

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut Nasir & Muhith (2011), keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami– istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan tiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang terhubung melalui pertalian darah, perkawinan, maupun adopsi.

Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pemantapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut.

2. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang peran dalam situasi social tertentu (Mubarak, 2019). Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2018). Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peran ayah

1) Ayah sebagai *sex partner*

Ayah merupakan *sex partner* yang setia bagi istrinya. Sebagai *sex partner*, seorang ayah harus dapat melaksanakan peran ini dengan diliputi oleh rasa cinta kasih yang mendalam. Seorang ayah harus mampu mencintai istrinya dan jangan minta dicintai oleh istrinya (Setiadi, 2008).

2) Ayah sebagai pencari nafkah

Tugas ayah sebagai pencari nafkah merupakan tugas yang sangat penting dalam keluarga. Penghasilan yang cukup dalam keluarga mempunyai dampak yang baik sekali dalam keluarga. Penghasilan yang kurang cukup menyebabkan kehidupan keluarga yang kurang lancar. Lemah kuatnya ekonomi tergantung pada penghasilan ayah. Sebab segala segi kehidupan dalam keluarga perlu biaya untuk sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan pengobatan. Untuk seorang ayah harus mempunyai pekerjaan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga (Setiadi, 2018).

3) Ayah sebagai pendidik

Peran ayah sebagai pendidik merupakan peran yang penting. Sebab peran ini menyangkut perkembangan peran dan pertumbuhan pribadi anak. Ayah sebagai pendidik terutama menyangkut pendidikan yang bersifat rasional. Pendidikan mulai diperlukan sejak anak umur tiga tahun ke atas, yaitu saat anak mulai mengembangkan ego dan super egonya. Kekuatan ego (aku) ini sangat diperlukan untuk mengembangkan kemampuan realitas hidup yang terdiri dari segala jenis persoalan yang harus dipecahkan. Jika peran ini difokuskan pada keinginan orang tua ataupun ayahnya maka tumbuh kembang anak terganggu baik fisik maupun psikologinya. Dan akan merasa tertekan, jika hal ini berkelanjutan akan menimbulkan dampak pada psikologi yang abnormal seperti depresi, sifat yang agresif dan gangguan psikologi yang lain (Huraerah, 2017).

b. Peran Ibu

1) Ibu sebagai pendidik

Peran ini dapat dipenuhi dengan baik, bila ibu mampu menciptakan iklim psikis yang gembira, bahagia dan bebas sehingga suasana rumah tangga menjadi semarak dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang. Dengan begitu anak-anak dan suami akan betah tinggal di rumah. Iklim psikologis penuh kasih sayang, kesabaran, ketenangan, dan kehangatan itu memberikan semacam vitamin psikologi yang merangsang pertumbuhan anak-anak menuju pada kedewasaan (Setiadi, 2018).

2) Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Setiadi, 2018).

3) Sebagai patner hidup

Peran ini ditujukan bagi suami yang memerlukan kebijaksanaan, mampu berpikir luas, dan sanggup mengikuti gerak langkah karir suaminya. Sehingga akan terdapat kesamaan pandangan, perasaan, dan berinteraksi secara lancar dengan mereka (Setiadi, 2018).

3. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2013) adalah:

a. Menenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu menenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan menenal faktafakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan masalah kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat :

- 1) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan,
- 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,
- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit,
- 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan,
- 6) Apakah dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada,
- 7) Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan,

- 8) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui 1 hal sebagai berikut:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya),
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan,
- 3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan,
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial),
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki,
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan,
- 3) Pentingnya higiene sanitasi,
- 4) Upaya pencegahan penyakit,
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi,
- 6) Kekompakan antar anggota keluarga

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Berikut merupakan pembagian dari fasilitas kesehatan masyarakat:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga,
- 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan,
- 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 4) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 5) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan,

6) Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

B. Konsep dasar nyeri

1. Pengertian

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, yang di definisikan dalam berbagai perspektif. Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri (*Internasional Association for the Study of Pain, IASP, 1979*) mendefinisikan nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan (Smeltzer, 2002, dalam Marly, 2014).

Nyeri merupakan rasa indrawi yang tidak menyenangkan, menyebabkan rasa ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari klinik seperti agen cedera biologis, inflamasi, peradangan serta benda (Suwondo, 2017)

Nyeri adalah keadaan ketidaknyamanan sensasi yang sangat bersifat subyektif sehingga tidak dapat disamakan tiap individu dengan individu lainnya. Nyeri adalah alasan utama seseorang mencari pertolongan kesehatan.

