

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan Rasa Nyaman

Potter & perry (2016), mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (sesuatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan social.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang memengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

2. Definisi Nyeri

Mellzack dan Wall (2015), mengatakan bahwa nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian dan variable-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut.

3. Fisiologi Nyeri

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

4. Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut McCaffery (2015) dalam E.S Sauer (2015) Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. Menurut Mc.Mahon (2016) menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain:

- a. Nyeri bersifat individu
- b. Tidak menyenangkan
- c. Merupakan satu kekuatan yang mendominasi
- d. Bersifat tidak berkesudahan

5. Teori Pengontrolan Diri

Teori gate control dari Melzack dan Wall (2015) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Suatu keseimbangan aktifitas dari neuron sensori dan serabut control desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitor penghambat, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, akan menutup mekanisme pertahanan.

Mekanisme penutupan ini diyakini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C maka akan membuka pertahanan tersebut dan mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden opiate endogen, seperti endorphine dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi konseling dan pemberian placebo merupakan upaya untuk melepaskan endorphine (Potter & Perry, 2016).

6. Klasifikasi Nyeri

a) Nyeri akut

Nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu 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 tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

7. Faktor Yang Memengaruhi Nyeri

Nyeri adalah hal yang kompleks, banyak faktor yang memengaruhi nyeri pengalaman seseorang terhadap nyeri. Menurut (Nampira, 2014) faktor yang memengaruhi nyeri, yaitu:

a) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri adalah komponen penting dalam pengalaman nyeri. Nyeri berdasarkan pengalaman individual masing-masing, nyeri yang dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, baik stimulus fisik maupun psikososial dapat memengaruhi pengalaman nyeri

b) Faktor sosial budaya

Ras, budaya, dan etnik adalah faktor penting dalam respons individu nyeri. Faktor ini memengaruhi seluruh respon sensori termasuk respons terhadap nyeri. Budaya Meksiko, mengerang atau menangis berguna untuk meringankan rasa sakit dari pada komunikasi untuk kebutuhan intervensi. Tradisi budaya pada beberapa kelompok keturunan Amerika Latin memandang kesehatan sebagai tidak adanya penyakit.

c) Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Beberapa variasi batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Namun, tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang

buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa. Terdapat kontroversi terkait persepsi nyeri pada lansia. Tidak ada alasan berasumsi bahwa persepsi nyeri berubah pada usia lanjut kecuali terjadi kerusakan pada sistem saraf pusat. Transmisi dan persepsi mungkin melambat karena penuaan, namun intensitas nyeri tidak hilang.

d) Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya pria jarang memperlihatkan hal itu.

e) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya belum diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negatif, maka nyeri dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan disituasi dengan hasil yang positif.

f) Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin memengaruhi respons terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

g) Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami pengalaman buruk sebelumnya mungkin menerima episode selanjutnya dengan lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya.

h) Harapan dan efek plasebo

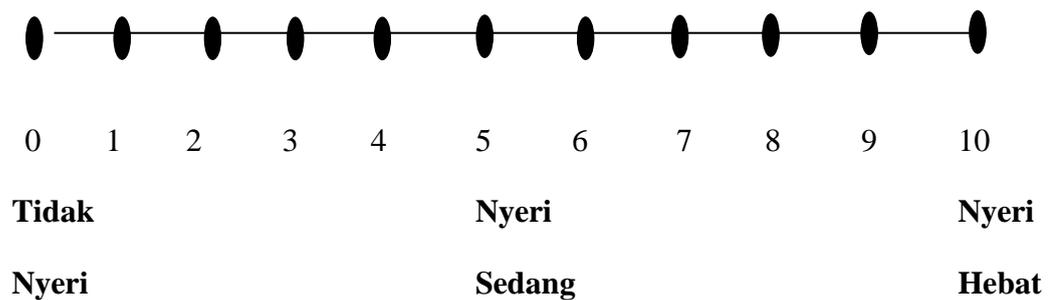
Harapan klien memengaruhi persepsi terhadap nyeri dan efektivitas intervensi untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Tingkat keparahan nyeri yang dialami, sebagai tambahan selain kualitas emosional dan kognitif yang dihasilkan oleh pengalaman, dipengaruhi oleh harapan klien. Klien harus diyakinkan bahwa nyeri bisa ditangani secara efektif. Plasebo biasa diberikan saat pemberi layanan kesehatan meragukan apakah klien benar-benar merasakan nyeri. Plasebo adalah pil yang berbentuk seperti obat biasa namun tidak memiliki sifat atau kandungan obat. Ketika klien diberikan plasebo, mereka diberitahu bahwa pil tersebut mengandung obat untuk mengatasi nyeri.

8. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingktannya (Smeltzer, 2016).

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan reliabel dalam menentukan intensitas nyeri. Sebagian skala menggunakan kisaran 0-10 dengan 0 menandakan "tanpa nyeri" dan angka tertinggi menandakan "kemungkinan nyeri terburuk" untuk individu tersebut (Kozier, 2015).

Menurut Potter & Perry (2016), penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut: Skala penilaian numeric (*Numerical Rating Scale*), lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10cm.



Gambar 2.1. *Numerical rating Scale* (Potter & Perry, 2016).

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang

Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikannya, klien

- dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat
- Secara obyektif tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang, distraksi dll.
- 10 : Nyeri sangat berat (panik tidak terkontrol)

Secara obyektif klien tidak mampu berkomunikasi dengan baik, Berteriak dan histeris, klien tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik apa saja yang tergapai, dan tak dapat menunjukkan lokasi nyeri.

9. Efek Yang Ditimbulkan Oleh Nyeri

a. Tanda dan gejala fisik saat

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui respon ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat.

b. Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerak tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi tubuh sampai dengan menghindari kontak sosial dan banya fokus pada aktifitas menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan hygiene normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

10. Manajemen Nyeri (*Pain Management*)

Manajemen nyeri atau *Pain management* adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau pain relief. Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tindakan

a) Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan 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

b) Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal. TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

3) Fasilitas istirahat dan tidur

c) Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri kolaborasi
- 6) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

B. Tinjauan Konsep keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan dan pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalamnya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya (Ali, 2010). Jadi, dapat disimpulkan bahwa definisi dari keluarga merupakan sekumpulan orang yang terikat oleh ikatan perkawinan, darah serta adopsi dan tinggal dalam satu rumah.

2. Fungsi keluarga

Menurut (Friedman, 2010) fungsi keluarga meliputi:

- a. Fungsi Afektif Keluarga yang saling menyayangi dan peduli terhadap anggota keluarga yang sakit gastritis akan mempercepat proses penyembuhan. Karena adanya partisipasi dari anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- b. Fungsi Sosialisasi dan Tempat Bersosialisasi Fungsi keluarga

mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Tidak ada batasan dalam bersosialisasi bagi penderita dengan lingkungan akan mempengaruhi kesembuhan penderita asalkan penderita tetap memperhatikan kondisinya. Sosialisasi sangat diperlukan karena dapat mengurangi stress bagi penderita.

- c. Fungsi Reproduksi Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga dan juga tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal, diantaranya: seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks pada anak sangat penting
- d. Fungsi Ekonomi Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti kebutuhan makan, pakaian dan tempat untuk berlindung (rumah). Dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan berfungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

3. Tahap perkembangan keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga (Padila, 2012):

- a. Keluarga baru menikah atau pemula
- b. Keluarga dengan anak baru lahir
- c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah
- d. Keluarga dengan anak usia sekolah
- e. Keluarga dengan anak remaja
- f. Keluarga melepas anak usia dewasa muda
- g. Keluarga dengan usia pertengahan
- h. Keluarga dengan usia lanjut.

4. Tugas Perkembangan Keluarga

a. Pasangan Baru

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Meninggalkan keluarga bisa berarti psikologis karena kenyataannya banyak keluarga baru yang masih tinggal dengan orang tuanya.

Dua orang membentuk keluarga baru membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya makan, tidur, bangun pagi dan sebagainya .

Tugas perkembangan :

- 1) Membina hubungan intim dan memuaskan.
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.
- 4) Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga: keluarga suami, keluarga istri dan keluarga sendiri.

b. Keluarga “child bearing” kelahiran anak pertama dimulai sejak hamil sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berumur 30 bulan atau 2,5 tahun.

