

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian Gout Arthritis/Asam Urat

Asam Urat adalah produk akhir katabolisme purin atau degradasi asam urat nukleat dari sisa makanan. Purin adalah salah satu kelompok struktur kimia pembentuk DNA. Saat DNA dihancurkan, purin akan dikatabolisme dan akan menjadi asam urat. Asam urat sebagian besar akan diekresi melalui ginjal dan sisanya diekresi melalui saluran cerna. Kadar asam urat yang meningkat disebut hiperuresemia, penderita akan mengalami pirai (gout). Pola makan seperti makanan yang tinggi purin dapat menyebabkan peningkatan kadar asam urat di dalam darah yang pada akhirnya akan menimbulkan penumpukan kristal asam urat (Sangging, 2017).

Asam Urat atau Gout Arthritis merupakan hasil metabolisme akhir purin dalam tubuh, zat asam urat ini biasanya akan dikeluarkan oleh ginjal melalui urine dalam keadaan normal. Namun, kondisi tertentu ginjal tidak mampu mengeluarkan zat asam urat secara seimbang sehingga menyebabkan kelebihan asam urat dalam darah (Firman, 2017).

Penyakit asam urat atau dikenal dengan istilah gout adalah jenis artritis yang sangat menyakitkan, hasil dari metabolisme didalam tubuh yang disebabkan oleh penumpukan kristal pada persendian sehingga kadar asam urat di dalam tubuh tinggi, sehingga dapat menimbulkan rasa nyeri, bengkak, dan kemerahan. Sendi-sendi yang diserang, terutama adalah jari-jari kaki, dengkul, tumit, pergelangan tangan, jari tangan dan siku. Penyebab lainnya seperti obesitas (kegemukan), penyakit kulit (psoriasis), kadar trigliserida yang tinggi, penderita diabetes yang tidak terkontrol dengan baik (Ann, 2017). Zat purin yang diproduksi oleh tubuh jumlahnya mencapai 85%. Hal ini tubuh manusia memerlukan asupan purin dari makanan sebesar 15% (Noviyanti, 2015).

Asam urat merupakan hasil metabolisme normal dari Pencernaan protein berasal dari daging, hati, ginjal, atau dari penguraian senyawa purin yang seharusnya dibuang melalui ginjal dalam urine serta melalui sistem pencernaan berupa feses atau melalui kulit berupa keringat (Sustrani, 2014).

2. Etiologi

Secara garis besar penyebab terjadinya Arthritis Gout menurut Susanto (2013) disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder :

- a. faktor primer 99% nya belum diketahui (idiopatik). Namun, diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi asam urat atau bisa juga disebabkan oleh kurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh.
- b. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi asam urat, terganggunya proses pembuangan asam urat dan kombinasi kedua penyebab tersebut. Umumnya yang terserang Arthritis Gout adalah pria, sedangkan perempuan persentasenya kecil dan baru muncul setelah Menopause. Arthritis Gout lebih umum terjadi pada laki-laki, terutama yang berusia 40-50 tahun.

Menurut Noviyanti (2015) penyebab asam urat ini adalah :

- a. Faktor keturunan keluarga yang memiliki penyakit asam urat
- b. Memakan makanan yang memiliki kandungan purin yang terlalu tinggi. Sejak dahulu masyarakat percaya bahwa konsumsi makanan tertentu dapat menimbulkan penyakit asam urat seperti jeroan, emping dan bayam. Jenis makanan kaya purin biasanya makanan bersumber protein hewani (seperti daging sapi, kambing, seafood), kacang-kacangan, bayam, jamur dan kembang kol. Tidak semua bahan makanan yang mengandung purin meningkatkan kadar asam urat. Contohnya kopi, teh, coklat mengandung komponen purin berupa kafein, theophilin dan threobromin yang kemudian dimetabolisme menjadi metal urat yang tidak membentuk tofi dan tidak meningkatkan kadar asam urat darah.

c. Mengonsumsi alkohol secara berlebihan

Minuman beralkohol merupakan sumber purin yang juga dapat menghambat pembuangan purin melalui ginjal.

d. Hambatan pembuangan asam urat karena penyakit tertentu

terutama yang berkaitan dengan gangguan ginjal. Pasien diharapkan minum cairan banyak (2 liter atau lebih) untuk membantu pembuangan asam urat dan meminimalkan pengendapan dalam saluran kemih.

e. Penggunaan obat yang meningkatkan kadar asam urat yaitu diuretik (furosemid dan hidroklorotiazida).

