

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Teori konsep kebutuhan dasar manusia**

Menurut *Abraham Maslow*, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologi maupun psikologi. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologi menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah *aristoteles*. Sekitar tahun 1950, *Abraham Maslow* seorang psikologi dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

##### **a. Kebutuhan fisiologis (*physiological needs*)**

*Physiological needs* adalah kebutuhan yang paling dasar yang harus terpenuhi dengan baik bagi seorang individu. Kebutuhan tersebut mencakup sandang, pangan dan papan. Contohnya kebutuhan makan, minum, perumahan, seks, istirahat untuk menjaga kesehatan.

##### **b. Menginginkan rasa aman (*Safety needs*)**

*Safety and security needs* adalah kebutuhan kedua setelah yang pertama terpenuhi. Pada kebutuhan tahap kedua ini seorang individu menginginkan terpenuhinya rasa keamanan. Pada dasarnya kebutuhan rasa aman ini mengarah pada dua bentuk yakni: kebutuhan keamanan jiwa dan kebutuhan keamanan harta.

##### **c. Menginginkan kasih sayang (*Love and belongingness needs*)**

*Social needs* adalah kebutuhan ketiga setelah kebutuhan kedua terpenuhi. Pada kebutuhan ini mencakup perasaan seseorang seperti

termiliknya cinta, sayang, keluarga yang bahagia dengan suami/istri dan memperoleh anak dari perkawinan yang sah, tergabung dalam organisasi sosial. Kebutuhan sosial disini memperhatikan seseorang yang membutuhkan pengakuan atau penghormatan dari orang lain.

**d. Membutuhkan penghargaan (*Esteem needs*)**

*Esteem needs* adalah kebutuhan keempat setelah kebutuhan ke tiga terpenuhi. Pada kebutuhan ini seseorang mencakup pada keinginan untuk memperoleh harga diri. Harga diri atau respek diri: ini bergantung pada keinginan akan kekuatan, kompetensi, kebebasan, dan kemandirian. Ia juga bertalian dengan achievement motivation, dorongan untuk berprestasi. Pada tahap ini seseorang memiliki keinginan kuat untuk memperhatikan prestasinya, serta ingin bahwa prestasi tersebut mendapatkan apresiasi dari orang lain

**e. Aktualisasi diri (*Self-actualization needs*)**

*Self-actualizatio* adalah kebutuhan tertinggi dalam teori Maslow. Pada tahap ini seseorang ingin terpenuhinya keinginan untuk aktualisasi diri, yaitu ia ingin menggunakan potensi dan mengaktualisasikannya dalam bentuk pengembangan diri. Kondisi ini teraplikasi dalam bentuk pekerjaan yang sudah lebih jauh dari hanya sekedar rutinitas namun pada sisi yang jauh lebih menantang dan penuh dengan kreatifitas tingkat tinggi. Dan karya-karya luar biasa serta merasa sangat patut untuk dihargai orang lain.

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa:

- 1) Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri dengan maksimal
- 2) Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan dibawahnya terpenuhi.
- 3) Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis

- 4) Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai budaya masing – masing
- 5) Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas
- 6) Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda.
- 7) Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda.
- 8) Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan menyebabkan ketidak seimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- 9) Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari faktor internal dan eksternal
- 10) Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara
- 11) Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan; beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan mempengaruhi kebutuhan lainnya.

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan Kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis

## **2. Faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan**

Secara umum, terdapat beberapa factor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Faktor – faktor tersebut meliputi:

### **a. Penyakit**

Saat seseorang dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

#### **b. Hubungan yang berarti**

Keluarga merupakan sistem pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti.

#### **c. Konsep diri**

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhan tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang ada memengaruhi tahap perkembangan tersebut.

#### **d. Tahap perkembangan**

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan.

#### **e. Struktur keluarga**

Struktur keluarga dapat mempengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya (Mubarak & Chayatin, 2008).

### **3. Definisi nyeri**

Definisi nyeri menurut batasan yang digunakan oleh *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana ada kerusakan (*Fishman et al*, 2009).

Nyeri terjadi apabila terdapat rangsangan mekanikal, termal atau kimiawi yang melewati ambang rangsang tertentu. Rangsangan ini terdeteksi oleh nosiseptor yang merupakan ujung-ujung saraf bebas. Rangsangan akan dibawa sebagai impuls saraf melalui serabut A delta yang bermielin, berkecepatan hantar yang cepat dan bertanggung jawab terhadap nyeri yang cepat, tajam, terlokalisasi serta serabut C yang tidak bermielin berkecepatan hantar saraf lambat dan bertanggung jawab atas nyeri yang tumpul dan tidak terlokalisasi dengan jelas (*Simpson et al, 2012*).

#### **4. Fisiologi nyeri**

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

##### **a. Transduksi**

adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

##### **b. Transmisi**

adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medulla spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. *Neuron aferen primer* merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medulla spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

### **c. Modulasi**

adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descending ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis (Mubarak & Chayatin, 2008).

### **d. Persepsi nyeri**

adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen. (Anas Tamsuri, 2006)

## **5. Klasifikasi nyeri**

Rasa nyeri memiliki sifat yang unik pada setiap individual. Adanya takut, marah, kecemasan, depresi dan kelelahan akan mempengaruhi bagaimana nyeri itu dirasakan. Subjektifitas nyeri membuat sulitnya mengkategorikan nyeri dan mengerti mekanisme nyeri itu sendiri. Salah satu pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengklasifikasi nyeri adalah berdasarkan durasi (akut, kronik), patofisiologi (nosiseptif, nyeri neuropatik) dan etiologi (paska pembedahan, kanker).

#### **a. Nyeri akut dan kronik**

Nyeri akut dihubungkan dengan kerusakan jaringan dan durasi yang terbatas setelah nosiseptor kembali ke ambang batas resting stimulus istirahat. Nyeri akut ini dialami segera setelah pembedahan sampai tujuh hari. Sedangkan nyeri kronik bisa dikategorikan sebagai malignan atau nonmalignan yang dialami pasien selama 1-6 bulan.