2. Fisiologi Nyeri

Fast pain dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu serabut saraf A-Delta), sedangkan *Slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh serabut saraf C. Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat serta bermielinasi, dan serabut saraf C yang tidak bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri (Suwondo, 2017)

3. Klasifikasi Nyeri

(Suwondo, 2017) berpendapat bahwa nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (kurang dari 6 bulan). Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi system saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti : peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai. Klien akan melaporkan secara verbal adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan (Suwondo, 2017).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat dirasakan klien hampir setiap harinya dalam suatu periode yang panjang (beberapa bulan bahkan tahun), akan tetapi nyeri kronik juga mempunyai probabilitas yang tinggi untuk berakhir (Suwondo, 2017).

3) Rangsang noksius

Rangsangan yang menyebabkan kerusakan atau berpotensi merusak integritas jaringan (Suwondo, 2017)

4) Nosisepsi

Adalah proses dimulai dari aktivasi nosisseptor hingga persepsi adanya rangsangan noksius (Suwondo, 2017)

5) Prilaku nyeri

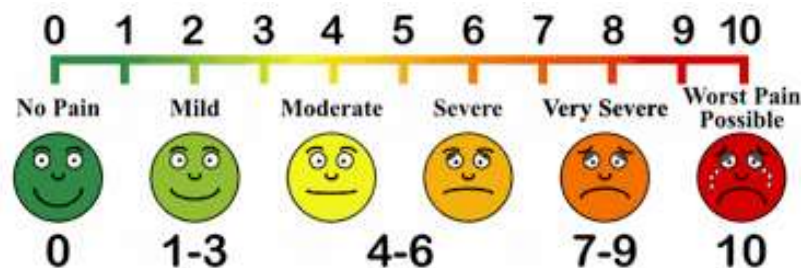
Adalah prilaku yang membuat pengamat yang menyimpulkan bahwa seseorang dengan mengalami nyeri (Suwondo, 2017)

4. Derajat Nyeri

Menurut (Suwondo, 2017) karakteristik yang paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang atau berat. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan yang lebih obyektif.

Gambar 2.2.

Skala Intensitas Nyeri Numeric 0-10 (Suwondo, 2017)



gambar 2.3. Skala intensitas dengan gambar wajah

keterangan :

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan : hilang tanpa pengobatan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
- 4-6 : Nyeri sedang : nyeri perut bagian bawah, mengganggu aktivitas, membutuhkan obat untuk mengurangi nyerinya.
- 7-9 : nyeri berat : nyeri disertai pusing, sakit kepala berat, muntah, diare, sangat mengganggu aktifitas.
- 10 : nyeri tidak tertahankan : menangis, meringis, gelisah, menghindari percakapan dan kontak social, sesak nafas, immobilisasi, mengigit bibir, penurunan kesadaran.

5. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Lampung Timur Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan perbedaan diantara kelompok usia inidapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Rentang usia remaja adalah 11-21 tahun dan terbagi menjadi tiga tahap, yaitu

remaja awal (11-24 tahun), remaja menengah (15-17 tahun), dan remaja akhir (18-21 tahun).

2) Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam respon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subyek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka menyatakan bahwa sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis seperti endogen dan terjadilah persepsi di nyeri.

4) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya seseorang wanita melahirkan akan mempersepsikan nyeri, akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan nyeri klien berhubungan dengan makna nyeri.

5) Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Biasanya hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu

meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka waktu yang lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur baik maka nyeri berkurang.

8) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

9) Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya koping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri.

10) Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Walaupun nyeri dirasakan, kehadiran orang yang bermakna bagi pasien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan, sebaliknya tersedianya seseorang yang memberi dukungan sangatlah berguna karena akan membuat seseorang merasa lebih nyaman, kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri (Suwondo, 2017)

6. Penanganan Nyeri

1) Tindakan farmakologis

Pedoman yang dibuat WHO mengkombinasikan dalam sistem penggunaan obat-obatan analgesic dan obat-obatan adjuvan yang efektif untuk mengontrol nyeri. Obat-obatan adjuvan adalah obat-obatan yang digunakan bertujuan untuk meningkatkan kemanjuran dari obat opiat, menghilangkan gejala-gejala yang timbul bersamaan dengan serangan nyeri yang bertindak sebagai analgesik pada tipe nyeri tertentu (Suwondo, 2017) Terdapat tiga macam obat-obatan untuk mengontrol nyeri yaitu :

a) Analgesik non-narkotik (analgesik non-opiat)

Sering digunakan untuk berbagai keadaan yang mengakibatkan nyeri seperti trauma, pembedahan atau kanker (Suwondo, 2017)

b) Analgesik narkotik (analgesik opiat)

Opiat bekerja dengan mengikat reseptor opiat pada neuron efferent, sehingga implus nyeri akan terhenti pada spinal cord dan tidak ditransmisikan konteks. Biasanya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat.

c) Analgesik adjuvant (obat tambahan)

Adjuvant, seperti sedative, anticemas, dan relaksan otot meningkatkan nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri, seperti depresi dan mual.

