purin (hiperurisemia).

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya *Gout Arthritis* adalah karna adanya deposit/penimbunan kristal asam urat pada sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolic dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal.

Faktor pencetus terjadinya endapan Kristal urat adalah:

- a. Makanan tinggi purin.
- b. Penurunan filtrasi glomerulus.
- c. Pemberian obat direutik.
- d. Minum alkohol.
- e. Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal.

3. Patofisiologi Gout Arthritis

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin menjadi asam urat dapat diterangkan sebagai berikut:

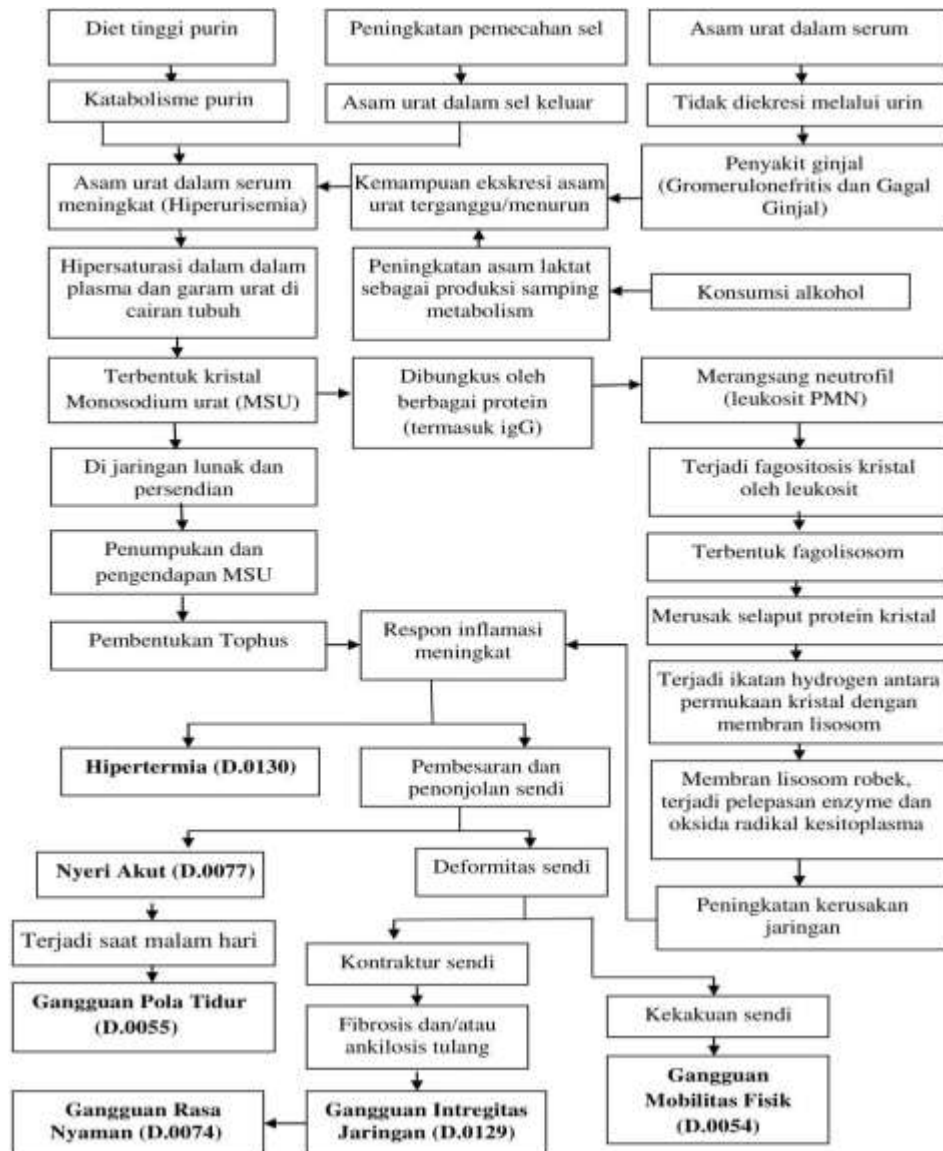
Sintesis purin melibatkan dua jalur, yaitu jalur de novo dan jalur penghematan (salvage pathway).

- a. Jalur de novo melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekursor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat yang diubah melalui serangkaian zat antara

menjadi nukleotida purin (asam inosinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosilfirofosfat (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).

- b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya. Pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur de novo. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian di eksresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin. Pada penyakit gout, terdapat gangguan keseimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:
 - 1) Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
 - 2) Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
 - 3) Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan cellular turnover)
 - 4) Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
 - 5) Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi.

4. Pathway Gout Arthritis



Gambar 3 Pathway Gout Arthritis

5. Manifestasi klinis

Menurut Aspirin Yuli Renny (2014):

- Stadium I adalah hiperurasetemia asimtomatik. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl.
- Stadium II adalah arthritic gout akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari dan kaki dan sendi metatarsophalangeal. Tahap ini biasanya mendorong klien untuk

mencari pengobatan segera, sendi-sendi lain dapat terserang, termasuk sendi jari tangan dan siku, serangan gout akut biasanya akan pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10-14 hari.

- c. Stadium III adalah serangan gout akut (gout interitis) adalah tahap interikritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini yang dapat berlangsung dari beberapa sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
- d. Stadium IV adalah gout kronik, dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak, tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubitas relatif asam urat. Awitan dan ukuran tofi secara professional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon, tendon achilles, permukaan ekstensor lengan bawah, bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihindari tofi. Pada masa ini tofi akan menghilang dengan terapi yang tepat.

Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam interstitium medulla, papilla, dan pyramid, sehingga timbul proteinuria dan hipertensi ringan.

6. Tanda dan gejala

Menurut Aspirin Yuli Renny (2004):

- a. Nyeri pada tulang dan sendi.
- b. Kemerahan dan bengkak pada tulang dan sendi.
- c. Tofi pada ibu jari, mata kaki dan pinna telinga.
- d. Peningkatan suhu tubuh.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Aspirin Yuli Renny (2004):

- a. Kadar asam urat serum meningkat.
- b. Laju sedimentasi eritrosit (LSE) meningkat.
- c. Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat.
- d. Analisis cairan synovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan kristal urat monosodium yang membuat diagnosis.
- e. Sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi.

8. Diagnosa

Menurut PPNI, 2017 diagnosa yang muncul pada kasus menyebutkan bahwa, masalah yang sering muncul pada *Gout Arthritis* adalah:

- a. Nyeri kronis b.d gangguan fungsi metabolis
- b. Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi

9. Discharge planing

Menurut Aspirin Yuli Renny (2004):

- a. Mengistirahatkan sendi yang nyeri.
- b. Pemberian obat anti inflamasi.
- c. Menghindari faktor pencetus.
- d. Minum 2-3 liter cairan setiap hari dan meningkatkan masukan makanan pembuat alkalis. Hindari makanan yang mengandung purin tinggi