Nyeri kronik malignan biasanya disertai kelainan patologis dan terjadi pada penyakit yang life-limiting disease seperti kanker, end-stage organ dysfunction, atau infeksi HIV. Nyeri kronik kemungkinan mempunyai elemen nosiseptif dan neuropatik. Nyeri kronik nonmalignant (nyeri punggung, migrain, artritis, diabetik neuropati) sering tidak disertai kelainan patologis yang terdeteksi dan perubahan neuroplastik yang terjadi pada lokasi sekitar (dorsal horn pada spinal cord) akan membuat pengobatan menjadi lebih sulit

Berdasarkan mekanisme terjadinya, menurut *Simpson et al* (2012) nyeri terbagi menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

#### **b. Nyeri nosiseptif**

disebabkan adanya kerusakan jaringan yang mengakibatkan dilepaskannya bahan kimiawi yang disebut excitatory neurotransmitter seperti histamin dan bradikinin, yang bertanggung jawab terhadap timbulnya reaksi inflamasi. Selanjutnya bradikinin melepaskan prostaglandin dan substansi P yang merupakan neurotransmitter kuat. Nyeri nosiseptif dibagi menjadi nyeri viseral dan nyeri somatik.

- 1) Nyeri viseral terjadi akibat stimulasi nosiseptor yang berada di rongga abdominal dan rongga thoraks.
- 2) Nyeri somatik terbagi menjadi nyeri somatik dalam dan nyeri kutaneus. Nyeri somatik dalam berasal dari tulang, tendon, saraf dan pembuluh darah, sedangkan nyeri kutaneus berasal dari kulit dan jaringan bawah kulit (*Hockenberry-Eaton et al*, 1999).

**c. Nyeri neuropatik**

berasal dari kerusakan jaringan saraf akibat penyakit atau trauma. Nyeri neuropatik perifer apabila disebabkan oleh lesi saraf tepi, dan nyeri sentral apabila disebabkan lesi pada otak, batang otak atau medula spinalis (*Hockenberry-Eaton et al, 1999*).

**6. Faktor-faktor yang menyebabkan nyeri**

Karena nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang memengaruhi nyeri individu. Hal ini sangat penting dalam upaya untuk memastikan bahwa perawat menggunakan pendekatan yang holistik dalam pengkajian dan perawatan klien yang mengalami nyeri. Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, terdiri dari:

**a. Usia**

Usia merupakan hal yang terpenting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri, sedang pada lansia untuk menginterpretasi nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai tubuh yang sama (*Potter & Perry, 2006*).

**b. Jenis Kelamin**

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia tanpa memperhatikan jenis kelamin (*Nugroho, 2010*).

**c. Kebudayaan**

Individu mempelajari apa yang diharapkan dan diterima oleh kebudayaan mereka, hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (*Potter & Perry, 2006*).

**d. Makna nyeri**

Dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu yang akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda.



**e. Perhatian**

Perhatian yang meningkat dikaitkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

**f. Ansietas**

Seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas, pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas, sulit untuk memisahkan dua sensasi.

**g. Keletihan**

Rasa lelah menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

**h. Pengalaman**

Klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri

**i. Gaya coping**

Klien yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa, seperti nyeri (Potter & Perry 2006).

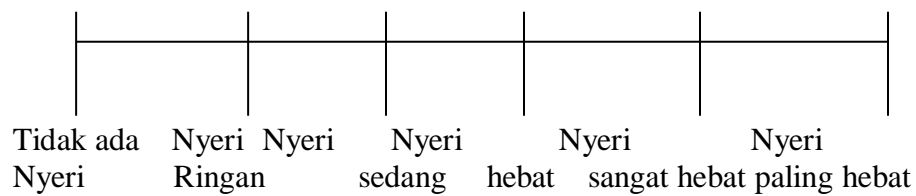
**j. Dukungan sosial dan keluarga**

Klien dari kelompok sosio-budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan (Potter & Perry 2006)

## 7. Mengukur skala nyeri

### a. *Verbal descriptor/rater scale (VD/RS)*

*Verbal Rating Scale (VRS)* disebut juga sebagai skor nyeri verbal dan skala deskriptor verbal, adalah self-report yang terdiri dari sejumlah pernyataan yang dirancang untuk menggambarkan intensitas dan durasi nyeri. Skala penilaian verbal terdiri dari deskriptor yang mudah diinterpretasikan yang berkisar pada rasa sakit. Deskriptor dapat bervariasi dari empat (misal, “Tidak ada”, “ringan”, “sedang”, “berat”) hingga 15. Beberapa skala penilaian verbal meliputi lima titik set deskriptor berikut yang memfasilitasi evaluasi dan perawatan nyeri. (Hudgens & Coons, 2016)

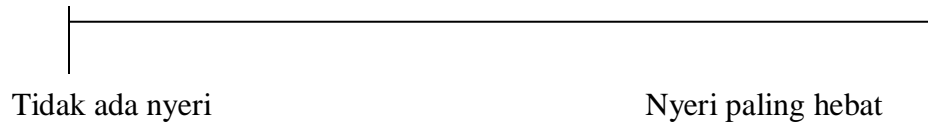


**Gambar 2.1**  
**Skala nyeri VRS**

### b. *Visual analouge scale (VAS)*

*VAS for pain (VAS-P)* adalah skala unidimensional untuk mengukur nyeri. VAS-P berupa garis horizontal atau vertikal 100 mm dengan angka 0 mm mengindikasikan tidak nyeri dan 100 mm sangat nyeri. Metode scoring pada VAS-P adalah menggunakan penggaris, skor ditentukan dengan mengukur jarak (mm) pada baris 10-cm dan pasien memberikan tanda pada kisaran skor 0-100. Sebuah skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih besar intensitas nyerinya. Terdapat titik potong distribusi nyeri skor VAS pada pasien yang menggambarkan intensitas nyeri. Titik potong pada VAS-P yang direkomendasikan, yaitu : tidak ada rasa sakit (0-4 mm), nyeri ringan (5-44mm), nyeri sedang (45-74 mm), dan sakit parah (75-100 mm). VAS-P adalah alat ukur yang dapat digunakan secara

