

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Menurut Abraham Maslow (Haswita, 2017) teori hierarki kebutuhan dasar manusia dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Sedangkan, perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Definisi Kebutuhan Rasa Nyaman

Kolcaba (dalam Potter & Perry, 2006) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan sosial.
- 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, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Secara umum dalam aplikasinya 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 mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Reni, 2017)

3. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Menurut IASP, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan.

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada

fungsi ego seorang individu (Haswita,2017)

4. Patofisiologi Nyeri

Proses rangsangan yang menimbulkan nyeri bersifat destruktif terhadap jaringan yang dilengkapi dengan serabut saraf penghantar impuls nyeri. Serabut saraf ini disebut juga serabut nyeri, sedangkan jaringan tersebut disebut jaringan peka-nyeri. Bagaimana seseorang menghayati nyeri tergantung pada jenis jaringan yang dirangsang, jenis serta sifat rangsangan, serta pada kondisi mental dan fisiknya. Reseptor untuk stimulus nyeri disebut nosiseptor. Nosiseptor adalah ujung saraf tidak bermielin A delta dan ujung saraf C bermielin.

Distribusi nosiseptor bervariasi di seluruh tubuh dengan jumlah terbesar terdapat di kulit. Nosiseptor terletak di jaringan subkutis, otot rangka, dan sendi. Nosiseptor yang terangsang oleh stimulus yang potensial dapat menimbulkan kerusakan jaringan. Stimulus ini disebut sebagai stimulus noxius. Selanjutnya stimulus noxius ditransmisikan ke sistem saraf pusat, yang kemudian menimbulkan emosi dan perasaan tidak menyenangkan sehingga timbul rasa nyeri dan reaksi menghindar (Wiarti, 2017).

5. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu:

a. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

b. 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 ditangani oleh petugas kesehatan.

c. Jenis kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan 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.

d. Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

e. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung

merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

f. **Ansietas dan stress**

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

6. Jenis–Jenis Nyeri

- a. Nyeri perifer. Nyeri ini ada tiga macam: (1) nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa. (2) nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium, dan toraks. (3) nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral. Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan talamus. Nyeri psikogenik adalah nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri. Seringkali nyeri ini muncul karena faktor psikologis, bukan fisiologis.

7. Klasifikasi Nyeri

Menurut Sutanto & Fitriana (2017), nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

- a. Nyeri berdasarkan tempat
 - 1) *Pheriperal pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misal pada kulit atau mukosa.
 - 2) *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ visceral.
 - 3) *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di

daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

- 4) *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, hypothalamus, dan lain-lain.
- b. Nyeri berdasarkan sifat
 - 1) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - 2) *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
 - 3) *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi.
 - c. Nyeri berdasarkan berat ringannya
 - 1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.
 - d. Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan
 - 1) Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas. Rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya *arteriosclerosis* pada arteri koroner.
 - 2) Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya pada nyeri karena neoplasma.

8. Respon Terhadap Nyeri

Nyeri merupakan campuran dari berbagai respon, baik fisiologis maupun perilaku. Respon ini timbul ketika seseorang terpapar dengan nyeri dan masing-masing individu mempunyai karakteristik yang berbeda dalam merespon nyeri tersebut. Berikut ini penjelasan respon fisiologis dan respon perilaku yang terjadi ketika seseorang terpapar dengan ketidaknyamanan atau nyeri.

a. Respon fisiologis terhadap nyeri

Perubahan atau respon fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan laporan verbal pasien. Respon fisiologis harus digunakan sebagai pengganti untuk laporan verbal dari nyeri pada pasien tidak sadar dan jangan digunakan untuk memvalidasi laporan verbal individu.

b. Respon perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam, meskipun respon perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respon perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri kecuali dalam situasi yang tidak lazim dimana pengukuran tidak memungkinkan (misalnya, orang tersebut menderita retardasi mental yang berat atau tidak sadar).