Tugas perkembangan keluarga yang penting pada tahap ini adalah :

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan.
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah tahap ini dimulai saat anak pertama berumur 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

Tugas perkembangan :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi

- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi. Mempertahankan hubungan yang sehat baik dalam keluarga maupun dengan masyarakat.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik dalam keluarga maupun dengan masyarakat, pasangan dan anak.
 - 5) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
 - 6) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.
- d. Keluarga dengan anak sekolah tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah) dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga.

- 1) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.
- e. Keluarga dengan anak remaja dimulai saat anak berumur 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggungjawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang dewasa. Tugas perkembangan
- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab.
 - 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
 - 3) Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
 - 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
- f. Keluarga dengan anak dewasa dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir

meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas perkembangana.

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Membantu orang tua memasuki masa tua.
- 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
- 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

g. Keluarga usia pertengahan tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dianggap sulit karena masa usia lanjut, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Tugas perkembangan

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.

h. Keluarga usia lanjut dimulai saat pensiun sampai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal.

Tugas perkembangan

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- 3) Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Melakukan *life review*.
- 6) Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

5. Tugas kesehatan keluarga

Menurut (Friedman, 2010) Kesehatan keluarga sesuai dengan fungsi pemeliharaan mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

a) Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya sekecil apapun perubahan tersebut.

b) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

c) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah sehat (dari segi fisik, psikis, sosial ekonomi) hal yang perlu dikaji sejauh mana mengetahui sumber-sumber yang dimiliki keluarga, sejauh mana keluarga memperoleh keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya dan sanitasi, sejauh mana keluarga mengenal upaya pencegahan penyakit, sejauh mana sikap atau pandangan keluarga *hygiene* dan sanitasi, dan sejauh mana kekompakan antara anggota keluarga.

e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan

fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, hal yang perlu dikaji: sejauh mana keluarga memahami keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, sejauh mana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang baik terhadap petugas kesehatan dan apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga (Friedman, 2010).

6. Tipe keluarga

Tipe keluarga menurut Suprajitno (2012) yaitu sebagai berikut:

a) *Nuclear Family*

Keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah

b) *Extended Family*

Keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.

c) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

d) *Middle Age/ Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/kedua-duanya bekerja, di rumah anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan atau meniti karier.

e) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya/salah satu bekerja dirumah.

f) *Single Parent*

Satu orangtua sebagai akibat perceraian/kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah/diluar rumah.

g) *Dual Carier*

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.

h) *Commuter Married*

Suami istri/keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saing mencari pada waktu-waktu tertentu.

i) *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j) *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

k) *Comunal*

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

l) *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orangtua dari anak-anak.

m) *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

n) *Cohibing Couple*

Dua orang/satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Nyaman

1. Pengkajian Rasa Nyaman

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respons klien saat ini dan waktu sebelumnya (Potter & Perry, 2016).

Alasan MRS, yaitu keluhan utama pasien saat MRS dan saat dikaji pasien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelumnya.

Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri), data didapatkan dengan anamnesa

dan pemeriksaan fisik. Anamnesa untuk mengkaji karakteristik nyeri yang diungkapkan oleh pasien dengan pendekatan PQRST (*provokatif/paliatif, quality, radiation severity, time*). Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan perubahan klinis yang diakibatkan oleh nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain:

- 1) Penentuan ada tidaknya nyeri, pengkajian hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam memulai pengkajian. Perawat harus memercayai ketika pasien melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) walaupun dalam observasi perawat tidak ditemukannya cedera atau luka. Setiap nyeri yang dilaporkan klien adalah nyata adanya. Sebaliknya, ada beberapa pasien yang terkadang justru menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan.
- 2) Faktor-faktor yang menyebabkan/memengaruhi nyeri, yang dapat dikaji dan digali lebih dalam oleh perawat antara lain: a) usia, b) jenis kelamin, c) kebudayaan, d) makna nyeri, e) perhatian, f) ansietas, g) keletihan, h) pengalaman sebelumnya, i) gaya coping, j) dukungan keluarga dan sosial.
- 3) Pengalaman nyeri, hal ini sangat membantu bagi perawat untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang di rasakan oleh klien, dan apakah klien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Fase tersebut antara lain: a) fase antisipatori, b) fase sensasi, dan c) fase akibat (aftermath).
- 4) Ekspresi nyeri, amati cara verbal dan nonverbal klien dalam mengkomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal.
- 5) Karakteristik nyeri, dalam perawat mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom*. Komponen pengkajian analisis *symptom* meliputi (PQRST):
 - a) Faktor pencetus (*P: Provocate*)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus

nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

b) Kualitas (*Q: Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien. Misal kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, dan tertusuk.