2) Tindakan non-farmakologi

a) Bimbingan antisipasi

Bimibingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, jangan mengatakan pada klien bahwa dia tidak akan merasakan nyeri. Pengetahuan tentang nyeri membantu klien

mengontrol rasa cemas dan secara kognitif memperoleh penanganan nyeri dalam tingkat tertentu.

b) Distraksi

Distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian ke hal-hal lain diluar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri, menyanyi, berdoa, menceritakan gambar atau fotodengan kertas, mendengarkan musik dan bermain satu permainan dan terapi relaksasi nafas dalam.

c) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing dapat dilakukan bersamaan dengan tehnik relaksasi atau merupakan tindakan terpisah. Imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri (Suwondo, 2017)

d) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

e) Biofeedback

Merupakan metode elektronik yang mengukur respon fisiologi, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot, atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien. Kebanyakan alat biofeedback terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah unit empliter yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenal tanda tersebut sebagai respon stress dan menggantikannya dengan respon relaksasi.

f) Mengurangi persepsi nyeri

Salah satu cara sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah membuang atau mencegah stimulus nyeri. Hal ini penting untuk

klien yang imobilisasi atau tidak mampu merasakan sensasi ketidaknyamanan (Suwondo, 2017)

g) Stimulus kutaneus

Stimulus kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Stimulasi kutaneus akan merangsang serabut-serabut saraf perifer untuk mengirimkan implus melalui dorsal horn pada medulla spinalis, saat implus yang dibawa oleh serabut A-beta mendominasi maka mekanisme gerbang akan menutup sehingga implus nyeri tidak dihantarkan ke otak. Contoh dari tindakan stimulasi kutaneus adalah : massage, mandi air hangat/sauna, kompres air dingin atau panas, pijatan dengan menthol, atau TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

3) Pembedahan

Tindakan invasif dapat diindikasikan pada klien dengan nyeri kanker kronis atau dalam beberapa kasus nyeri benign kronis. Contoh pembedahan : cordotomy, neurectomy, sympathectomy, dan rhizotomy (Suwondo, 2017)

C. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout Arthritis gout adalah suatu penyakit dan potensi ketidakmampuan akibat radang sendi yang sudah dikenal sejak lama, gejalanya biasanya terdiri dari episodik berat dari nyeri inflamasi satu sendi. Gout adalah bentuk inflamasi arthritis kronis, bengkak dan nyeri yang paling sering di sendi besar jempol kaki. Namun, gout tidak terbatas pada jempol kaki, dapat juga mempengaruhi sendi lain termasuk kaki, pergelangan kaki, lutut, lengan, pergelangan tangan, siku dan kadang di jaringan lunak dan tendon. Biasanya hanya mempengaruhi satu sendi pada satu waktu, tapi bisa menjadi semakin parah dan dari waktu ke waktu dapat mempengaruhi beberapa sendi. Gout merupakan istilah yang dipakai untuk sekelompok gangguan metabolik yang ditandai oleh meningkatnya konsentrasi asam urat (hiperurisemia). Penyakit asam

urat atau gout merupakan penyakit akibat penimbunan kristal monosodium urat di dalam tubuh sehingga menyebabkan nyeri sendi disebut Gout arthritis (Widyanto, 2014).

Asam urat merupakan senyawa nitrogen yang dihasilkan dari proses katabolisme purin baik dari diet maupun dari asam nukleat endogen (asam deoksiribonukleat). Gout dapat bersifat primer, sekunder, maupun idiopatik. Gout primer merupakan akibat langsung pembentukan asam urat tubuh yang berlebihan atau akibat penurunan ekskresi asam urat. Gout sekunder disebabkan karena pembentukan asam urat yang berlebihan atau ekskresi asam urat yang berkurang akibat proses penyakit lain atau pemakaian obat-obatan tertentu sedangkan gout idiopatik adalah hiperurisemia yang tidak jelas penyebab primer, kelainan genetik, tidak ada kelainan fisiologis atau anatomi yang jelas

2. Etiologi

Penyebab *gout arthritis* masih belum diketahui, tetapi terdapat hipotesis yang dapat dijadikan sebagai petunjuk terjadinya arthritis reumatoid, yaitu :

a. Genetik

Terbukti bahwa seorang individu yang menderita arthritis reumatoid, memiliki riwayat keluarga arthritis reumatoid, 2-3 kali lebih banyak dari populasi normal.

b. Kompleks imun (autoimun)

Antibodi yang tidak biasa dg tipe IgM dan atau IgG terbentuk di sinosium dan jaringan konektif lainnya sehingga berakibat inflamasi lokal dan sistemik.

c. Pengaruh hormonal

Lebih banyak terjadi pada wanita dari pada laki-laki

d. Perkembangan virus

Setelah terjangkit virus, misalnya virus Epstein Barr yang menyebabkan terjadi autoimun.