9. 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:

- a. Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- b. Proses berikutnya yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen 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

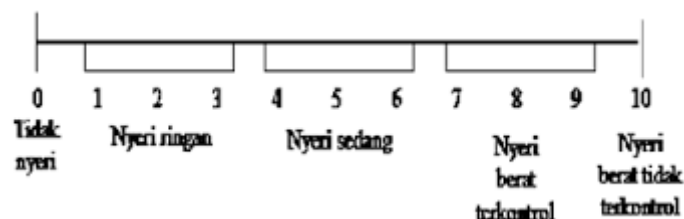
thalamus, dan yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.

- c. Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu nyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- d. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

10. Pengukuran Intensitas Nyeri

- a. Skala nyeri menurut Hayward

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



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

Gambar 2.1

Skala Nyeri Hayward

- b. Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut Mc Gill

dapat ditulis sebagai berikut:

- 0 = Tidak nyeri
- 1 = Nyeri ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

c. Skala wajah atau *wong-boker FACES ratingscale*

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



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

Gambar 2.2

Pengukuran Skala Nyeri Skala Wajah

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan, budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga (Sulistyo, 2011)

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya

terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998). Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 1963).

2. Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap dan tugas perkembangan keluarga yang diadaptasi dari Friedman (1998) adalah:

- a. Pasangan baru (keluarga baru), keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak

- b. Keluarga dengan “*Child Bearing*” (kelahiran anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan:

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

- c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun:

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

- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak
- d. Keluarga dengan anak sekolah
- Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk:
- 1) Membantu sosialisasi anak: 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 pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir saat anak usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa:
- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan meningkat otonomi
 - 2) Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga
 - 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan
 - 4) Perubahan system peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga
- f. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)
- Tahap ini dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir

pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan 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:

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

h. Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal:

- 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 (merenungkan hidupnya)

3. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan limatugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif 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.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnyamasalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, 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.
- e. Ketidakmampuan keluarga untuk 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 (Achjar, 2010).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk

pengumpulan data atau informasi, analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan klien, kekuatan serta memutuskan diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga tahap yaitu pengumpulan, pengelempokan, dan pengorganisasian serta menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan (Mubarak, 2015)

Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST:

P: *Provoking* atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri

Q: *Quality* atau kualitas nyeri (mis, 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

Adapun beberapa hal perlu dikaji adalah sebagai berikut:

a. Identitas umum

Perlu diketahui disini meliputi: nama, alamat, umur, jenis kelamin, agama/suku, warga negara, bahasa yang digunakan, penanggung jawab/orang yang bisa dihubungi (nama, alamat, hubungan dengan klien), cara masuk, alasan masuk, tanggal masuk, diagnosa medis, dan lain sebagainya.

b. 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:

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Cara ini sangat bermanfaat, terutama untuk

klien yang memiliki lebih dari sumber nyeri.

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri bisa terjadi seperti “dipukul- pukul” atau “ditusuk-tusuk” perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

4) 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 kali muncul.

5) 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), stresor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi, mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami persepsi klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, hubungan

interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas dirumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

8) Sumber kopping

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

9) Respons afektif

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan pada tahun 2016 oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), membagi diagnosa keperawatan nyeri menjadi 2, yaitu:

a. Nyeri akut

1) Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat berlangsung kurang dari tigabulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (seperti inflamasi, iskemia, dan neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (seperti terbakar atau terkena bahan kimaiiritan).
- c) Agen pencedera fisik (seperti abses, amputasi).

3) Gejala dan tanda

a) Mayor

Subjektif: mengeluh nyeri.

Objektif: tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor

Objektif: tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri.

4) Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan.
- b) Cedera traumatis.
- c) Infeksi.
- d) Sindrom koroner akut.
- e) Glaukoma.

b. Nyeri kronis

1) Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari tiga bulan.