f. Faktor lainnya seperti stress, cedera sendi, hipertensi dan olah raga berlebihan.

g. Obesitas

Menurut Yitno (2022) bahwa sebagian besar yang mengalami obesitas akan mengalami asam urat, pada orang obesitas lemak disimpan di jaringan adiposa dan membentuk trigliserida, selain itu timbunan kolesterol juga banyak. Pada kadar normal, kolesterol baik bagi tubuh, akan tetapi jika produksinya berlebih kolesterol tersebut akan menumpuk di pembuluh darah dan terjadi plak sehingga menghalangi darah maupun senyawa lain untuk bersikulasi, salah satunya senyawa yang terhambat adalah asam urat darah menurun dapat berakibat terjadinya peningkatan kadar asam urat pada darah.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala asam urat menurut Zahara 2013 tanda dan gejala asam urat adalah sebagai berikut :

a. Sendi terasa nyeri terutama pada malam, dan pagi hari.

b. Sendi terasa ngilu bahkan tampak bengkak dan meradang kemerahan.

c. Nyeri sendi berulang kali pada jari kaki, jari tangan, tumit, lutut, siku, dan pergelangan tangan.

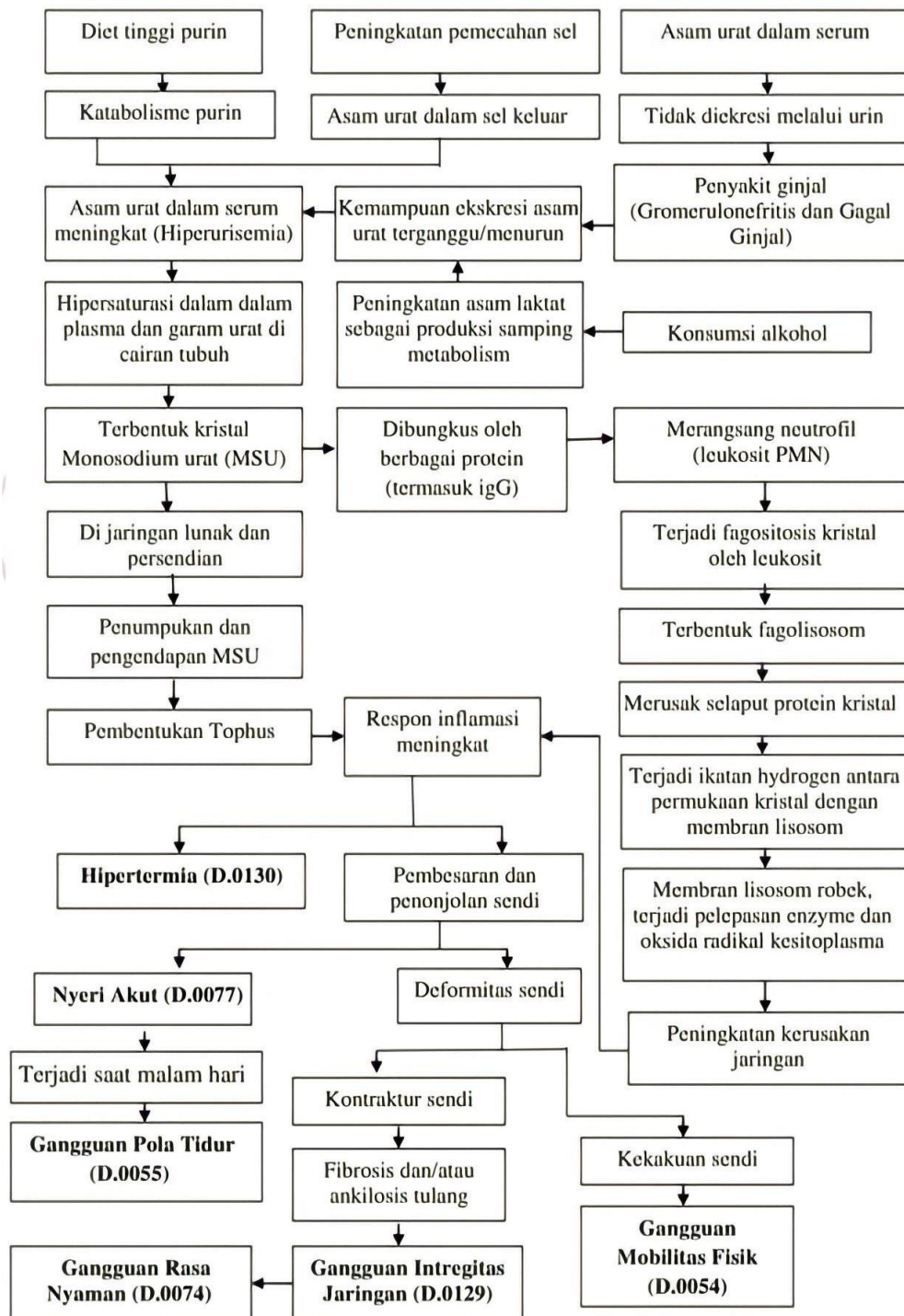
d. Pada kasus yang parah sendi akan mengalami nyeri ketika bergerak

