

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Nyeri**

##### **1. Konsep Kebutuhan Nyeri**

###### **a. Konsep Dasar Nyeri**

Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan actual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

Nyeri merupakan masalah yang memiliki prioritas tinggi. Nyeri menandakan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan pemulihan. Nyeri berat dianggap sebagai situasi darurat yang patut mendapat perhatian dan penanganan yang tepat. (Kozier, dkk, 2010).

Nyeri adalah suatu kondisi subjektif dan pengalaman emosional yang tidak mengenaan berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian terjadi kerusakan (Potter dan Perry, 2012).

###### **b. Teori nyeri**

###### **1) Teori pemisahan (Specificity Theory)**

Rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

###### **2) Teori pola (Pattern Theory)**

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini

mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

### 3) Teori pengendalian ( Gate Control Theory)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferan dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

### 4) Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate system supresif.

## c. Fisiologi nyeri

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

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxious diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbale balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di system saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat di sayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

#### **d. Klasifikasi nyeri**

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

##### **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.

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).

e. **Bentuk nyeri**

Nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut, baik nyeri memiliki artian mendadak atau lambat tanpa memperhatikan intensitasnya. Di sisi lain, nyeri kronik berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh.

Nyeri kronik malignan atau ganas, jika dihubungkan dengan kanker atau kondisi mengancam jiwa lainnya, atau sebagai nyeri kronik nonmalignan atau jinak jika etiologinya adalah gangguan yang tidak bersifat progresif. Nyeri akut dan kronik menyebabkan respons fisiologis dan perilaku yang berbeda, seperti ditunjukkan dalam tabel.

Tabel 2.1 Perbedaan Antara Nyeri Akut dan Kronik

(Kozier, dkk 2010)

Perbandingan Nyeri Akut dan Kronik	
Nyeri Akut	Nyeri Kronik
1. Ringan sampai berat 2. Respons system saraf simpatik : - Peningkatan denyut nadi - Peningkatan tekanan darah - Diaforesis - Dilatasi pupil 3. Berhubungan dengan cedera jaringan ; - Hilang dengan penyembuhan - Klien tampak gelisah dan cemas - Klien melaporkan rasa nyeri - Klien menunjukkan perilaku yang mengindikasikan rasa nyeri seperti menangis, menggosok area nyeri.	1. Ringan sampai berat 2. Respons sistem saraf parasimpatik : - Tanda-tanda vital normal - Kulit kering, hangat - Pupil normal atau dilatasi 3. Terus berlanjut setelah penyembuhan 4. Klien tampak depresi dan menarik diri 5. Klien sering kali tidak menyebutkan rasa nyeri kecuali ditanya 6. Perilaku nyeri sering kali tidak muncul.

#### f. Pengukuran intensitas nyeri

Terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri antara lain :

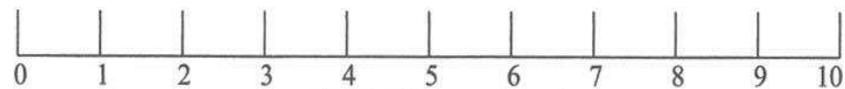
##### 1) Verbal Descriptor Scale (VDS)

Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurutkan dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahan". Perawat menunjukkan klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakannya. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan rasa nyeri (Potter & Perry 2005).

##### 2) Visual Analog Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif

karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian



dari pada dipaksa memilih satu kata (Potter & Perry 2005).

Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1 Visual Analog Scale (VAS)

(Potter & Perry 2005)

Intensitas nyeri pada skala 0 tidak terjadi nyeri, intensitas nyeri pada skala 1 sampai 3, rasa nyeri seperti gatal atau tertetrum atau nyut-nyutan atau melilit atau terpukul atau perih atau mules. Intensitas nyeri pada skala 4 sampai 6, seperti ham atau kaku atau tertekan atau sulit bergerak atau terbakar atau ditusuk-tusuk. Sangat nyeri pada skala 7 sampai 9 tetapi masih dapat dikontrol oleh klien. Intensitas nyeri sangat berat pada skala 10 nyeri tidak terkontrol (Potter & Perry 2005).