c) Lokasi (*R: Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien.

d) Keperawatan (*S: severe*)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat.

e) Durasi (*I: time*)

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan durasi, dan rangkaian nyeri

2. Masalah Keperawatan

- 1) Gangguan rasa nyaman nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hat kerusakan sedemikian rupa (*International Association For The Study Of Pain*) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Gejala dan tanda mayor subjektif dari gangguan rasa nyaman adalah mengeluh nyeri, sedangkan objektifnya gelisah. Gejala dan tanda minor gangguan rasa nyaman nyeri yaitu mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mual, lelah, sedangkan objeknya

menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah dan iritabilitas. Kondisi klinis terkait gangguan rasa nyaman nyeri yaitu penyakit kronis, keganasan, distress psikologis, dan kehamilan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

- 2) Nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Gejala dan tanda mayor subjektif nyeri akut yaitu mengeluh nyeri, sedangkan objektifnya tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Gejala dan tanda minor objektif adalah tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Kondisi klinis terkait nyeri akut adalah kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom coroner akut, dan glaukoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).
- 3) Nyeri kronis yaitu 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 tiga bulan. Gejala dan tanda mayor subjektif nyeri kronis yaitu, mengeluh nyeri, merasakan depresi, sedangkan objektifnya tampak meringis, gelisah, dan tidak mampu menuntaskan aktivitas. Gejala dan tanda minor subjektif merasa takut mengalami cedera berulang, dan objektifnya bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Perencanaan

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tindakan

a) Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 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

b) Terapeutik

1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal. TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitas istirahat dan tidur
4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri kolaborasi
6. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

4. Implementasi

Implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya. Terdapat berbagai tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tindakan

a) Observasi

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal
4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik

1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (missal. TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Memberikan control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (missal. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Menjelaskan fasilitas istirahat dan tidur

c) Edukasi

1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
3. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Mengajarkan menggunakan analgetic secara tepat
5. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri kolaborasi

6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2016).

Evaluasi yang dilakukan dengan tingkat nyeri kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual menurun, muntah menurun, nafsu makan membaik, dan pola tidur membaik. Mengontrol nyeri dengan melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, dukungan orang terdekat meningkat, kemampuan menggunakan teknik farmakologi dan nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

D. Tinjauan asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, implementasi dan evaluasi (Padila, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Center Nursing* Friedman (1998), meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

- a) Nama Kepala Keluarga (KK) :
- b) Umur (KK) :

- c) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :
 - d) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
 - e) Alamat dan Nomor telpon :
- 2) Komposisi anggota keluarga
 - 3) Genogram
 - 4) Tipe keluarga (Menurut, Friedman 1998):
 - a) *Nuclear Family*: Terdiri dari orang tua (ibu dan bapak) serta anak yang masih menjadi tanggungannya
 - b) *Estended Family*: Terdiri dari satu/dua keluarga ini tinggal dalam satu rumah
 - c) *Single Parent Family*: Dalam keluarga terdiri dari satu orangtua sebagai kepala keluarga bersama anak-anak yang masih dalam tanggungannya
 - d) *Nuclear Dyad Family*: Pasangan suami isteri tanpa anak
 - e) *Blanded Family*: Pasangan janda dan duda menikah dan masing-masing membawa anak
 - f) *Thre Generation Family*: Tiga generasi tinggal dalam satu rumah
 - g) *Single Adult Living Alone*: Seorang dewasa yang hidup/ tinggal sendirian dalam rumah.
 - h) *Midle Age / Elderly Couple*: Sepasang suami istri usia pertengahan/ lansia yang tinggal dalam satu rumah.
 - 5) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa keluarga yang terkait dengan kesehatan.
 - 6) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan
 - 7) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan

kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

8) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga (Menurut, Friedman 1998):