e. Kulit kemerahan hingga keunguan.

4. Patofisiologi

Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme serangan Gout Arthritis salah satunya adalah konsentrasi asam urat dalam darah. Diet yang tinggi purin akan menyebabkan katabolisme purin. Jika katabolisme purin berlebih maka asam urat dalam sel keluar dan akan menyebabkan asam urat dalam serum meningkat (hiperuresemia). Jika asam urat dalam serum tidak disekresi melalui urine akan menyebabkan penyakit ginjal (glomerulonefritis dan gagal ginjal) jika kemampuan ekskresi asam urat terganggu dan menurun menyebabkan asam urat dalam serum meningkat (hiperuresemia) maka hiperuresemia asam urat dalam plasma dan garam urat dicairan tubuh akan membentuk kristal monosodium urat (MSU) yang dibungkus oleh berbagai protein (termasuk igG) akan merangsang neutrofil (leukosit PMN). Terbentuknya kristal monosodium urat dibagian ginjal menyebabkan penumpukan dan pengendapan MSU maka akan terjadi pembentukan batu ginjal. MSU yang berada di jaringan lunak dan persendian akan terjadi penumpukan dan pengendapan MSU dan membentuk tophus menyebabkan respon inflamasi meningkat dan terjadi hipertermi dan pembesaran dan penonjolan sendi akan menyebabkan nyeri hebat, pembesaran dan penonjolan sendi akan menyebabkan deformitas sendi menyebabkan kontraktur sendi dan kerusakan sendi (Amin Huda Nurarif, 2015). Berikut Pathway kasus Gout Arthritis :

Gambar 2.1
Pathway Gout Arthritis



Sumber:Amin Huda Nurarif (2015)

5. Manifestasi Klinis

Ada 4 perjalanan klinis menurut Kusumayanti (2015) yaitu :

a. Tahap Asimtomatik

Tahap ini merupakan gejala awal, tanpa disertai gejala spesifik. Pada tahap ini terjadi peningkatan asam urat (hiperurisemia) tanpa disertai gejala arthritis, tofus atau batu urat di saluran kemih. Apabila terjadi kelainan enzim, kelainan ini timbul sejak lahir. Pada pria muncul setelah akil balik dan wanita setelah menopause.

b. Tahap Akut

Tahap ini ditandai serangan nyeri hebat di persendian secara mendadak disertai panas dan kemerahan. Kebanyakan serangan akut terjadi pada ibu jari kaki. Serangan biasa terjadi tengah malam menjelang pagi. Serangan muncul mendadak tanpa disertai keluhan dan mencapai puncak dalam waktu 24 jam. Kadar asam urat tak terlalu tinggi.

c. Tahap Interkritikal

Merupakan interval diantara 2 serangan akut. Penderita yang pernah mengalami serangan pertama bukan berarti tidak pernah mengalami serangan lagi walau ada juga yang tak pernah mengalami serangan lagi. Kebanyakan penderita mengalami serangan kedua setelah 6 – 12 bulan, tetapi ada pula yang mengalaminya setelah 5-10 tahun. Hal ini tergantung kondisi penderita. Serangan ulang biasanya lebih berat, lebih lama dan menyerang lebih dari satu sendi.