#### **g. Faktor yang mempengaruhi nyeri**

##### 1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangan oleh petugas kesehatan.

## 2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

## 3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

## 4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

8) Gaya coping

Mekanisme coping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien

kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

#### 9) Dukungan keluarga dan sosial

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

#### **h. Respon tubuh terhadap nyeri**

Nyeri akut akan menimbulkan perubahan-perubahan di dalam tubuh. Impuls nyeri oleh serat *efferent* selain diteruskan ke sel-sel neuron nonisepsi di kornu dorsalis medulla spinalis, akan diteruskan ke sel-sel neuron di kornu enterolateral dan kornu anterior nedulla spinalis. Nyeri akut pada dasarnya berhubungan dengan respon stress sistem neuroendokrin yang sesuai dengan intensitas nyeri yang ditimbulkan.

## **i. Penanganan nyeri**

Menurut (Wahyudi,2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu :

### 1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri.

Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

#### a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

#### b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan

pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

Mengenai obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada sendi, yaitu:

- (1) Analgesik opioid (narkotik) nama obat yang digunakan adalah MST Continus. Morfin sulfat 10 mg, 15 mg, 30 mg. Awal 10-15 mg efek obat selama 12 jam. Nyeri tidak dapat dikontrol dengan opioid: awal 20-30 mg tiap 12 jam. Mengonsumsi obat ini dengan cara ditelan utuh tidak dibagi, dikunyah, dan dihancurkan.
- (2) Pengobatan nyeri pada sendi jenis NSAID adalah aspirin dan ibuprofen (Afren). Indikasinya untuk nyeri ringan hingga sedang, nyeri pasca operasi, penyakit rheumatoid dan nyeri otot. Dosis afren dewasa 400 mg 3-4 x/hr. Sebagai analgesik 200-400 mg 3-4 x/hr. Efek sampingnya ialah pasien akan merasa mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri abdomen atau rasa panas terbakar sementara pada lambung, ruam kulit, bronkospasme atau trombositopenia.

## 2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

### a) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

### b) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi

dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

Selain penjelasan di atas, penanganan nyeri secara non farmakologi dapat dengan cara :

(a) Aplikasi panas dan dingin

Aplikasi panas dan dingin dengan cara kompres panas yaitu reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A- beta ketika temperatur berada antara  $4^{\circ}$ - $5^{\circ}$ C dari temperature tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Pemberian kompres panas merupakan cara yang baik dalam menurunkan atau meredakan nyeri sehingga disetujui ke dalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat).

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Asuhan Keperawatan Kebutuhan Nyeri**

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

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan

sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Chayatin, 2008).

Tabel 2.2 Memonik Untuk Pengkajian Nyeri

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2008)

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

#### 1) Riwayat nyeri

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

##### a. Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian

tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

b. Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 1-10. Angka “0” menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.

c. Kualitas nyeri

Terkadang, nyeri bisa terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”

d. Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir muncul.

e. Faktor presipitasi

Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

f. Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare.

g. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

h. Sumber koping

Setiap individu memiliki strategi koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.

i. Respon afektif.

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, tergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

2) Observasi respon perilaku dan fisiologis

Banyak respon non verbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satu yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membukanya lebar-lebar, menggigit bibir bawah, dan seringai wajah dapat mengindikasikan nyeri selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis; rangan, menangis, berteriak), imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (mis; menendang-nendang, membolak-balikan tubuh diatas kasur), dll.

## **b. Diagnosa Keperawatan**

Penegakan diagnosa keperawatan yang akurat untuk klien yang mengalami nyeri dilakukan berdasarkan pengumpulan dan analisis data yang cermat. Seorang perawat jangan mendiagnosa klien mengalami nyeri dengan sederhana hanya karena menyangka klien mengalami ketidaknyamanan. Diagnosa yang akurat dibuat hanya setelah pengkajian lengkap semua variabel. Dalam contoh diagnosa nyeri, perawat dapat mengkaji perilaku klien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku, klien mengeluh, ungkapan verbal ketidaknyamanan klien.