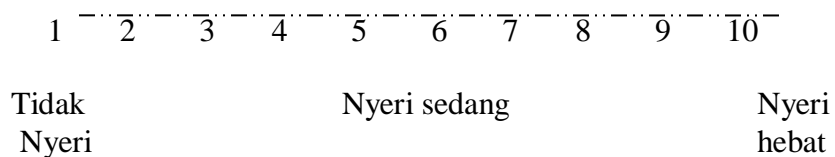
mudah karena dapat diambil <1 menit. VAS-P memiliki hasil uji reliabilitas  $R=0,94$ ;  $P<0,001$ , validitas 0,99. Perbedaan klinis minimum telah ditentukan untuk VAS-P yaitu 1,37 cm. (G. a Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011)



**Gambar 2.2**  
**Skala nyeri VAS**

**c. *Numeric rating scale (NRS)***

*Numeric Rating Scale (NRS)* merupakan alat pengkajian nyeri dengan nilai dari 0 hingga 10, dengan 0 mewakili satu ujung kontinum nyeri (misalnya, tanpa rasa sakit) dan 10 mewakili kondisi ekstrim lain dari intensitas nyeri (misal rasa sakit yang tak tertahankan). Untuk pengukuran NRS, hampir sama dengan VAS, namun responden akan memilih bilangan bulat yang paling mencerminkan intensitas nyeri mereka. Hasil uji reliabilitas NRS telah diamati pada pasien yang buta huruf  $R= 0,96$  dan hasil uji validitas konstruk, NRS terbukti sangat berkorelasi dengan VAS pada pasien dengan nyeri kronis (nyeri > 6 bulan): korelasi berkisar antara 0,86 hingga 0,95. (G. A. Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011)

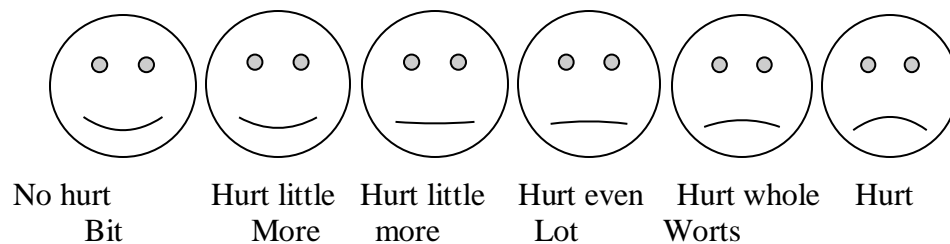


**Gambar 2.3**  
**Skala Nyeri NRS**

**d. Skala intensitas skala face**

Wong dan Baker (1988) dalam Andarmayo (2013) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah

yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat). Anak-anak berusia tiga tahun dapat menggunakan skala tersebut. Para peneliti mulai meneliti penggunaan skala wajah ini pada orang-orang dewasa. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya (Andarmayo, 2013).



**Gambar 2.4**  
**Skala Wajah**

## **8. Penatalaksanaan nyeri**

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri atau pain management adalah suatu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau pain relief. Manajemen nyeri ini menggunakan pendekatan multidisiplin yang didalamnya termasuk pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi.

### **a. Manajemen farmakologi**

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dari medis. Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik, yaitu:

- 1) Non-narkotik: asetaminofen, asam asetilsalifat.
- 2) NSAID: ibuprofen, naproksen, indometasin, tolmetin, piroksikam, ketorolak.

- 3) Narkotik: memperidin, metimorfin, morfin sulfat, fentanyl, butotanol, hidromorfon,
- 4) Adjuvan: amitriptilin, hidroksin, klopromazim, diazepam (Andarmoyo, 2013).

**b. Manajemen nonfarmakologi**

Manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam. Teknik-teknik peredaan nyeri tersebut yaitu:

- 1) Stimulasi dan masase kutaneus, masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot.
- 2) Aplikasi kompres es dan kompres panas, tetapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas meningkatkan aliran darah ke suatu area dan dapat menurunkan nyeri.
- 3) Distraksi, adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah sesuatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri.
- 4) Relaksasi, adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (Andarmoyo, 2013). Teknik relaksasi nafas dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, lambat, bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah.

- 5) Imajinasi terbimbing, menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang direncanakan khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang terlalu terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu konsentrasi (Andarmoyo, 2013).
- 6) Hypnosis, hypnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis.

## **B. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988). Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya (*Johnson's*, 1992)

Keluarga sebagai suatu sistem social, keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal, dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

### **2. Tahap-tahap perkembangan keluarga**

Menurut *Duvall* (1985) membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

#### **a. Keluarga baru (*bargaining family*)**

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga ini antara lain adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan
- 2) Menetapkan tujuan bersama
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial

- 4) Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB
  - 5) Persiapan menjadi orang tua
  - 6) Memahami *prenatal care* (pengertin kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)
- b. Keluarga dengan anak pertama <30 bulan (*child bearing*)
- Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi klasik *le master* (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17% tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal.
- 1) Suami merasa diabaikan
  - 2) Peningkatan perselisihan dan argument
  - 3) Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun
- Tahap perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah:
- 1) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan)
  - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
  - 3) Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan)
  - 4) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
  - 5) Konseling KB post partum 6 minggu
  - 6) Menata ruang untuk anak
  - 7) Biaya/dana *child bearing*
  - 8) Memfasilitasi role learning anggota keluarga
  - 9) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- c. Keluarga dan anak pra sekolah
- Tugas perkembangan adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak social) dan merencanakan kelahiran berikutnya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah:
- 1) Pemenuhan anggota keluarga
  - 2) Membantu anak bersosialisasi

- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
  - 4) Mempertahankan hubungan didalam maupun di luar keluarga
  - 5) Pembagian waktu individu, pasangan dan anak
  - 6) Pembagian tanggung jawab
  - 7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)
- Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:
- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan diluar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
  - 2) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
  - 3) Menyediakan aktivitas untuk anak
  - 4) Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikut sertakan anak.
  - 5) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.
- e. Keluarga dengan anak remaja (13—20 tahun)
- Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:
- 1) Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seseorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi).
  - 2) Memelihara komunikasi terbuka
  - 3) Memelihara hubungan intim dalam keluarga
  - 4) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.
- f. Keluarga dengan anak dewasa ( anak pertama meninggalkan rumah)
- Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:
- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
  - 2) Mempertahankan keintiman.