d. Tahap Kronik

Tahap ini ditandai dengan pembentukan tofus, yang biasanya dibentuk setelah 11 tahun serangan pertama. Tahap ini terjadi apabila penyakit diabaikan. Pada tahap ini frekuensi serangan biasanya sampai 4 – 5 kali dalam setahun. Lama nyeri lebih lama, bahkan terus menerus disertai bengkak dan kaku sendi. Pembentukan tofus dipengaruhi oleh kadar asam urat darah, fungsi ginjal dan faktor setempat. Jika kadar asam urat 11 mg/dl ditemukan tofus pada beberapa tempat. Seperti tulang rawan, tendon, jaringan lemak dan lainnya Tofu yang besar mudah terlihat dan dapat menimbulkan kecacatan seperti sendi kaku dan menonjol.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Astika (2014) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penderita gout arthritis adalah :

a. Pemeriksaan Cairan Sendi

Pemeriksaan dilakukan dengan cara mengambil cairan pada sendi penderita dengan menggunakan jarum suntik, kemudian diperiksa di bawah mikroskop. Pemeriksaan ini dilakukan agar dapat memastikan penyebab yang mendasari.

b. Tes Urine 24 Jam

Pemeriksaan ini dilakukan dengan memeriksa kadar asam urat pada sampel urine yang terkumpul dalam waktu 24 jam terakhir.

c. Tes Darah

Tes ini bertujuan untuk mengukur kadar asam urat dalam darah.

7. Terapi

Menurut Noviyanti (2015) terapi Gout Arthritis dibagi menjadi dua yaitu Farmakologis dan non farmakologis :

a. Terapi Farmakologis

Salah satu terapi farmakologis adalah dengan Pemberian obat kelompok allopurinol obat antiinflamasi nonsteroid tetapi salah satu efek yang serius dari obat inflamasi adalah perdarahan saluran cerna dan mengalami tungkai lambung.

b. Terapi Nonfarmakologis

Terapi non farmakologis atau biasa disebut dalam keperawatan adalah terapi komplementer pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer mempunyai manfaat selain dapat meningkatkan kesehatan secara menyeluruh juga lebih murah manfaat pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer dirasakan oleh pasien dengan penyakit kronik yang rutin mengeluarkan dana tumbuhan obat yang dapat digunakan sebagai anti hiperurisemia untuk menurunkan kadar asam urat adalah tanaman daun sirsak, daun salam, dan kompres hangat. Pemberian kompres air hangat berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, mengurangi kekakuan,

dan menghilangkan sensasi rasa sakit. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik, terapi kompres hangat dilakukan selama 20 menit dengan 1 kali pemberian dan pengukuran intensitas nyeri dilakukan dari menit ke 15-20 selama tindakan. Pemanfaatan jahe dengan teknik kompres menggunakan air hangat dapat dilakukan selama 15-20 menit dan hal tersebut cukup efektif dalam menghilangkan rasa nyeri (Samsudin, 2016). Kompres Jahe hangat terbukti lebih efektif dalam mengurangi intensitas nyeri dibandingkan kompres dengan hanya menggunakan air hangat saja (Madoni, 2017). Jahe mengandung Olerasin atau Zingerol yang dapat menghambat sintesis prostaglandin, sehingga nyeri reda atau radang berkurang. Prostaglandin itu sendiri adalah suatu senyawa dalam tubuh yang merupakan mediator nyeri dari radang atau inflamasi (Wilda & Panorama, 2020).

8. Komplikasi

Menurut Sapti (2019) berikut ini komplikasi yang terjadi akibat tingginya kadar asam urat :

- a. Kerusakan sendi arthritis gout merupakan penyakit yang cukup ditakuti sebagai orang karena menimbulkan kerusakan sendi dan perubahan bentuk tubuh kerusakan sendi yang disebabkan tinggi asam urat dapat terjadi di tangan maupun kaki kerusakan tersebut terjadi karena asam urat membentuk di dalam sendi dan menjadi Kristal yang mengganggu sendi sendi yang tertutup kristal asam urat menyebabkan jari-jari tangan maupun kaki menjadi kaku dan bengkok tidak beraturan namun yang ditakuti penderita bukan bengkoknya melainkan rasa sakit yang berkepanjangan
- b. Terbentuk topi, topi adalah timbunan kristal monosodium urat monohidrat di sekitar persendian yang sering mengalami serangan akut atau timbul di sekitar tulang rawan sendi sinovial, bursa atau tendon.
- c. Penyakit jantung kadar asam urat yang tinggi dapat menimbulkan gangguan jantung bila penumpukan asam urat terjadi di pembuluh darah arteri maka akan mengganggu kerja jantung penumpukan asam

urat yang terlalu lama dapat menyebabkan left ventrikal hipertropi yaitu pembengkakan ventrikel kiri pada jantung.