Diagnosa keperawatan harus berfokus pada sifat khusus nyeri untuk membantu perawat mengidentifikasi jenis intervensi yang paling berguna untuk menghilangkan nyeri dan meminimalkan efek intervensi itu pada gaya hidup dan fungsi klien.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis., inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis., terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis., abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

## **c. Intervensi Keperawatan**

Menurut SIKI, (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun Tujuan dan Kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan aktivitas menurut SLKI, (2018) dan SIKI, (2018) yaitu :

Tabel 2.3  
Intervensi keperawatan gangguan kebutuhan nyeri akut

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Meringis menurun</li> <li>3) Gelisah menurun</li> </ol>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi</li> </ol>

		<p>meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</li> </ol>
--	--	---

(Sumber : PPNI, SIKI, 2016)

#### d. 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 (Komang Ayu H.A, 2010).

#### e. Evaluasi

Evaluasi terhadap masalah keperawatan keletihan dapat dinilai dari indikator keberhasilan yaitu tingkat keletihan menurun, dengan kriteria hasil :

Tabel 2.4  
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)  
Tingkat Nyeri

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaporesis	1	2	3	4	5
Perasaan	1	2	3	4	5

depresi					
---------	--	--	--	--	--

Kriteria	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola nafas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Focus	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

(Sumber : PPNI, SLKI, 2018).

### C. Tinjauan Konsep Penyakit

#### 1. Definisi

Hemoroid adalah suatu pelebaran dari vena-vena di dalam pleksus hemoroidalis. Walaupun kondisi ini merupakan suatu kondisi fisiologis, tetapi karena sering menyebabkan keluhan pada pasien sehingga memberikan manifestasi untuk diberikan intervensi (Muttaqin & Sari, 2011).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa hemoroid merupakan suatu keadaan yang patologis, pelebaran vena-vena di dalam pleksus hemoroidalis yang menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal sehingga anus terlihat menonjol.

#### 2. Klasifikasi hemoroid

Menurut (Sjamsuhidajat, 2016) Sesuai dengan tampilan klinis, hemoroid dibedakan menjadi 2 yaitu :

##### a. Hemoroid internal

Hemoroid internal ini merupakan bantalan vascular di dalam jaringan sub mukotan pada rektum sebelah bawah. Hemoroid sering dijumpai pada tiga posisi primer, yaitu kanan-depan, kanan-

belakang, dan kiri- lateral. Hemoroid yang lebih kecil terdapat diantara ketiga letak primer tersebut (Sjamsuhidajat, 2016).

Hemoroid internal dibedakan menjadi empat derajat yaitu :

- a) Derajat I menyebabkan perdarahan merah segar tanpa nyeri pada waktu defekasi. Pada stadium awal seperti ini tidak terdapat *prolaps*, dan pada pemeriksaan anoskopi terlihat hemoroid yang membesar menonjol kedalam lumen.
  - b) Derajat II menonjol melalui kanalis analis pada saat mengejan ringan tetapi dapat masuk kembali secara spontan.
  - c) Derajat III pada derajat ini hemoroid menonjol saat mengejan dan harus didorong kembali sesudah defekasi.
  - d) Derajat IV merupakan hemoroid yang menonjol ke luar dan tidak dapat didorong masuk kembali dan tidak dapat direposisi kembali.
- b. Hemoroid eksternal

Kondisi hemoroid eksternal memberikan manifestasi kurang higienis akibat kelembapan dan rangsangan akumulasi mukus. Keluarnya mukus dan adanya feses yang menempel pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid eksternal yang mengalami prolapse menetap (Muttaqin dan Sari, 2011).

Hemoroid eksternal dibagi menjadi 2 yaitu hemoroid eksternal akut dan hemoroid eksternal kronis.

- a) Hemoroid eksternal akut merupakan pembengkakan bulat kebiruan pada pinggiran anus dan sebenarnya merupakan hematoma.
- b) Hemoroid eksternal kronik di sebut dengan *skin tags* yaitu satu atau lebih lipatan kulit yang terdiri dari jaringan penyambung sedikit pembuluh darah, merupakan kelanjutan hemoroid eksternal yang mengalami trombosi.

### 3. Etiologi

Kondisi hemoroid biasanya tidak berhubungan dengan kondisi medis atau penyakit, namun ada beberapa predisposisi penting yang dapat meningkatkan resiko terjadinya hemoroid seperti berikut (Muttaqin & Sari, 2011).

#### a. Peradangan pada usus

Penyakit crohn adalah proses inflamasi kronis yang dapat mengenai bagian saluran gastrointestinal manapun, tetapi yang paling umum menyerang ileum terminal, penyakit ini secara karakteristik melibatkan semua lapisan dinding usus (transmural).