- 3) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat social dan waktu santai.
- 2) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- 3) Keakraban dengan pasangan.
- 4) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- 5) Persiapan masa tua/pensiun.

h. Keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan merubah cara hidup.
- 2) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.
- 3) Melakukan live review masa lalu.

Sedangkan menurut *Carter & McGoldrick* (1989) tahap perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- a. Keluarga antara (masa bebas/pacaran) dengan usia dewasa muda
- b. Terbentuknya keluarga baru melalui suatu perkawinan
- c. Keluarga dengan memiliki anak usia muda (anak usia bayi sampai usia sekolah).
- d. Keluarga yang memiliki anak dewasa
- e. Keluarga yang mulai melepas anaknya untuk keluar rumah
- f. Keluarga lansia

### 3. Tugas perkembangan keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada 8 tugas pokok yaitu:

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya

- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga
- e. Penganturan jumlah anggota keluarga
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- g. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya

#### **4. Tugas kesehatan keluarga**

Menurut Freeman (1981) tugas keluarga dalam bidang kesehatan dibagi 5 tugas yaitu:

- a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga
- c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usia yang terlalu muda
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

### **C. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian nyeri**

Pengkajian nyeri yang akurat sangat penting untuk penatalaksanaan nyeri yang efektif. Nyeri adalah pengalaman subjektif dan dialami secara unik oleh setiap individu, perawat perlu mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri, faktor fisiologi, psikologi, perilaku, emosional, dan social budaya. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama: (a) riwayat nyeri untuk mendapatkan fakta dari klien dan (b) observasi langsung respon perilaku dan fisiologi klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif mengenai pengalaman subjektif.

a. Anamnesa

1) Data umum klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, dan diagnose medis.

2) Keluhan utama

3) Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat harus memberikan kesempatan pada klien untuk mengekspresikan bagaimana mereka memandang rasa nyeri dan situasinya dengan menggunakan kata-katanya sendiri. Ini akan membantu perawat untuk memahami apa makna nyeri bagi klien dan bagaimana klien mengatasi nyeri tersebut.

Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom meliputi P (paliatif/provocative= yang menyebabkan timbulnya masalah) Q (Quality dan Quantity= kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan) R (Region=lokasi nyeri), S (severity= keparahan), T (timing= waktu).

Selain dengan pendekatan analisis symptom, data yang harus didapatkan dalam riwayat nyeri yang komprehensif terdiri dari lokasi, intensitas, kualitas, pola, faktor pencetus, faktor pereda, gejala penyerta, pengaruh pada ADL, pengalaman nyeri dimasa lalu.

a) Lokasi

Untuk memastikan nyeri lokasi spesifik, minta individu untuk menunjukan tempat ketidaknyamanan. Sebuah bagan yang terdiri dari gambar tubuh dapat membantu mengidentifikasi lokasi nyeri. Klien menandai lokasi nyeri pada bagan. Perangkat ini khususnya efektif pada klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

b) Intensitas nyeri

Untuk efektifitas penggunaan skala peringkat nyeri, klien tidak hanya perlu memahami penggunaan skala terapi juga harus

diajarkan tentang bagaimana informasi tersebut akan digunakan untuk menentukan perubahan kondisi mereka dan efektifitas intervensi penatalaksaannya nyeri. Klien juga dimintai untuk menunjukkan tingkat kenyamanan yang dapat diterima sehingga mereka dapat melakukan aktivitas yang spesifik, ini akan memastikan bahwa penatalaksana nyeri yang adekuat telah tercapai.

c) Kualitas nyeri

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah apakah nyeri yang dirasakan klien sebagai sensasi tertusuk, dipukul, diremas, atau ada sensasi lain yang diutarakan oleh klien

d) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, kekambuhan nyeri atau interval tanpa nyeri. Oleh karena itu, perawat menanyakan kapan nyeri mulai dirasakan, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri bersifat kambuhan, dan jika demikian berapa lama interval tanpa rasa nyeri, dan kapan nyeri terakhir kali terjadi.

e) Faktor pencetus

Aktivitas tertentu kadang kala mendahului terjadinya nyeri. Misalnya nyeri lutut dapat terjadi setelah latihan fisik, nyeri abdomen dapat terjadi setelah makan. Observasi ini dapat membantu mencegah nyeri dan menentukan penyebabnya.

f) Faktor-faktor pereda

Perawat harus meminta klien untuk menggambar setiap upaya yang telah mereka lakukan untuk meredakan nyeri (mis. Obat-obatan rumah seperti teh herbal, obat-obatan, istirahat, kompres hangat atau dingin, berdoa, distraksi seperti menonton TV). Penting untuk mengeksplorasi efek dari setiap tindakan ini terhadap nyeri, apakah nyeri reda atau tidak, atau apakah nyeri bertambah buruk atau tidak.

g) Gejala penyerta

Yang juga dimasukkan dalam penilaian klinis nyeri adalah gejala penyerta seperti mual, muntah, sakit kepala, dan diare. Gejala ini dapat dihubungkan dengan awitan nyeri atau dapat terjadi akibat keberadaan nyeri

h) Efek pada aktivitas kehidupan sehari-hari/ADL

Perawat meminta klien untuk menggambarkan bagaimana nyeri memengaruhi beberapa aspek kehidupan sehari-hari, seperti tidur, nafsu makan, konsentrasi, aktivitas di rumah, dan status emosional.