2) Penyebab:

- a) Kondisi musculoskeletal kronis.
- b) Kerusakan system syaraf.
- c) Penekanan syaraf.
- d) Infiltrasi tumor.
- e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator dan reseptor.
- f) Gangguan imunitas.
- g) Riwayat posisi kerja statis.
- h) Peningkatan indeks massa tubuh.
- i) Kondisi pasca trauma.
- j) Tekanan emosional.

- k) Riwayat penganiayaan.
- l) Riwayat penyalahgunaan obat atau zat.
- 3) Gejala dan tanda:
 - a) Mayor

Subjektif: mengeluh nyeri dan merasa tertekan.

Objektif: tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.
 - b) Minor

Subjektif: merasa takut mengalami cedera berulang.

Objektif: bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri.
- 4) Kondisi klinis terkait:
 - a) Kondisi kronis (arthritis).
 - b) Infeksi.
 - c) Cedera medulla spinalis.
 - d) Kondisi pasca trauma.
 - e) Tumor.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan Pada Pasien *Gout Arthritis*

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Nyeri kronis b.d 1)Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan 2)Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan 3)Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Ketidakmampuan keluarga	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	1. Aroma terapi 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Dukungan koping keluarga 4. Dukungan meditasi 5. Edukasi aktivitas/istirahat 6. Edukasi efek samping obat 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi manajemen stress 9. Edukasi manajemen nyeri 10. Edukasi proses penyakit 11. Edukasi teknik napas

	memodifikasi lingkungan 4) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. 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) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	12. Kompres dingin 13. Kompres panas 14. Konsultasi 15. Latihan pernapasan 16. Latihan rehabilitasi 17. Manajemen efek samping obat 18. Manajemen kenyamanan lingkungan 19. Manajemen terapi radiasi 20. Pemantauan nyeri 21. Pemberian analgesik 22. Pemberian obat 23. Pemberian obat intravena 24. Pemberian obat oral 25. Pemberian obat topikal 26. Pengaturan posisi 27. Promosi koping 28. Teknik distraksi 29. Terapi akupresur 30. Terapi humor 31. Terapi murattal 32. Terapi musik 33. Terapi pemijatan 34. Terapi sentuhan
--	--	--	--

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan

mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah, dari petugas kesehatan ini. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Wartolah, 2011)

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil asuhan keperawatan yang diharapkan adalah sebagai berikut:

- a. Terpuhinya penurunan dan peningkatan adaptasi nyeri.
- b. Tercapainya fungsi sendi dan mencegah terjadinya deformitas.
- c. Tercapainya peningkatan fungsi anggota gerak yang terganggu.
- d. Tercapainya pemenuhan perawatan diri.
- e. Tercapainya penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan mencegah penyakit degeneratif jangka panjang.
- f. Terpuhinya pendidikan dan latihan dalam rehabilitasi.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian (*assessment*)

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing* Friedman meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

- a. Data umum
 - 1) Identitas kepala keluarga
 - a) Nama kepala keluarga (KK) :
 - b) Umur (KK) :
 - c) Pekerjaan kepala keluarga :
 - d) Pendidikan Kepala Keluarga :
 - e) Alamat dan nomor telepon :
 - 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.2

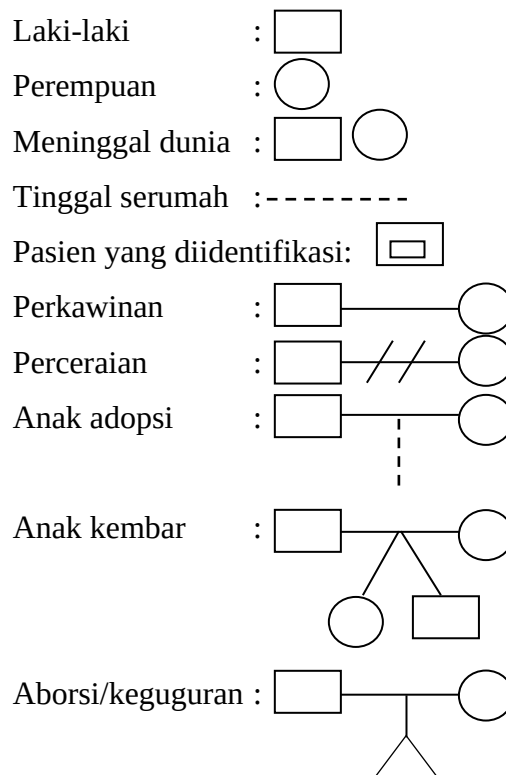
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan kepala keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan
------	------	-----	---------------------------------	------------	-----------	------------