#### b. Keturunan

Adanya kelemahan dinding vena di daerah anorektal yang didapat sejak lahir akan memudahkan terjadinya hemoroid setelah mendapatkan paparan tambahan seperti mengejan terlalu kuat atau terlalu lama, dan kontipasi. Hubungan antara riwayat penyakit keluarga dimasa lalu tidak memiliki hubungan yang relevan dengan kejadian hemoroid, akan tetapi kebiasaan yang telah dilakukan oleh anggota keluarga memiliki peranan yang sangat berpengaruh bagi anggota keluarga lainnya.

#### c. Konsumsi makanan rendah serat

Diet rendah serat dapat menyebabkan feses menjadi kecil dan keras yang dapat menyebabkan mengejan pada saat buang air besar. Makanan yang mengandung serat akan mempercepat produksi feses, semakin banyaknya makanan yang masuk kedalam tubuh juga mempengaruhi proses defekasi.

#### d. Obesitas

Obesitas adalah suatu keadaan dimana terdapat penimbunan lemak secara berlebihan. Obesitas menjadi faktor resiko terjadinya berbagai penyakit, salah satunya yaitu hemoroid. Hemoroid terjadi karena sirkulasi darah yang buruk pada penderita obesitas adalah

salah satu masalah yang berefek pada kesehatan sel dan kesehatan vascular.

e. Lama duduk

Hemoroid biasanya ditandai dengan rasa gatal dan panas di anus disertai kesulitan buang air besar. Duduk lama pada saat buang air besar juga dapat meningkatkan resiko terjadinya hemoroid. Pemakaian toilet duduk menyebabkan posisi usus dan anus tidak dalam posisi tegak. Sehingga menyebabkan tekanan dan gesekan pada vena di daerah rektum dan anus.

f. Mengejan dan kontipasi

Kontipasi adalah kondisi dimana feses menjadi lebih keras sehingga susah dikeluarkan melalui anus dan menimbulkan rasa tidak nyaman pada rectum.

g. Alkohol

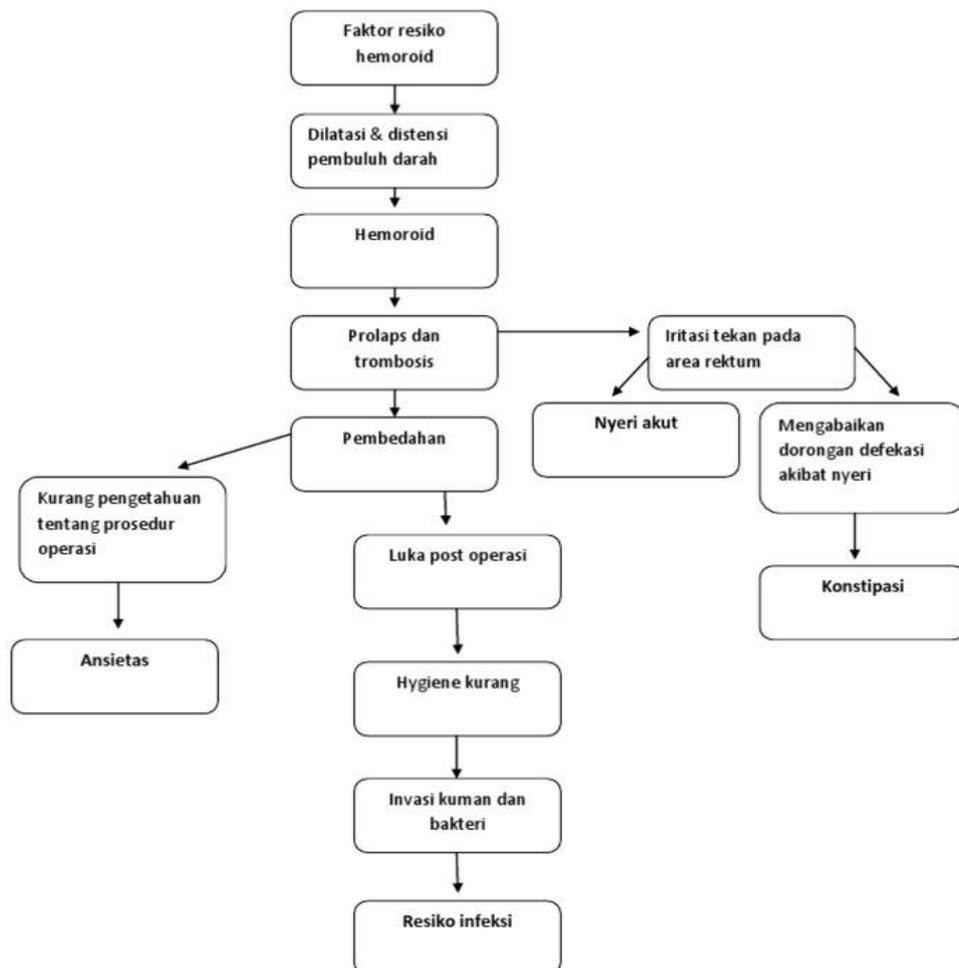
Alkohol juga menarik air dari feses sehingga dapat memicu terjadinya konstipasi, selain itu terlalu banyak mengkonsumsi alkohol juga dapat menyebabkan diare yang juga dapat meningkatkan resiko terjadinya hemoroid.