i) Pengalaman nyeri di masa lalu

Hal ini akan sangat membantu perawat mengetahui fase apa nyeri yang dirasakan oleh klien, dan apakah klien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Fase tersebut antara lain fase antisipator, fase sensasi, dan fase akibat.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Menurut PPNI (2016) diagnosa keperawatan untuk klien yang mengalami nyeri adalah:

### **a. Nyeri kronis**

Definisi: pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Penyebab:

- 1) Kondisi muskuloskeletal kronis
- 2) Kerusakan sistem saraf
- 3) Penekanan saraf
- 4) Infiltrasi tumor
- 5) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- 6) Gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, virus varicellazoster)
- 7) Gangguan fungsi metabolik
- 8) Riwayat posisi kerja statis

- 9) Peningkatan indeks masa tubuh
- 10) Kondisi paska trauma
- 11) Tekanan emosional
- 12) Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologi, seksual)
- 13) Riwayat penyalahgunaan obat/zat

**Gejala dan tanda mayor:**

Subjektif:

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

Ojektif:

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Tidak mampu menutaskan aktivitas

**Gejala dan tanda minor:**

Subjektif:

- 1) Merasa takut mengalami cedera

Objektif:

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

Kondisi klinis terkait:

- 1) Kondisi kritis (mis. Arthritis rheumatoid)
- 2) Infeksi
- 3) Cedera medulla spinalis

**b. Resiko cedera**

**Definisi:** Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

**Faktor resiko:**

*Eksternal*

1. Terpapar pathogen
2. Terpapar zat kimia toksik
3. Terpapar nosokomial
4. Ketidakamanan transportasi

*Internal*

1. Ketidaknormalan profil darah
2. Perubahan orientasi efektif
3. Perubahan sensasi
4. Disfungsi autoimun
5. Disfungsi biokimia
6. Hipoksia jaringan
7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
8. Malnutrisi
9. Perubahan fungsi psikomotor
10. Perubahan fungsi kognitif

**Kondisi klinis terkait:**

1. Kejang
2. Sinkop
3. Vertigo
4. Gangguan penglihatan
5. Gangguan pendengaran
6. Penyakit parkison
7. Hipotensi
8. Kelainan nervus vestibularis

9. Retardasi metal

**3. Rencana asuhan keperawatan**

**Tabel 2.1  
Rencana Keperawatan**

<b>Diagnosa</b>	<b>Intervensi Utama</b>	<b>Intervensi Pendukung</b>
<b>Nyeri Kronis</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Manajemen nyeri</li><li>2. Perawatan kenyamanan</li><li>3. Terapi relaksasi</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Edukasi manajemen nyeri</li><li>4. Edukasi teknik napas</li><li>5. Kompres dingin</li><li>6. Kompres panas</li><li>7. Manajemen kenyamanan lingkungan</li><li>8. Pemberian obat analgesic</li><li>9. Promosi koping</li><li>10. Teknik distraksi</li><li>11. Terapi murattal</li><li>12. Terapi music</li></ol>
<b>Resiko Cedera</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Manajemen keselamatan lingkungan</li><li>2. Pencegahan cedera</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Edukasi keselamatan lingkungan</li><li>2. Edukasi keselamatan rumah</li><li>3. Edukasi pengurangan risiko</li><li>4. Pemasangan alat pengaman</li></ol>

**4. Pelaksanaan/Implementasi**

Implemetasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya (Andarmayo,2013).

Tujuan dari penatalaksanaan nyeri tersebut adalah peredaan nyeri atau pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien, penatalaksaan nyeri tersebut meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan: farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri.



## 5. Evaluasi

Tujuan dibuat evaluasi guna sesuai dengan hasil spesifik yang diharapkan (*kozier et al,2011*).

Apabila hasil akhir tidak tercapai, perawat dan klien perlu mengeksplor alasannya sebelum memodifikasi rencana asuhan (*kozier et al,2011*).

**Table 2.2**  
**Standar Luaran Keperawatan Indonesia**  
**(2018) Kriteria Hasil Nyeri**

<b>Kriteria</b>	<b>menurun</b>	<b>Cukup menurun</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup meningkat</b>	<b>meningkat</b>
Kemampuan menuntaskan aktivitas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>meningkat</b>	<b>Cukup meningkat</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup menurun</b>	<b>Menurun</b>
<b>Keluhan nyeri</b>	1	2	3	4	5
<b>Meringis</b>	1	2	3	4	5
<b>Sikap protektif</b>	1	2	3	4	5
<b>Gelisah</b>	1	2	3	4	5
<b>Kesulitan tidur</b>	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada Dirisendiri	1	2	3	4	5
Diaforensi	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami	1	2	3	4	5
Cedera berulang	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	<b>memburuk</b>	<b>Cukup Memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Membaik</b>	<b>membaik</b>
<b>Frekuensi nadi</b>	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5

Tekanan Darah	1	2	3	4	5
Proses Berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi Berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

#### **D. Tinjauan Askep Keluarga**

Menurut Ali (1997) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah) diagnosa keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan klien.

Menurut A Maslow ada lima kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologi meliputi oksigen, cairan, nutrisi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan upaya memenuhi kebutuhan klien.

##### **a. Pengkajian**

###### 1) Pengkajian keluarga model friedman

Asumsi yang mendasari adalah keluarga sebagai sistem social, merupakan kelompok kecil dan masyarakat. Friedman memberikan batasan 6 kategori dalam memberikan pertanyaan-pertanyaan saat melakukan pengkajian:

- (1) Data pengenalan keluarga
- (2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- (3) Data lingkungan
- (4) Struktur keluarga
- (5) Fungsi keluarga
- (6) Koping keluarga

## 2) Tahapan–tahapan pengkajian

### (1) Penjajakan 1

Data-data yang dikumpulkan pada penjajakan 1 antara lain:

- (a) Data umum
- (b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- (c) Lingkungan
- (d) Struktur keluarga
- (e) Fungsi keluarga
- (f) Stress dan koping keluarga
- (g) Harapan keluarga
- (h) Data tambahan
- (i) Pemeriksaan fisik

Dari data pengumpulan data tersebut maka akan dapat diidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi keluarga

### (2) Penjajakan II

Penjajakan yang tergolong dalam penjajakan II diantaranya pengumpulan data-data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan sehingga dapat ditegakan diagnosa keperawatan keluarga

Adapun ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah diantaranya:

- (a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- (c) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- (d) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

## **b. Analisa data dan perumusan diagnosa keperawatan**

Analisa data merupakan kegiatan penilaian data dalam rangka proses klarifikasi dan validasi informasi untuk mendukung penegakan diagnosa keperawatan keluarga yang akurat.