- 1) Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi
- 3) Riwayat keluarga inti: Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - b) Riwayat kebiasaan yaitu gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

c. Lingkungan

Lingkungan (Menurut, Friedman 1998):

- 1) Karakteristik rumah: Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela,

- jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas Rukun Warga (RW)
Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau
 - 3) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal: kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.
 - 4) Mobilitas geografis keluarga: Mobilitas geografi keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat
 - 5) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.
Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.
 - 6) Sistem pendukung keluarga termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

d. Struktur keluarga

Struktur Keluarga (Menurut, Friedman 1998):

- a) Pola komunikasi keluarga
- b) Struktur kekuatan keluarga
- c) Struktur peran menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal
- d) Nilai atau norma keluarga Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

Fungsi Keluarga (Menurut, Friedman 1998):

- 1) Fungsi Efektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit, sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit.

4) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah:

- a) Berapa jumlah anak?
- b) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- c) Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga?

5) Fungsi Ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah:

- a) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan?
- b) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga?

Bila ditemui data maladaptif, 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), 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) Sejauhmana 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 dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidak mampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, 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

f. Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan

b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan kemampuan keluarga dalam berespon terhadap stressor yang dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor

g. Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress

h. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress

i. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

(a) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan

(b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

(c) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata mulut THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genetalia.

(d) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik

j. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

(a) Terhadap masalah kesehatan keluarga

(b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2008).

1) Diagnosis sehat/*wellness*

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

2) Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis 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).

3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga disukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata atau 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) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
- (a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - (b) Masalah dirasakan keluarga
 - (c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - (d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - (e) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit meliputi:
- (a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - (b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - (c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - (d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi:
- (a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - (b) Pentingnya higyene sanitasi
 - (c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- (a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - (b) Keuntungan yang di dapat
 - (c) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - (d) Pelayanan kesehtan yang terjangkau oleh keluarga sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus
 - (e) Menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel:

Skoring Penentuan Prioritas Masalah

Table 2.1 Skoring Penentuan Prioritas Masalah

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat Masalah		1
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah yang dapat di ubah		2
a. Mudah	2	
b. Sebagian	1	
b. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk dicegah		1
a. Tinggi	3	
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	
(1) Menonjolnya masalah		1
a. Masalah berat harus segera ditangani	2	
b. Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
c. Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: Setiadi (2008) Skoring

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

Skor

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Angka Tertinggi

- c) Jumlah skor untuk semua kriteria
- d) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

3. Perencanaan

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/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010). (Terlampir).

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

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

- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
- a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Padila, 2015: 113).

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: keluarga mengatakan mengerti cara merawat anak yang malnutrisi.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: Suhu tubuh pasien

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila, 2015: 114).

E. Tinjauan Penyakit Gastritis

1. Definisi Gastritis

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau local. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atrofikoris (Price & Wilson, 2016).

2. Etiologi

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respon inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik. (Sudoyono Aru, 2015).

Gastritis akut dapat disebabkan oleh beberapa hal:

- a. Iritasi yang disebabkan oleh obat-obatan, aspirin, obat antiinflamasi nonsteroid.
- b. Adanya asam lambung dan pepsin yang berlebihan
- c. Dalam sebuah jurnal kedokteran, peneliti dari Universitas Leeds, mengungkapkan stres dapat mempengaruhi kebiasaan makan seseorang. Saat stres, orang cenderung makan lebih sedikit, stres juga menyebabkan perubahan hormonal dalam tubuh dan merangsang produksi asam lambung dalam jumlah berlebihan. Akibatnya, lambung terasa sakit, nyeri, mual, mulas, bahkan bisa luka (O'Connor, 2007).
- d. Waktu makan yang tidak teratur, sering terlambat makan, atau sering makan berlebihan.
- e. Menurut penelitian yang dilakukan Herlan pada tahun 2001 sekitar 20% faktor etiologi dari gastritis akut yaitu terlalu banyak makanan yang berbumbu pada orang yang sering meminum Alkohol dan bahan kimia lainya yang dapat menyebabkan peradangan dan perlukaan pada lambung.
- f. Gangguan mikrosirkulasi mukosa lambung: trauma, luka bakar, sepsis. Secara makroskopik, terdapat erosi mukosa dengan lokasi berbeda, jika disebabkan karena obat-obatan AINS, terutama ditemukan didaerah antrum, namun dapat juga menjalar. Sedangkan secara mikroskopik, terdapat erosi dengan regenerasi epitel dan ditemukan reaksi sel inflamasi Neutrofil yang minimal (Mansjoer, 2001).