#### **4. Patofisiologi**

Diet rendah serat dapat menyebabkan feses menjadi kecil dan keras yang dapat menyebabkan mengejan pada saat buang air besar. Makanan yang mengandung serat akan mempercepat produksi feses, semakin banyaknya makanan yang masuk kedalam tubuh juga mempengaruhi proses defekasi (Mubarak, 2015).

Kehamilan atau obesitas memberikan ketegangan abnormal dari otot sfingter internal juga dapat menyebabkan masalah hemoroid, mungkin melalui mekanisme yang sama. Penurunan venous return dianggap sebagai mekanisme aksi. Terlalu lama duduk di toilet atau pada saat membaca diyakini menyebabkan penurunan relative venous return di daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), mengakibatkan kongesi vena dan terjadilah hemoroid.

Kondisi penuaan menyebabkan melemahnya struktur pendukung, yang efasilitasi prolaps. Melemahnya struktur pendukung sudah dapat terjadi pada awal dekade ketiga. Hipertensi portal telah sering disebutkan dalam hubungan dengan hemoroid. Perdarahan masif dari hemoroid pada pasien dengan hipertensi portal biasanya bersifat masif. Varises anorektal terjadi di midrekum, di antara system portal dan vena inferior rektal. Varises terjadi lebih sering pada pasien nonsirosis. Dan mereka jarang mengalami perdarahan (Muttaqin & Sari, 2011).



Gambar 4 pathway hemoroid (Brunner dan sudarth, 2002)

## 5. Manifestasi klinis

Menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) tanda dan gejala pada hemoroid yaitu :

1. Rasa gatal dan nyeri, bersifat nyeri akut. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan yang berlangsung sangat singkat.
2. Pendarahan berwarna merah terang pada saat pada saat BAB.
3. Pada hemoroid eksternal, sering timbul nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh thrombosis (pembekuan darah dalam hemoroid) sehingga dapat menimbulkan iskemia dan nekrosis pada area tersebut.

## 6. Komplikasi

Rektum akan relaksasi dan harsat untuk defekasi hilang apabila defekasi tidak sempurna. Air tetap terus di absorsi dari masa feses yang menyebabkan feses menjadi keras, sehingga defekasi selanjutnya lebih sukar. Tekanan fases berlebihan menyebabkan kongesti vena hemoroidalis interna dan eksterna, dan merupakan salah satu penyebab hemoroid (vena varikosa rektum). Daerah anorektal sering merupakan tempat abses dan fistula, kanker kolon dan rektum merupakan kanker saluran cerna yang paling sering terjadi pada penderita konstipasi. Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah: hipertensi arterial, impaksi fekal, fisura, serta mengakolon (Smeltzer & Bare, 2010)

## 7. Penatalaksanaan medis

1. Penatalaksanaan Konservatif
  - a. Koreksi konstipasi jika ada, meningkatkan konsumsi serat, laksatif, dan menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan konstipasi seperti kodein.