- d. Batu ginjal tingginya kadar asam urat yang tergantung dalam darah dapat menimbulkan batu ginjal batu ginjal terbentuk dari beberapa zat disaring dalam ginjal bila zat tersebut mengendap pada ginjal dan tidak bisa keluar bersama urine maka membentuk batu ginjal batu ginjal yang terbentuk diberi nama sesuai dengan bahan pembuat batu tersebut batu ginjal yang terbentuk dari asam urat disebut batu asam urat.
- e. Gagal ginjal komplikasi yang sering terjadi karena asam urat tersebut adalah gagal ginjal atau nefropati gout tingginya kadar asam urat berpotensi merusak fungsi ginjal adanya kerusakan fungsi ginjal dapat menyebabkan ginjal tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik atau mengalami gagal ginjal bila gagal ginjal terjadi ginjal tidak dapat membersihkan darah darah yang dibersihkan mengandung berbagai racun yang menyebabkan pusing muntah dan rasa nyeri sekujur tubuh.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut Abraham Maslow teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abram Maslow dalam Potter dan Perry, dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut :

Gambar 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber (Zainur, 2020).

1. 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.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya
 - b. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatir yang dialami seorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.
4. Kebutuhan akan harga diri ataupun peragaan dihargai oleh lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dri orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Zainur, 2020).

Berdasarkan teori Maslow, kasus Gout Arthritis terhadap Tn.Z mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri. Kurang dari 5% penderita gout mengalami hiperurisemia akibat produksi asam urat yang berlebihan. Konsentrasi asam urat yang melebihi kelarutannya dalam darah dapat memulai presipitasi monosodium urat sehingga dapat terbentuknya kristal yang menumpuk dalam sendi dan dapat menimbulkan reaksi inflamasi seperti merah, bengkak, panas, dan nyeri. Kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis

manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologi meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing, dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorial yang tidak menyenangkan, unsure utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa yang tidak menyenangkan. Tanpa unsur itu tidak dapat dikategorikan sebagai nyeri, walaupun sebaliknya, semua yang tidak menyenangkan tidak dapat disebut sebagai nyeri (Zakiyah, 2015). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang didalamnya (Hidayat dkk, 2016).

2. Jenis Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebutkan nyeri akut adalah bila < 12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut. Nyeri diatas 12 minggu adalah nyeri kronis.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

3. Berdasarkan intensitasnya

- a. Tidak nyeri Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.
- b. Nyeri ringan Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak terganggu kegiatannya
- c. Nyeri sedang Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang.
- d. Nyeri berat Nyeri berat/ hebat merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.

4. Pengukuran Nyeri

a. Pengkajian Nyeri berdasarkan PQRST

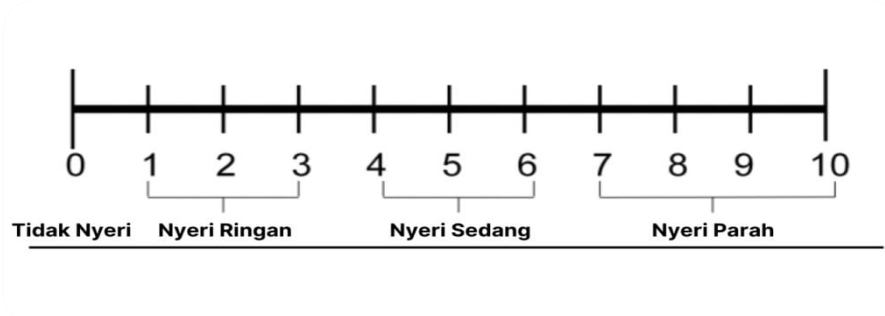
- 1) Provokes/palliates: Pengkajian provokatif/paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?.
- 2) Quality (Q) Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien, seperti seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.
- 3) Region/Radiation (R) Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
- 4) Severity (S) Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
- 5) Time: Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menanyakan kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi.

Ditanyakan juga apakah terjadi secara mendadak atau bertahap kapan nyeri itu timbul? apakah onsetnya cepat atau lambat? berapa lama nyeri itu timbul? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya? apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?.

b. Pengkajian Nyeri berdasarkan Numeric Rating Scale

Skala NRS adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” dan 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10).