Sumber: Achjar (2010)

3) Genogram:

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



4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley (2001) (dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih, yaitu:

a) Keluarga Tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

5) Suku bangsa:

a) Asal suku bangsa keluarga

- b) Bahasa yang dipakai keluarga
 - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 6) Agama:
 - a) Agama yang dianut keluarga
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- 7) Status sosial ekonomi keluarga:
 - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 - c) Tabungan khusus kesehatan
 - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- 8) Aktifitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
 - 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
 - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - 3) Riwayat keluarga inti:
 - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular di keluarga)
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan (Achjar, 2010)
- c. Lingkungan
 - 1) Karakteristik rumah:
 - a) Ukuran rumah (luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah

- e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- f) Air bersih
- g) Pengelolaan sampah
- h) Kepemilikan rumah
- i) Kamar mandi/wc
- j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal:
 - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
- 3) Mobilitas geografis keluarga
 - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
 - a) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap
- 5) Sistem pendukung keluarga
 Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010)
- d. Struktur keluarga
 - 1) Pola komunikasi keluarga:
 - a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - b) Cara keluarga memecahkan masalah
 - 2) Struktur kekuatan keluarga
 - a) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah.
 - b) Power yang digunakan keluarga
 - 3) Struktur peran (formal dan informal):
 - a) Peran seluruh anggota keluarga
 - 4) Nilai dan norma keluarga (Achjar, 2010)

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif:

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap anggota keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi:

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan:

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi).
- b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2010)

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan (Padila, 2018)

2) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan (Padila, 2018)

3) Respon keluarga terhadap stress

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor (Padila, 2018).

- 4) Strategi koping yang digunakan
Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress (Padila, 2018).
- 5) Strategi adaptasi yang disfungsional: Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.
- g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)
 - 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
 - 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
 - 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, sistem genitalia.
 - 4) Kesimpulan dan hasil pemeriksaan fisik (Achjar, 2010)
- h. Harapan keluarga
 - a) Terhadap masalah kesehatan
 - b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

2. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

a. Diagnosa sehat/*wellness*

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

b. Diagnosa ancaman (risiko)

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

c. Diagnosa nyata/gangguan

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

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) 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) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmapuan 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 memelihara lingkungan, meliputi:
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya higyene 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 (Achjar, 2010)

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:

Tabel 2.3

Skoring

Kriteria	Bobot	Skor
Sifat masalah	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah dapat diubah	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah dapat dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Sumber: Achjar (2010)

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut cara menentukan skoringnya adalah:

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

- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga (Padila, 2015).

3. Intervensi Keperawatan Keluarga

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 menggunakan SMART (S= *spesifik*, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawatan pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi: penyuluhan atau konseling
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan dan fasilitas yang ada
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah

- 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi (Padila, 2015).

5. Evaluasi

Untuk penilaian keberhasilan tindakan, maka selanjutnya dilakukan penilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan planning).

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga, misalnya keluarga anak P nafsu makannya lebih baik.

O: Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur, misalnya anak P naik BB nya 0,5 kg.

A: Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa.

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respons keluarga (Padila, 2015).

E. Konsep Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi yang mengalami peradangan sehingga akan terjadi pembengkakan, nyeri, dan kaku pada persendian (Aspiani, 2014). Dalam pendapat lain juga di kemukakan bahwa gout arthritis merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolisme purin (hiperurisemia). Pada keadaan ini bisa terjadi over sekresi asam urat atau defek renal yang mengakibatkan penurunan sekresi asam urat, atau kombinasi keduanya.