Contoh:

Data subjektif

- 1) Tn. N belum pernah mendapatkan informasi perawatan rheumatoid arthritis
- 2) Tn. N mengatakan bahwa ia tidak tahu bagaimana cara mengatasi rheumatoid arthritis
- 3) Tn. N lemas
- 4) Tn. N mengatakan nyeri pada lutut bagian kanan

Data objektif.

- 1) Tn. N terlihat bingung saat dilakukan pengkajian
- 2) Tn. N terlihat banyak bertanya mengenai rheumatoid arthritis

Diagnosa keperawatan merupakan kumpulan pertanyaan uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran dengan menunjukan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi, sampai masalah actual.

Struktur diagnosa keperawatan keluarga:

- 1) Problem/masalah
- 2) Etiologi/penyebab
- 3) Sign dan symptom/tanda dan gejala

Contoh diagnosa

- 1) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
- 2) Resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

### **c. Prioritas masalah**

Prioritas masalah didasari atas 3 komponen:

- 1) Kriteria
- 2) Bobot
- 3) Pemberatan

kriteria penilaian:

- 1) Sifat masalah terdiri atas:
  - (a) Aktual dengan nilai 3

(b) Resiko tinggi dengan nilai 2

(c) Potensial dengan nilai 1

Pembesaran mengacu pada masalah yang sedang terjadi, baru menunjukkan, tanda dan gejala atau bahkan dalam kondisi sehat.

2) Kemungkinan masalah untuk diubah

(a) Mudah dengan nilai 2

(b) Sebagian dengan nilai 1

(c) Tidak dapat dengan nilai 0

Pembesaran mengacu pada masalah, sumber daya keluarga, sumber daya perawat dan sumber daya lingkungan.

3) Potensial masalah untuk dicegah

(a) Tinggi dengan nilai 3

(b) Cukup dengan nilai 2

(c) Rendah dengan nilai 1

Pembenaran mengaju pada berat ringannya masalah, jangka waktu terjadinya masalah, tindakan yang akan dilakukan, kelompok resiko tinggi yang bisa dicegah.

4) Manajemen masalahnya

(a) Segera diatasi dengan nilai 2

(b) Tidak segera diatasi dengan nilai 1

(c) Tidak di rasakan ada masalah dengan nilai 0

Pembenaran mengacu kepada persepsi keluarga terhadap masalah.

#### **d. Rencana keperawatan**

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. Menetapkan tujuan jangka panjang (umum) mengacu pada bagaimana cara mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga. Sedangkan menetapkan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana cara mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pedek harus SMART (S: Spesifik, M: measurable/dapat

diukur, A: achievable/dapat dicapai, R: reality, T: time limited/punya limit waktu). (Achar,2010).

**e. Implementasi**

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain:

- 1) Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat
- 2) Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah
- 3) Kekuatan-kekuatan keluarga berupa financial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan
- 4) Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung jawab gugat dan tanggung jawab profesi.

**f. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan di rencana keperawatan. Evaluasi ada 2 yaitu evaluasi kuantitatif dan kualitatif. Dalam evaluasi kuantitatif menekankan pada jumlah pelayanan atau kegiatan yang telah diberikan, misalnya jumlah imunisasi, kunjungan ANC pada ibu hamil. Evaluasi kuantitatif kelemahannya hanya mementingkan jumlah, padahal belum tentu banyaknya kegiatan yang dilakukan akan berbanding lurus dengan hasil yang memuaskan.

Evaluasi kualitatif dapat dilihat pada:

- 1) Evaluasi struktur

Berhubungan dengan tenaga atau bahan yang diperlakukan dalam suatu kegiatan.

2) Evaluasi proses

Berhubungan dengan tenaga atau bahan yang diperlukan dalam suatu kegiatan.

3) Evaluasi proses

Evaluasi yang dilakukan selama kegiatan berlangsung, contoh: waktu pelaksanaan tepat, keluarga antusias saat penyuluhan berlangsung.

4) Evaluasi hasil

Merupakan hasil dari pemberian asuhan keperawatan, contoh: keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian rematik dengan menggunakan bahasa mandiri, keluarga mampu mendemonstrasikan cara pengobatan non farmakologi atau pengobatan herbal dengan perbanyak konsumsi makanan asin dan tinggi vitamin B seperti telur, daging, ayam, susu.

**g. Catatan perkembangan**

Catatan perkembangan keperawatan keluarga merupakan indikator keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan pada keluarga oleh petugas kesehatan. Karakteristik evaluasi dengan pedoman SOAP memberikan tuntutan pada perawat dengan uraian sebagai berikut:

1) Subjektif

Pernyataan uraian keluarga, klien atau sumber lain tentang perubahan yang dirasakan baik kemajuan ataupun kemunduran setelah diberikan tindakan keperawatan.

2) Objektif

Data yang bisa diamati dan diukur melalui teknik observasi, palpasi, perkusi atau auskultasi dapat dilihat kemajuan atau kemunduran pada sasaran perawat sebelum dan setelah tindakan keperawatan.

3) Analisa

Pernyataan yang menunjukkan sejauh mana masalah keperawatan dapat tertanggulangi.

#### 4) Planing

Rencana yang ada dalam catatan keperawatan merupakan rencana tindakan hasil evaluasi tentang dilanjutkan atau tidak rencana tersebut sehingga diperlukan inovasi dan modifikasi bagi perawat.