Gambar 2.3
Numeric Rating Scale



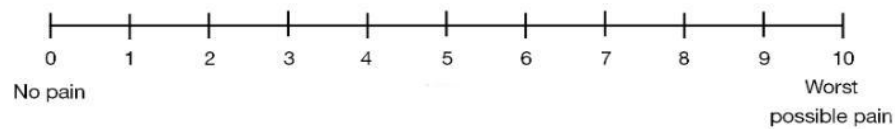
Sumber : Pinzon (2016).

c. Visual Analogue Scale

Visual Analogue Scale adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Penggunaannya sangat banyak dalam praktek klinik dan penelitian. Visual Analogue Scale adalah skala kontinu horisontal atau vertikal yang pada umumnya memiliki panjang 10 cm (100 mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 “tanpa nyeri” dan 100mm “nyeri

paling hebat yang bisa dibayangkan”. Nilai VAS diisi sendiri oleh pasien. Pemeriksa meminta pasien untuk menunjuk satu titik digaris antara titik 0 dan 100. Pemeriksa mengukur jarak dari titik yang ditunjuk oleh pasien dari titik nol Nilai VAS dikelompokkan menjadi nyeri intensitas ringan (0-44 mm), nyeri intensitas sedang (45-74 mm), dan nyeri intensitas berat (75-100 mm).

Gambar 2.4
Visual Analogue Scale



Sumber : Pinzon (2016).

C. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seseorang perawat Mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga atau klien yang dibinanya tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Setiawan, 2016). Ada beberapa data yang perlu dikaji adalah :

a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, alamat, pekerjaan, penanggung jawab, data dasar pengkajin pasien tergantung pada keparahan dan keterlibatan organ-organ lainnya (misalnya mata, jantung, paru-paru, dan ginjal), tahapan misalnya eksaserbasi akut atau remisi dan keberadaan bersama bentuk-bentuk arthiritis lainnya.

b. Riwayat Kesehatan

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada lutut kaki, atau pada kedua kaki. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa waktu sebelum pasien

mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan TTV dan melakukan pemeriksaan palpasi pada sendi-sendi, amati apakah ada kemerahan, pembengkakan, ukuran dan turgor kulit.

d. Aktivitas/Istirahat

Amati klien apakah klien mengalami nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, dan kekakuan sendi pada pagi hari. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan.

e. Riwayat Psikososial

Penderita Gout Arthritis mungkin mengalami cemas

f. Neurosensori

Biasanya penderita Gout Arthritis mengalami sensasi pada lutut dan sendi, dan mengalami pembengkakan pada sendi.

g. Kardiovaskuler

Berhubungan dengan jantung biasanya menghitung nadi dan tekanan darah, tidak ada bunyi nafas tambahan.

h. Makanan/Cairan

Biasanya penderita Gout Arthritis memakan makanan yang mengandung tinggi purin.

i. Integritas Ego

Faktor stress akut/kronis, misalnya finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, keputusan, ketidakberdayaan, ancaman konsep diri, citra diri, dan perubahan bentuk badan.

j. Nyeri/Kenyamanan

Gejala berupa fase akut dari nyeri (mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi).

k. Hygiene

Mampu melakukan aktivitas perawatan dan pekerjaan dengan mandiri, hanya berbagai aktivitas berat saja yang dibantu orang lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Gusti, 2013). Diagnosa keperawatan yang ada pada kasus Gout Arthritis adalah :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan; agen pencedera distensijaringan oleh akumulasi cairan/proses inflamasi, dan destruksi sendi.
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri, ketidaknyamanan, dan penurunan kekuatan otot.
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri
- d. Risiko Jatuh dibuktikan dengan perubahan fungsi tubuh.
- e. Risiko Intoleransi Aktivitas dibuktikan dengan ketidakbugaraan status fisik.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. Dalam melakukan perencanaan keperawatan perawat harus mengikuti langkah-langkah yang telah ditentukan agar perencanaan tersebut tersusun secara sistematis dan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditentukan serta tercapainya tujuan yaitu terpenuhinya kebutuhan dan terselasaikannya masalah kesehatan pasien (Auliya, 2020). Intervensi keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Asam Urat

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri Kronis kode (D.0078)	<p>Tingkat nyeri kode (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. meringis menurun 4. Keluhan nyeri menurun 5. meringis menurun 6. sikap protektif menurun 7. gelisah menurun 8. kesulitan tidur menurun 9. menarik diri menurun 10. berfokus pada diri sendiri menurun 11. diaforesis menurun 12. perasaan depresi tertekan menurun 13. perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 14. anoreksia menurun 15. perineum terasa tertekan menurun 16. uterus teraba membulat menurun 17. ketegangan otot menurun 18. pupil dilatasi menurun 19. muntah menurun 20. mual menurun 21. frekuensi nadi membaik 22. pola nafas membaik 23. tekanan darah membaik 24. proses berpikir membaik 25. Fokus membaik 	<p>Manajemen nyeri Kode (I.0823)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika

1	2	3	4
		26. Fungsi berkemih membaik 27. Perilaku membaik 25. Nafsu makan membaik 26. Pola tidur membaik	perlu
2.	Gangguan Mobilitas Fisik Kode (D.0054)	Mobilitas fisik Kode (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun.	Dukungan ambulasi Kode (I.06171) Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Tarapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis,tongkat ,kruk). 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi sesuai toleransi)
3.	Gangguan pola tidur (D.0055)	Pola tidur Kode (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat.	Dukungan tidur Kode (I.05174) Observasi : 1. Identifikasipola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis,kopi,teh,alcohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Teraupetik : 1. Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

1	2	3	4
			<p>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur</p> <p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologi, gaya hidup, sering berubah shift berkerja)</p>
4.	Resiko Jatuh (D.0143)	<p>Tingkat jatuh Kode (L.14138)</p> <p>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>2. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>3. Jatuh saat duduk menurun</p> <p>4. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>5. jatuh saat dipindahkan menurun</p> <p>6. Jatuh saat naik tangga menurun</p> <p>7. Jatuh saat dikamar mandi menurun</p> <p>8. Jatuh saat membungkuk menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh Kode (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit onnitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu</p> <p>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan Sebaliknya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p>

1	2	3	4
			3. Pasang handrail tempat tidur 4. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 5. Dekatkanbel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi : 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
5.	Risiko Intoleransi Aktivitas Kode (D.0060)	Toleransi aktivitas Kode (L.05047) 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 8. Keluhan lelah menurun 9. Perasaan lemah menurun 10.Sianosis menurun 11.Warna kulit membaik 12.Tekanan darah membaik 13.Frekuensi nafas membaik	Manajemen energi Kode (1.05178) Observasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah(mis. stimulus cahaya suara kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Implementasi

Menurut Apriani (2017) implementasi adalah rencana tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang sudah ditetapkan kegiatan ini juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon seseorang sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan serta menilai data yang akan datang. Pengisian format dan tindakan keperawatan dibagi menjadi 3 yang pertama nomor diagnosa keperawatan yang kedua tanggal dan jam yang ketiga tindakan atau intervensi.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil, implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru. Metode evaluasi keperawatan yaitu evaluasi formatif (proses), evaluasi sumatif (hasil) (Lucia Firsty & Mega Anjani Putri, 2021).

D. Konsep Teori Keperawatan Keluarga

Asuhan Keperawatan Keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif Asuhan Keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnosa Keperawatan Keluarga adalah diagnosa tunggal dengan penerapan Asuhan Keperawatan mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah domain capaian hasil :
Pengetahuan kesehatan dan perilaku tentang proses penyakit.
2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan domain capaian hasil :

domaian kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3. TUK 3 : Mampu merawat Domain capaian hasil : kesehatan keluarga kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.
4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan Domain capaian hasil: kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor risiko.
5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Domain capai hasil: pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan Achjar (2014), menyatakan bahwa asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien. Pengkajian yang sistematis dengan pengumpulan data dan di evaluasi untuk mengetahui status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya dalam proses keperawatan (Olfah, 2016).Pengkajian yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi :

a. Data umum

- 1) Identitas pasien Berisi tentang identitas pasien yang meliputi: nama, umur, pekerjaan, suku, agama, dan alamat (KK).
- 2) Data kesehatan keluarga Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnosa penyakit, riwayat pengobat, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan

dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to toe.

- 3) Data Kesehatan Keluarga Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan, lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.
 - 4) Struktur keluarga Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.
 - 5) Fungsi Keluarga Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu:
 - a) Kemampuan keluarga mengenali masalah meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.
 - b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan meliputi sejumlah keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerang terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, informasi yang salah.
 - c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.
 - d) Kemampuan keluarga memelihara kesehatan, memodifikasi serta memelihara lingkungan.
 - e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan.
- b. Prioritas masalah
- Prioritas didasarkan pada diagnosa keperawatan yang mempunyai skor tinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor rendah. Scoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosa keperawatan

telah dari satu proses scoring menggunakan skala yang telah dirumuskan, berikut tabel prioritas masalah :