Penyebab lain dari gastritis adalah karena pola makan yang tidak teratur, terdapat *Helicobacter pylori*, obat-obatan, atau sebab lain misalnya beban pikiran yang berat yang menimbulkan stres. (Tjokronegoro,2001).

3. Klasifikasi Gastritis

Klasifikasi gastritis (Wim de jong, 2015)

- a. Gastritis akut: Gastritis akut tanpa perdarahan, gastritis akut dengan perdarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosive), gastritis akut berasal dari makan terlalu banyak atau terlalu cepat, makan-makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alkohol, aspirin, NSAID, lisol, serta bahan korosif lain, reflex empedu atau cairan pankreas.
- b. Gastritis Kronis: inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus beningan atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter Pylori* (*H.Pylori*).

4. Manifestasi Klinis

- a. Gastritis akut: nyeri epigastrium, mual, muntah, dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan edema, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif.
- b. Gastritis kronis: kebanyakan gastritis asimtomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia pernisiiosa dan karsinoma lambung (Wim de Jong, 2015).

Gambaran klinis gastritis akut erosif sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimptomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Manifestasi tersebut adalah:

- a. Mual
- b. Muntah
- c. Perut kembung
- d. Nyeri epigastrium
- e. Neusa dan rasa ingin vomitus
- f. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium

Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguan kesadaran (Asmadi,2008).

5. Patofisiologi

a. Gastritis Akut

Pengaruh efek samping obat-obat *NSAIDs* atau non-steroidal Anti Inflammatory Drug seperti aspirin juga dapat menimbulkan gastritis. Obat analgesic anti inflamasi nonsteroid (AJNS) seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung. Jika pemakaian obat-obat tersebut hanya sesekali maka kemungkinan terjadinya masalah lambung akan kecil. Tapi jika pemakaiannya dilakukan secara terus menerus atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis dan peptik ulser. Pemberian aspirin juga dapat menurunkan sekresi bikarbonat dan mucus oleh lambung, sehingga kemampuan faktor defensive terganggu.

Alkohol terlebih terlalu sering memakan makanan yang mengandung nitrat (bahan pengawet) atau terlalu asam (cuka), kafein seperti pada teh dan kopi serta kebiasaan merokok dapat memicu terjadinya gastritis. Karena bahan-bahan tersebut bila terlalu sering kontak dengan dinding lambung akan memicu sekresi asam lambung berlebih sehingga dapat mengikis lapisan mukosa asam lambung.

Kemudian stress psikologis maupun fisiologis yang lama dapat

menyebabkan gastritis. Stress seperti syok sepsis dan trauma menyebabkan ischemia mukosa lambung. Iskemia mukosa lambung mengakibatkan peningkatan permeabilitas mukosa akibatnya terjadi difusi balik H^+ kedalam mukosa. Mukosa tidak mampu lagi menahan asam berlebih menyebabkan edema lalu rusak.

b. Gastritis Kronik

Gastritis kronis dapat diklasifikasikan tipe A atau tipe B. tipe A (sering disebut gastritis autoimun) diakibatkan dari perubahan sel parietal, yang menimbulkan atropi dan infiltrasi sel. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun, seperti penyakit anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung.

Tipe B (kadang disebut sebagai gastritis *H.Pylory*) itu dihubungkan dengan bakteri *H.Pylory*, faktor diet seperti minum panas atau pedas; penggunaan obat-obatan dan alkohol, merokok atau refluks isi usus ke dalam lambung. *H.Pylory* termasuk bakteri yang tidak tahan asam, namun bakteri jenis ini dapat mengamankan dirinya pada lapisan mukosa lambung. Keberadaan bakteri ini dalam mukosa lambung melemah dan rapuh sehingga asam lambung dapat menembus lapisan tersebut.