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya gout arthritis adalah karena adanya deposit atau penimbunan kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolik dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal (Aspiani, 2014).

Faktor pencetus terjadinya endap kristal urat adalah:

a. Diet tinggi purin

Diet tinggi purin dapat memicu terjadinya gout pada orang yang mempunyai kelainan bawaan dalam metabolisme purin sehingga terjadi peningkatan produksi asam urat.

b. Penurunan filtrasi glomerulus

Penurunan filtrasi glomerulus merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang paling sering dan mungkin disebabkan oleh banyak hal.

c. Pemberian obat diuretik

Pemberian obat diuretik seperti tiazid dan furosemide, salisilat dosis rendah dan etanol juga merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang sering dijumpai.

d. Minum alkohol

Minum alkohol dapat menimbulkan serangan *gout arthritis* karena alkohol meningkatkan produksi urat. Kadar laktat darah meningkat

akibat produksi sampingan dari metabolisme normal alkohol. Asam laktat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga peningkatan kadarnya dalam serum.

- e. Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal

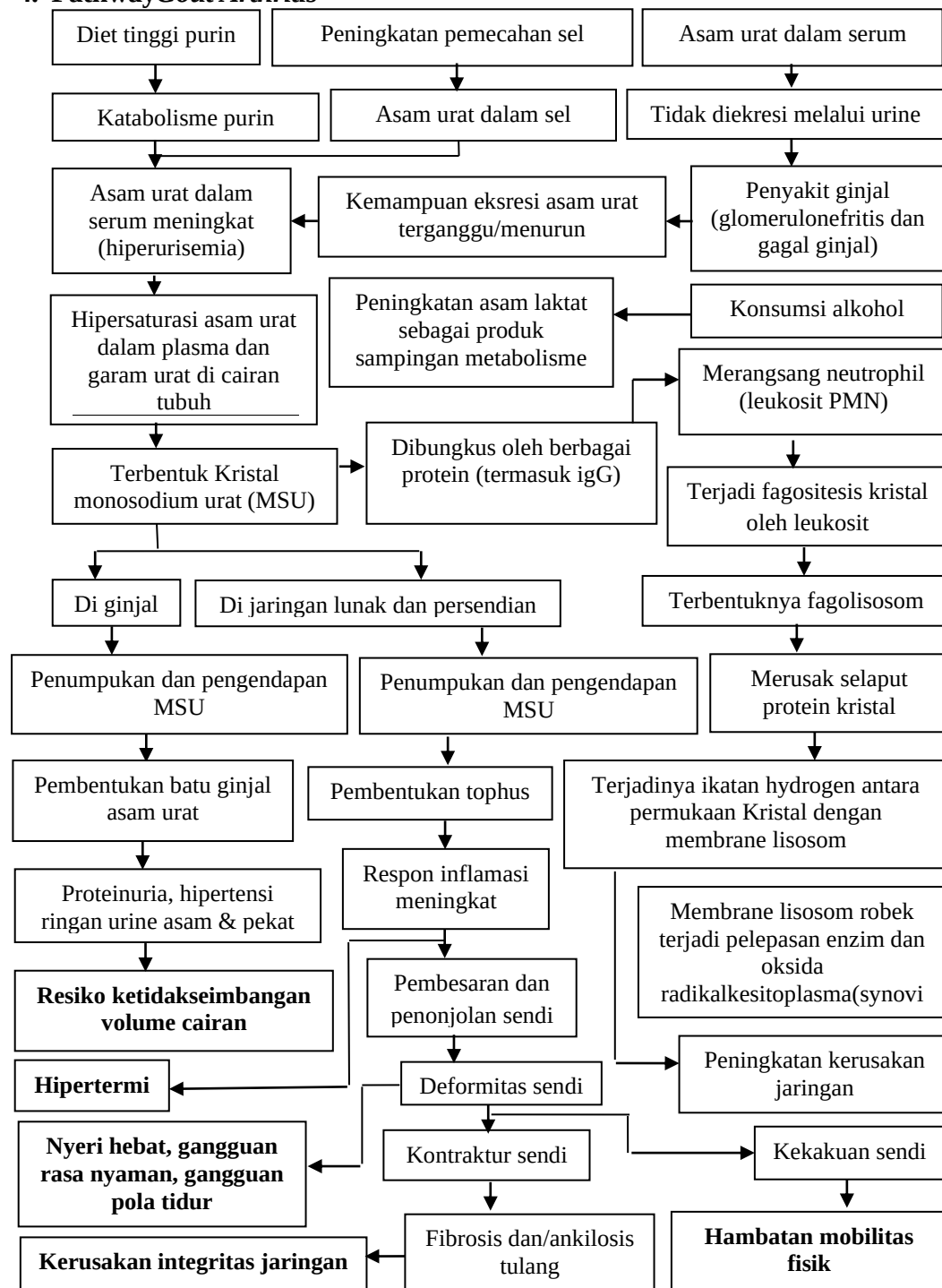
Sejumlah obat-obatan dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga dapat menyebabkan serangan gout. Yang termasuk diantaranya adalah aspirin dosis rendah (kurang dari 1 sampai 2g/hari). Levodopa, diazoksid, asam nikotinat, asetazolamid, dan etambutol.