### **E. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### **1. Definisi rheumatoid arthritis**

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit inflamasi kronik dan sistemik yang simetris, yang terutama menyerang sendi perifer dan otot, tendon, ligament, dan pembuluh darah disekitarnya. Rheumatoid arthritis merupakan penyakit autoimun yang paling sering terjadi di masyarakat. Penyakit ini dapat menyebabkan kerusakan sendi jangka panjang, rasa sakit berkepanjangan, kehilangan fungsi dan kecacatan. Pada rheumatoid arthritis fokus peradangan berada di sinovium yaitu jaringan yang melapisi sendi. Bahan kimia yang dilepaskan oleh sistem kekebalan tubuh menyebabkan peradangan yang dapat merusak tulang rawan (Jaime & Liz, 2008).

Rheumatoid arthritis menyerang wanita tiga kali lebih banyak daripada pria (Smeltzer dan Bare, 2002). Rheumatoid arthritis menyerang lansia pada puncak usia lebih dari 40 tahun (Price & Wilson, 2006). Menurut Priyatno (2009), dijelaskan bahwa gambaran klinis yang utama pada rheumatoid arthritis adalah nyeri sendi, selanjutnya biasa disertai dengan terjadinya kemerahan dan deformitas. Rheumatoid arthritis adalah jenis arthritis kronis, gejala awal rheumatoid arthritis meliputi kelelahan, nyeri sendi, dan kekakuan. Gejala lain rheumatoid arthritis mungkin merasa flu, dengan perasaan sakit, nyeri otot, dan kehilangan nafsu makan.

#### **2. Etiologi**

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit autoimun kronis yang ditandai dengan peradangan, nyeri, kekakuan dan kerusakan sendi yang progresif. Selain tingginya rasa sakit angka kematian, penderita rheumatoid arthritis mengalami masalah dengan keuangan mereka dan mengalami penurunan



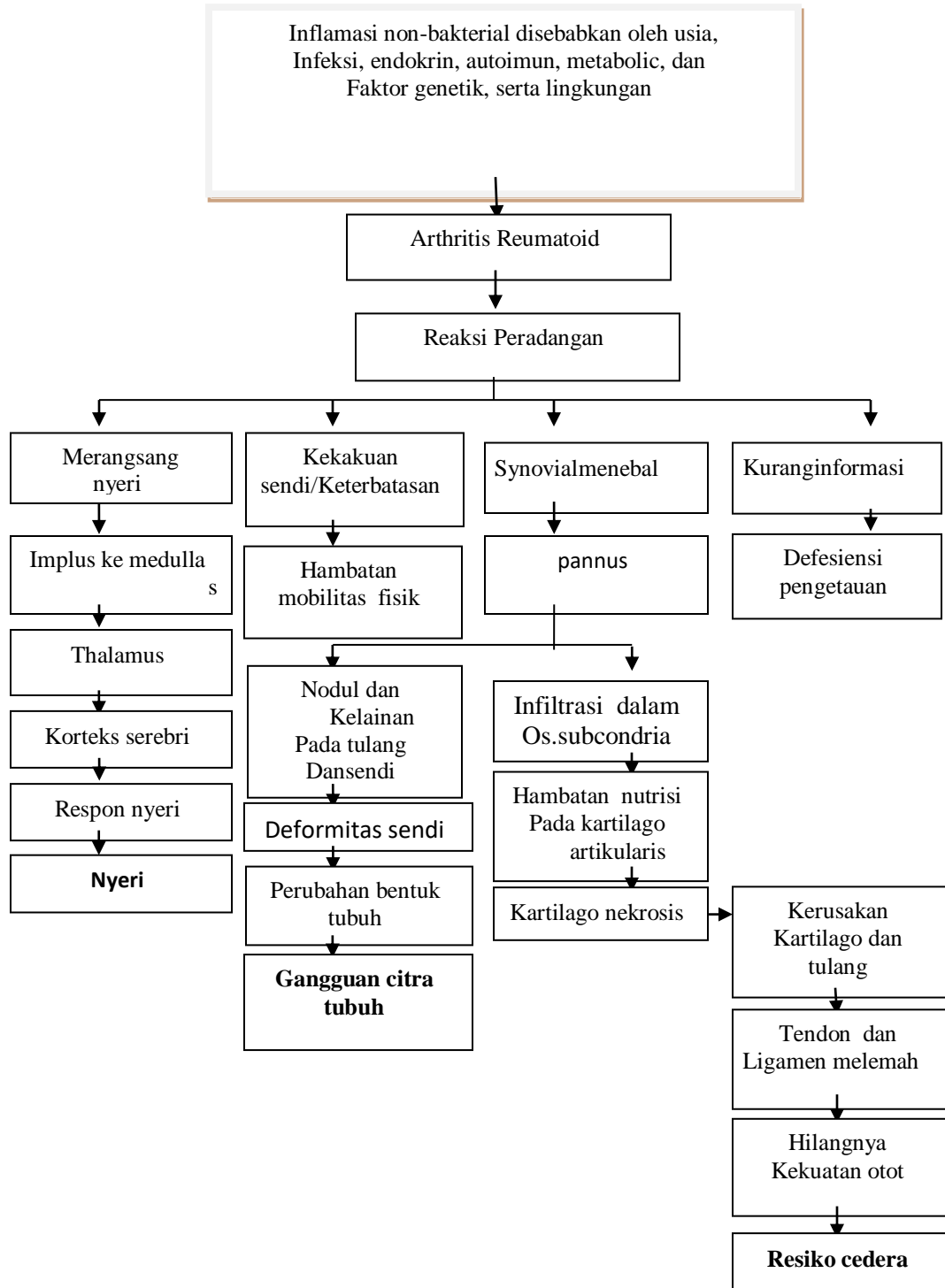
produktivitas, emosional dan keadaan social yang mempengaruhi kualitas hidup mereka (Bykerk et al, 2011)

Sejak tahun 1930, infeksi diduga merupakan penyebab rheumatoid arthritis. Dengan faktor timbul karena umumnya onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul dengan disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun hingga kini belum berhasil dilakukan isolasi suatu organisme dari jaringan synovial, hal ini tidak menyingkirkan kemungkinan bahwa terdapat suatu komponen peptidoglikan atau endotoksin mikroorganisme yang dapat mencetus terjadinya rheumatoid arthritis. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab rheumatoid arthritis antara lain bakteri, mikroplasma, atau virus.