Dengan demikian baik asam lambung maupun bakteri menyebabkan luka atau tukak. Sistem kekebalan tubuh akan merespon infeksi bakteri. *H.Pylory* tersebut dengan mengirimkan butir-butir leukosit, set-killer, melawan infeksi *H.Pylory* tersebut sebab tidak bisa menembus lapisan lambung.

Akan tetapi juga tidak bisa dibuang sehingga respon kekebalan terus meningkat dan tumbuh. Polymorph mati dan mengeluarkan senyawa perusak radikal superoksida pada sel lapisan lambung nutrisi extra dikirim untuk menguatkan sel leukosit, namun nutrisi itu itu juga merupakan sumber nutrisi bagi *H.Pylory*. Akhirnya keadaan epitel lambung semakin rusak sehingga terbentuk ulserasi superfisial dan bisa menyebabkan hemorragi (perdarahan).

6. Komplikasi

Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena, dan berakhir sebagai syok hemoragik. Khusus untuk perdarahan SCBA perlu dibedakan dengan tukak peptik. Gambaran yang diperlihatkan hampir sama. Namun pada tukak peptik penyebab utamanya adalah infeksi *Helicobacter pylori* sebesar 100% pada tukak duodenum dan 60-90% pada tukak lambung. Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan endoskopi (Mansjoerdkk, 2009).

Komplikasi penyakit gastritis menurut (Muttaqin Dan Sari, 2011) antara lain:

- a. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis.
- b. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat
- c. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah berat
- d. Anemia pernisiosa, keganasan lambung.

7. Pengobatan

Penyakit gastritis dapat ditangani sejak awal, yaitu mengonsumsi makanan lunak dalam porsi kecil, berhenti mengonsumsi makanan pedas dan asam, berhenti merokok dan minuman beralkohol, mengonsumsi antasida sebelum makan (Misnadiarly, 2009). Yang perlu dilakukan dalam pengobatan gastritis yaitu mengatasi kedaruratan medis yang terjadi, mengatasi dan menghindari penyebab apabila dijumpai, serta pemberian obat-obat H₂ blocking, antacid atau obat-obat ulkus lambung lainnya. Pengobatan gastritis akibat infeksi kuman *H. pylori* bertujuan untuk eradikasi kuman tersebut (Inayah, 2010).

8. Penatalaksanaan

Gastritis diatasi dengan menginstruksikan klien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila klien mampu

makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan. Bila gejala menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. Bila perdarahan terjadi, maka penatalaksanaan adalah serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragi saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis diakibatkan oleh mencerna makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatan terdiri dari pengenceran dan penetralisasian agen penyebab. Terapi pendukung mencakup intubasi, analgesic dan sedatif, antasida serta cairan intravena. Endoskopi fiberoptik mungkin diperlukan. Pembedahan darurat mungkin diperlukan untuk mengangkat jaringan perforasi (Smeltzer dkk, 2017).

9. Pemeriksaan penunjang

Bila pasien didiagnosis terkena gastritis, biasanya dilanjutkan dengan pemeriksaan penunjang untuk mengetahui secara jelas penyebabnya.

- a. Pemeriksaan darah: Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya anti body H.Pylori dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.
- b. Pemeriksaan pernapasan: Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri H.Pylori atau tidak .
- c. Pemeriksaan feses: Tes ini memeriksa apakah terdapat H.Pylori dalam feses atau tidak. Tes hasil yang positif mengindikasikan terjadi infeksi dengan. Dengan hasil pemeriksaan seperti berikut warna feses merah kehitam-hitaman, bau sedikit amis, konsistensinya lembek tetapi ada juga agak keras terdapat lendir. Pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal ini menunjukkan adanya pendarahan pada lambung.
- d. Endoskopi Saluran Cerna Bagian Atas: Dengan tes ini dapat terlihat

adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar X.

- e. Ronsen Saluran Cerna Bagian Atas: Tes ini akan melihat akan adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan ronsen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di ronsen.