- b. Perubahan gaya hidup lainya seperti meningkatkan konsumsi cairan, menghindari konstipasi dan mengurangi mengejan saat buang air besar.
- c. Kombinasi antara anestesi lokal, kortikosteroid, dan antiseptic dapat mengurangi gejala gatal-gatal dan rasa tak nyaman pada hemoroid. Penggunaan steroid yang berlama-lama harus dihindari untuk mengurangi efek samping. Selain itu suplemen flavonoid dapat membantu mengurangi tonus vena, mengurangi hiperpermeabilitas serta efek anti inflamasi meskipun belum diketahui bagaimana mekanismenya.

## 2. Pembedahan

Apabila hemoroid internal derajat 1 yang tidak membaik dengan penatalaksanaan konservatif maka dapat dilakukan tindakan pembedahan. HIST (hemorrhoid institute of south texas) menetapkan indikasi tatalaksana pembedahan hemoroid antara lain:

- a. Hemoroid internal derajat II berulang.
- b. Hemoroid derajat III dan IV dengan gejala.
- c. Mukosa rectum menonjol keluar anus.
- d. Hemoroid derajat I dan II dengan penyakit penyerta seperti fissure.
- e. Kegagalan penatalaksanaan konservatif.
- f. Permintaan pasien.

Penatalaksanaan luka post operasi hemoroidektomi merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan dengan tujuan mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat penyembuhan luka. Selain itu, perawatan hemoroidektomi juga dapat dilakukan dengan cara keluhan dikurangi rendam duduk menggunakan larutan hangat untuk mengurangi nyeri atau gesekan pada waktu berjalan dan sedasi (Brunner & Suddarth, 2013).

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Keluarga**

#### **a. Pengertian Keluarga**

Keluarga didefinisikan dalam berbagai cara. Definisi keluarga berbeda-beda, tergantung kepada teoritis “pendefinisi” yaitu dengan menggunakan menjelaskan yang penulis cari untuk menghubungkan keluarga. Misal para penulis mengikuti orientasi teoritis interaksionalis keluarga, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian, dengan demikian menekankan karakteristik transaksi dinamika. Para penulis yang mendukung suatu perspektif sistem-sistem sosial terbuka ukuran kecil yang terdiri dari seperangkat bagian yang sangat tergantung sama lain dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem yang ekstrem (Friedman, 2010).

#### **b. Tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja**

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga brumur 19 atau 20 tahun Friedman (2010).

#### **c. Tugas Keluarga**

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit (Komang Ayu H.A, 2010).
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit (Komang Ayu H.A, 2010).
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).

#### **d. Peran Perawat Keluarga**

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Friedman, 2010).

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut :

- 1) melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif
- 2) memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga
- 3) menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga
- 4) menerima dan mengakui struktur keluarga
- 5) menekankan pada kemampuan keluarga

Adapun peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2007) adalah sebagai berikut :

##### a) Sebagai Pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Terutama pada keluarga dengan anemia pada ibu hamil, perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, pengertian, tanda dan gejala, akibat yang ditimbulkan dan cara pengobatan pada ibu hamil dengan anemia.

##### b) Sebagai Koordinator

Pelaksana Pelayanan Keperawatan Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan.

##### c) Sebagai supervisor pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

d) Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

e) Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah.

f) Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan bertujuan memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal, setiap individu di dalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi

oleh hal-hal yang sifatnya negatif sehingga memiliki kemampuan berpikir yang cerdas (Sudiharto, 2007).

## **2. Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **a. Pengkajian**

Menurut Friedman (2010) membagi proses keperawatan keluarga ke dalam tahap-tahap meliputi identifikasi data, tahap, dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan koping keluarga.

#### 1) Data umum

##### a) Umur

Pada penderita hemoroid sering dijumpai 35% penduduk yang berusia sekitar 45-65 tahun.laki-laki maupun perempuan bisa mengalami hemoroid.

##### b) Pekerjaan

Karena faktor pekerjaan seperti angkat berat, mengejan saat defekasi, pola makan yang salah bisa mengakibatkan feses menjadi keras dan terjadinya hemoroid.

##### c) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada anus saat duduk atau jongkok.

##### d) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat penyakit hemoroid.

##### e) Riwayat penyakit keluarga

Ada riwayat penyakit hemoroid dalam satu keluarga yaitu ibu.