3. Patofisiologi *Gout Arthritis*

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat, ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Secara normal, metabolisme purin menjadi asam urat diterangkan sebagai berikut: sintesis purin melibatkan dua jalur, yaitu jalur *de novo* dan jalur penghematan (*salvage pathway*).

- a. Jalur *de novo* melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekursor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asam inosinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosiltransferase (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).
- b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur *de novo*. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian di ekskresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin.

4. Pathway Gout Arthritis



Sumber: NANDA NIC-NOC 2015

Gambar 2.3
Pathway Gout Arthritis

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Aspiani, 2014) terdapat 4 fase tanda dan gejala terjadinya penyakit gout arthritis, yaitu:

a. Stadium I

Stadium I adalah *hiperurisemia asimtomatik*. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl. Dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl. Nilai-nilai ini meningkat sampai 9-10 mg/dl pada seseorang dengan gout. Dalam tahap ini pasien tidak menunjukn gejala selain dari peningkatan asam urat serum. Hanya 20% dari pasien *hiperurisemia asimtomatik* yang berlanjut menjadi serangan gout akut.

b. Stadium II

Stadium II gout arthritis akut. Pada tahap ini terjadi pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan *metatarsophalangeal*. Arthritis bersifat *monoartikular* dan menunjukan tanda-tanda peradangan lokal. Serangan dapat dipicu oleh pembedahan, trauma, obat-obatan, alkohol, atau stress emosional. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera. Sendi-sendi lain dapat terserang, termasuk sendi jari-jari tangan, dan siku. Serangan gout akut biasanya pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10 sampai 14 hari.

c. Stadium III

Stadium III adalah serangan gout akut (gout interitis), adalah tahap interikritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.

d. Stadium IV

Stadium IV adalah gout kronik, dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya kristal-kristal asam urat

mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak. Serangan gout arthritis dapat terjadi pada tahap ini. Tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubilitas relatif asam urat. Awitan dan ukuran tofi secara proporsional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon, tendon achilles, permukaan ekstensor lengan bawah, bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihindangi tofi. Pada masa ini tofi akan menghilang dengan terapi yang tepat.

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

6. Tanda Dan Gejala

Menurut Aspiyani (2014)

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

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aspiyani, (2014) pemeriksaan diagnostik pada penderita *gout arthritis*, diantaranya:

- a. Serum asam urat

Terjadinya peningkatan kadar asam urat, dapat mencapai $> 7,5 \text{ mg/dl}$. Pemeriksaan ini mengindikasikan adanya hiperurisemia akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi.