### **3. Patofisiologi**

Proses awalnya, antigen (bakteri, mikroplasma atau virus) atau agen penyebab menginfeksi sendi akibatnya terjadi kerusakan lapisan sendi yaitu pada membrane synovial dan terjadi peradangan yang berlangsung terus-menerus. Peradangan ini akan menyebar ke tulang rawan kapsul *fibroma ligament tendon*. Kemudian terjadi penimbunan sel darah putih dan pembentuk pada jaringan parut sehingga membrane sinovium menjadi hiperatropi dan menebal. Terjadinya hiperatropi dan penebalan ini menyebabkan aliran darah yang masuk ke dalam sendi menjadi terhambat. Keadaan seperti ini akan mengakibatkan terjadinya nekrosis (rusaknya jaringan sendi), nyeri hebat dan deformitas (perubahan bentuk) (Dipiro et al, 2008)

#### 4. Pathway rheumatoid arthritis



## **5. Manifestasi klinis**

Gejala awal terjadi beberapa sendi disebut poli arthritis rheumatoid. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, sendi lutut, sendi siku, pergelangan kaki, sendi bahu, serta sendi panggul dan biasanya bersifat bilateral / simetris. Tetap kadang-kadang hanya terjadi pada satu sendi disebut rheumatoid arthritis mono-artikular (NANDA NIC-NOC, 2013)

### **a. Stadium awal**

Malaise, penurunan BB, rasa capek, sedikit demam dan anemia. Gejala lokal yang berupa pembengkakan, nyeri dan gangguan gerak pada sendi metakarpofalangeal.

### **b. Stadium lanjut**

Kerusakan sendi dan deformitas yang bersifat permanen, selanjutnya timbul/ketidakstabilan sendi akibat ruptur tendo/ligament yang menyebabkan deformitas rheumatoid yang khas berupa deviasi ulnar jari-jari, deviasi radial/volar pergelangan tangan serta valgus lutut dan kaki.

## **6. Masalah keperawatan rheumatoid arthritis**

Menurut NANDA NIC-NOC tahun 2013 diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami rheumatoid arthritis, diantaranya sebagai berikut:

- a. Nyeri yang berhubungan dengan inflamasi dan peningkatan aktivitas penyakit
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan rentang gerak, nyeri pada gerak, keterbatasan ketahanan fisik.
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas.
- d. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan penurunan rentang gerak
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan rentang gerak.

## 7. Penatalaksanaan

Menurut Price dan Wilson, 2006, untuk membuat diagnosa yang akurat dapat memakan waktu lama, tetapi pengobatan dapat dimulai secara dini.

Tujuan utama dari program pengobatan adalah sebagai berikut:

- a. Untuk menghilangkan nyeri dan peradangan
  - b. Untuk mempertahankan fungsi sendi dan kemampuan maksimal dari pasien.
  - c. Untuk mencegah dan memperbaiki deformitas yang terjadi pada sendi.
- Ada sejumlah cara penatalaksanaan yang sengaja dirancang untuk mencapai tujuan-tujuan ini: pendidikan, istirahat, latihan fisik dan termoterapi, gizi, dan obat-obatan.

### 1) Pendidikan

Langkah pertama dari program penatalaksanaan ini adalah member pendidikan yang cukup tentang penyakit kepada pasien, keluarganya, dan siapa saja yang berhubungan dengan pasien, pendidikan yang diberikan diantaranya meliputi pengertian, penyebab, dan cara penatalaksanaan penyakit.

### 2) Istirahat

Pasien harus membagi waktu seharinya menjadi beberapa kali waktu beraktivitas yang diikuti oleh masa istirahat. Jika ada suatu aktivitas tertentu sangat berat, misalnya pesat, maka sebelumnya harus beristirahat.

### 3) Latihan fisik dan termoterapi

Latihan-latihan spesifik dapat bermanfaat dalam mempertahankan fungsi sendi. Latihan ini mencakup gerakan aktif dan pasif pada semua sendi yang sakit, sedikitnya dua kali sehari. Kompres hangat pada sendi-sendi yang sakit dan bengkak dapat mengurangi nyeri. Latihan dan terapi panas ini paling baik diatur oleh pekerja kesehatan yang sudah mendapat latihan khusus, seperti fisioterapi dan terapis kerja. Latihan berlebihan dapat merusak struktur penunjang sendi yang

memang sudah lemah oleh adanya penyakit. Alat-alat pembantu dan adaptif mungkin diperlukan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.

#### 4) Gizi

Tidak dibutuhkan diet khusus untuk pasien rheumatoid arthritis. Mempertahankan berat badan pada batas-batas yang sewajarnya adalah penting. Biasanya pasien akan mudah menjadi terlalu gemuk, sebab aktivitas penderita rheumatoid arthritis biasanya rendah. Bertambahnya berat badan dapat menambah pola tekanan pada sendi panggul, lutut, dan sendi-sendi pada kaki.

#### 5) Terapi

Pengobatan adalah bagian yang penting dari seluruh program penatalaksanaan penyakit ini. Obat-obatan dipakai untuk mengurangi nyeri, meredakan peradangan, dan mencoba mengubah perjalanan penyakit. Menurut Aspiani (2014), OAINS (obat anti inflamasi non steroid) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai. OAINS yang diberikan:

- (1) Aspirin, pasien di bawah umur 65 tahun dapat dimulai dengan dosis 3-4 x 1 gr/hr, kemudian dinaikan 0,3-0,6 perminggu sampai terjadi perbaikan atau gejala toksik. Dosis terapi 20-30 mg/dl
- (2) Ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenak dan sebagainya.