#### 2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

##### a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tugas perkembangan keluarga pada anak remaja di antaranya menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak

- b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi  
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 (Padila, 2012).
  - c) Riwayat keluarga inti  
Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan (Padila, 2012).
  - d) Riwayat keluarga sebelumnya  
Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit hemoroid.
- 3) Lingkungan
- a) Karakteristik rumah  
Penempatan rumah cukup rapih, parabotan yang rapih, dan rumah yang luas.
  - b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal  
Apa karakteristik-karakteristik fisik dari lingkungan yang paling dekat dengan komunitas yang lebih luas, fasilitas-fasilitas apa yang dimiliki di daerah itu, tersedianya transportasi umum, bagaimana insiden kejahatan yang ada di lingkungan tersebut.
  - c) Mobilitas geografis keluarga  
Ditentukan apakah keluarga sering pindah rumah, dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).
  - d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat  
Menjelaskan mengenai waktu luang yang digunakan oleh keluarga untuk berkumpul serta sejauhmana perkumpulan keluarga dengan masyarakat.
  - e) Sistem pendukung keluarga  
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

#### 4) Struktur Keluarga

##### a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan bagaimana cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga, serta cara keluarga memecahkan masalah.

##### b) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah, serta power yang digunakan.

##### c) Struktur peran (formal dan informal)

Peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

##### d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga sangat berpengaruh terhadap cara perawatan anggota keluarga.

#### 5) Fungsi Keluarga

##### a) Fungsi afektif

Menjelaskan bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga, saling menghargai, kehangatan.

##### b) Fungsi sosialisasi

Menjelaskan bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, interaksi dan hubungan dalam keluarga.

##### c) Fungsi perawatan kesehatan

Pengetahuan keluarga tentang penyakit dan penanganan masalah hemoroid :

###### (1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah pada hemoroid salah satu faktor penyebabnya adalah karena pengetahuan tentang hemoroid. Apabila keluarga tidak mampu mengenal masalah hemoroid, penyakit tersebut akan menyebabkan komplikasi.

###### (2) Mengambil keputusan bagi anggota keluarga yang sakit

ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat, dan luasnya masalah yang dihadapi dan masalah apa yang tidak begitu menonjol. Penyakit hemoroid yang tidak ada penanganan akan mengakibatkan komplikasi.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan ini disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya keluarga tidak mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan pengelolaan pada hemoroid.

4) Memelihara dan memodifikasi lingkungan

Ketidaksanggupan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat mempengaruhi terhadap kesehatan. Ketidaksanggupan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi diantaranya adalah biaya.

5) Memanfaatkan dan menggunakan fasilitas kesehatan

Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah hemoroid. Agar penderita anemia dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan sebagai tempat bila ada keluhan.

6) Stress dan coping keluarga

- a) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek, serta keluarga.  
Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm$  6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\geq$  6 bulan (Padila, 2012).
- b) Respon keluarga terhadap stress  
Dikaji sejauh mana respon keluarga terhadap stressor.
- c) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

d) Strategi adaptasi yang disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress (Padila, 2012).

7) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

Pemeriksaan fisik dilakukan pada anggota keluarga yang sakit, yaitu anak dewasa yang menjadi sasaran penulis dalam asuhan keperawatan.

8) Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan (Padila, 2012).

## 2. Kemungkinan diagnosa yang muncul

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan symptom) (Padila,2012).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada masalah kebutuhan aktivitas menurut Problem (SDKI,2016) di antaranya :

- 1) Nyeri akut
- 2) Defisit nutrisi
- 3) Gangguan pola tidur

### Skoring Masalah

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel berikut :

Tabel 2.5 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat Masalah :	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan :	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah :	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah :	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Cara Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

**Skor/angka tertinggi x Bobot**

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

### 3. Intervensi Keperawatan

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & Mc Farlane, 2000).

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 di ukur, A = *achievable* / dapat dicapai, R = reality, T = *time limited* / punya limit waktu) (Komang Ayu H.A, 2010).

#### a. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga (Komang Ayu H.A, 2010).

Menurut Padila (2012) tindakan perawatan terhadap keluarga meliputi :

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

- Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

**b. 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 : Keluarga dapat menjelaskan kembali materi tentang anemia dan dampak yang telah dijelaskan oleh perawat.

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang anemia.

A : Anak dewasa dapat mengatasi masalah anemia setelah mendapatkan informasi tentang anemia dari perawat.

P : Memberikan informasi tentang dampak anemia secara rutin kepada keluarga dan anak dewasa.