- b. Leukosit

Menunjukkan peningkatan yang signifikan mencapai $20.000/\text{mm}^3$ selama serangan akut. Selama dalam tahap asimtomatik leukosit masih dalam batas $5.000-10.000/\text{mm}^3$.

- c. Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Terjadi peningkatan selama serangan akut. Mengindikasikan adanya proses inflamasi akut sebagai akibat dari deposit asam urat di persendian.

d. Urin spesimen 24 jam

Urin dikumpulkan dan diperiksa untuk menentukan produksi dan ekskresi asam urat. Jumlah normal seseorang mengekskresikan 250-750 mg/24 jam asam urat dalam urin. Ketika kadar asam urat dalam tubuh meningkat maka kadar asam urat dalam urin akan meningkat juga. Kadar kurang dari 800 mg/24 jam mengindikasikan gangguan ekskresi pada pasien dengan peningkatan kadar asam urat.

e. Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis cairan aspirasi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum kristal urat yang tajam.

f. Pemeriksaan radiografi

Pada sendi yang terserang, hasil pemeriksaan menunjukkan tidak terdapat perubahan pada awal penyakit. Tetapi ketika penyakit telah berkembang progresif akan terlihat jelas area yang terganggu pada tulang yang berada dibawah sinavial sendi.

8. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 Diagnosa yang muncul pada kasus menyebutkan bahwa, masalah yang sering muncul pada *gout arthritis* adalah:

- a. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri persendian (kaku sendi)

9. Penatalaksanaan

- a. Menurunkan kadar asam urat dengan obat-obat urikosurik dan penghambat xanthinoksidase
- b. Pemberian obat anti infamasi nonsteroid atau kolkisin
- c. Hindari faktor pencetus

- d. Minum 2-3 liter atau 10 gelas dan menghindari makanan yang mengandung tinggi purin (Aspiani, 2014)

10. Pencegahan

Menurut (Aspiani, 2014) terapi pencegahan pada penderita *gout arthritis*, yaitu:

- a. Pembatasan purin

Pada diet normal, asupan purin biasanya mencapai 600-1000 mg per hari. Namun, penderita asam urat harus membatasi menjadi 120-150 mg per hari. Membatasi asupan purin berarti juga mengurangi konsumsi makanan yang berpotein tinggi. Asupan protein yang dianjurkan bagi penderita asam urat sekitar 50-70 gram bahan mentah/hari atau 0,8 gram/kg berat badan per hari.

- b. Asupan energi sesuai dengan kebutuhan

Jumlah asupan kalori harus benar disesuaikan dengan kebutuhan tubuh berdasarkan pada tinggi dan berat badan. Penderita gangguan asam urat yang kelebihan berat badan, berat badannya harus diturunkan dengan tetap memperhatikan jumlah konsumsi kalori. Asupan kalori yang terlalu sedikit juga bisa meningkatkan kadar asam urat karena adanya bahan keton yang akan mengurangi pengeluaran asam urat melalui urin.

- c. Mengonsumsi karbohidrat

Jenis karbohidrat yang dianjurkan yaitu karbohidrat kompleks seperti nasi, ubi, singkong dan roti. Karbohidrat kompleks ini sebaiknya dikonsumsi tidak kurang dari 100 gram per hari, yaitu sekitar 65-75% dari kebutuhan energi total.

- d. Mengurangi konsumsi lemak

Makanan yang mengandung lemak tinggi seperti jeroan, *seafood*, makanan yang digoreng, makanan bersantan, margarin sebaiknya dibatasi. Konsumsi lemak sebaiknya 10-15% dari kebutuhan energi total.

- e. Mengonsumsi banyak cairan

Penderita disarankan untuk mengonsumsi cairan minuman 2,5 liter atau 10 gelas per hari.

- f. Tidak mengonsumsi minuman beralkohol

Alkohol akan meningkatkan asam laktat plasma. Asam laktat ini bisa menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh.

- g. Mengonsumsi cukup vitamin dan mineral.