Tabel 2.2
Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	2	3	4	5
1	Sifat masalah	Actual Potensial Resiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah	Mudah sebagian Tidak mudah	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah	Tinggi Cukup Rendah	2 1 0	1

Sumber : Effendi (2013)

Proses scoring dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan:

- 1) Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat oleh perawat.
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- 4) Skor tertinggi berarti prioritas (skor tertinggi 5).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap selanjutnya setelah proses pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan

intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Olfah, 2016). Dalam penentuan diagnosa keperawatan keluarga meliputi 5 tugas pokok keluarga yaitu:

- a. Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.
- b. Ketidakmampuan keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Ketidakmampuan keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Ketidakmampuan keluarga merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

3. Intervensi keperawatan

Menurut Wahyu Widagdo dan Siti Nur Kholifah (2016) perencanaan keperawatan adalah tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga yang berfokus pada tugas kesehatan keluarga yaitu :

- a. Keluarga mampu mengenal masalah
- b. Keluarga mampu mengambil keputusan
- c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Keluarga mampu memelihara kesehatan
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Tabel 2.3
Rencana Keperawatan Keluarga

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			
		Tum	Tuk	Kriteria (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4	5	6
1.	Nyeri kronis (D,0078)	Dalam 3 kali kunjungan nyeri berkurang	1.Keluarga mampu mengenal masalah	<p>A.Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan tentang topik asam urat meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah asam urat menurun <p>B.Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Keluhan meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Pola tidur membaik 	<p>A.Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan untuk bertanya kepada klien <p>B.Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

1	2	3	4	5	6
					Edukasi : 1. Anjuekan menggunakan analgetik secara tepat 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
2.			2.Keluarga mampu mengambil keputusan	A.Dukungan keluarga (L.13112) 1. Keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat 2. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat 3. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan meningkat	A.Dukungan pengambilan keputusan (I.09265) Observasi : 1. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik Terapeutik : 1. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 2. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan Edukasi : 1. Berikan informasi yang diminta pasien Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
3.			3.Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit	A.Tingkat nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola tidur membaik 4. Tekanan darah membaik	A.manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologis untuk

1	2	3	4	5	6
					<p>mengurangi rasa nyeri (Kompres hangat)</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>B.Pelibatkan Keluarga (I.14525)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan cara perawatan dirumah 2. Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga 2. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan <p>C.Edukasi keterampilan psikomotor (I.12386)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan yang telah dicapai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan keterampilan psikomotor

1	2	3	4	5	6
					D.Pemantauan tanda vital (I.02060) Observasi : 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor Nadi 3. Monitor Pernapasan 4. Monitor suhu tubuh
4.			4.Keluarga mampu memelihara kesehatan	A.Kontrol Risiko (L.14128) 1. Kemampuan mengubah perilaku meningkat 2. Kemampuan modifikasi gaya hidup meningkat 3. Kemampuan menghindari faktor risiko meningkat	A.Edukasi diet (I.12369) Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalah 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini Edukasi : 1. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 2. Anjurkan melakukan olahraga sesuai dengan toleransi D.Pemantauan hasil laboratorium (I.09988) Observasi : 1. Ambil sampel darah sesuai protokol
5.			5.Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	A. Status kesehatan keluarga (L.12108) 1. Akses fasilitas kesehatan meningkat	A. Rujukan ke layanan masyarakat (I.12474) Observasi : 1. Identifikasi sumber-sumber pelayanan Kesehatan di masyarakat 2. Identifikasi masalah kesehatan individu, keluarga dan kelompok masyarakat

1	2	3	4	5	6
				3. Skrining kesehatan anggota keluarga sesuai usia meningkat 4. Sumber perawatan kesehatan meningkat	Terapeutik : 1. Fasilitasi memutuskan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tujuan rujukan 2. Fasilitasi proses tindak lanjut dimasyarakat setelah rujukan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur rujukan

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Adapun prinsip yang mendasar implementasi keperawatan keluarga antara lain, implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat, implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah, kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan (Setiawati, 2015).

Menurut Wahyu Widagdo dan Siti Nur Kholifah (2016) Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan perawat untuk membantu klien dan keluarga untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan menilai keberhasilan tindakan yang telah dilaksanakan. Indikator evaluasi adalah kriteria hasil yang telah disusun pada tujuan ketika perawat menyusun tindakan keperawatan (Wahyu Widagdo dan Siti Nur Kholifah, 2016).

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan (Dion, 2015).