Menurut Naga (2012), penyakit gout dibagi menjadi dua, yaitu gout primer dan gout sekunder.

- 1) Gout primer adalah gout yang disebabkan oleh faktor genetik. Kombinasi faktor genetik dan hormonal diduga menjadi penyebab terganggunya metabolisme. Akibatnya, produksi asam urat juga ikut meningkat. Gout jenis ini juga dapat diakibatkan karena berkurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh. Namun pada penyakit gout primer ini, 99% penyebabnya belum diketahui (idiopatik).
- 2) Gout sekunder biasanya timbul karena adanya komplikasi dengan penyakit lain (hipertensi). Obat diuretik yang diresepkan untuk hipertensi menyebabkan buang air kecil lebih sering dan mengurangi jumlah cairan dalam tubuh. Cairan yang tersisa dalam tubuh akan lebih padat sehingga menyebabkan peningkatan risiko terbentuknya kristal yang menyebabkan gout. Obat antihipertensi tertentu juga meningkatkan kadar serum asam urat sehingga dapat mengakibatkan gout. Penyebab lain gout sekunder antara lain karena meningkatnya produksi asam urat akibat nutrisi, yaitu mengonsumsi makanan dengan kadar purin tinggi. Faktor lingkungan juga dapat berperan dalam timbulnya penyakit ini. Seseorang yang tinggal di lingkungan yang sama dengan penderita penyakit tertentu lebih berisiko untuk menderita penyakit yang serupa karena adanya kesamaan dalam kebiasaan sehari-hari

3. Patofisiologi

Dalam keadaan normal, kadar asam urat di dalam darah pada pria dewasa kurang dari 7 mg/dl, dan pada wanita kurang dari 6 mg/dl. Apabila konsentrasi asam urat dalam serum lebih besar dari 7 mg/dl dapat menyebabkan penumpukan kristal monosodium urat. Serangan gout tampaknya berhubungan dengan peningkatan atau penurunan secara mendadak kadar asam urat dalam serum. Jika kristal asam urat mengendap dalam sendi, akan terjadi respon inflamasi dan diteruskan dengan terjadinya serangan gout. Dengan adanya serangan yang berulang-ulang, penumpukan kristal monosodium urat yang dinamakan tophi akan mengendap dibagian

perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan dan telinga. Akibat penumpukan *Nefrolitiasis* urat (batu ginjal) dengan disertai penyakit ginjal kronis (Widyanto, 2014).

Penurunan urat serum dapat mencetuskan pelepasan kristal monosodium urat dari depositnya dalam tofi (*crystals shedding*). Pada beberapa pasien gout atau dengan hiperurisemia asimtomatik kristal urat ditemukan pada sendi metatarsofalangeal dan patella yang sebelumnya tidak pernah mendapat serangan akut. Dengan demikian, gout ataupun pseudogout dapat timbul pada keadaan asimtomatik. Pada penelitian penulis didapat 21% pasien gout dengan asam urat normal. Terdapat peranan temperatur, pH, dan kelarutan urat untuk timbul serangan gout. Menurunnya kelarutan sodium urat pada temperatur lebih rendah pada sendi perifer seperti kaki dan tangan, dapat menjelaskan mengapa kristal monosodium urat diendapkan pada kedua tempat tersebut. Predileksi untuk pengendapan kristal monosodium urat pada metatarsofalangeal-1 (MTP-1) berhubungan juga dengan trauma ringan yang berulang-ulang pada daerah tersebut (Widyanto, 2014).

Aktivasi komplemen: Kristal urat dapat mengaktifkan sistem komplemen melalui jalur klasik dan jalur alternatif. Melalui jalur klasik, terjadi aktivasi komplemen C1 tanpa peran immunoglobulin. Pada keadaan monosodium urat tinggi, aktivasi sistem komplemen melalui jalur alternatif terjadi apabila jalur klasik terhambat. Aktivasi C1 melalui jalur klasik menyebabkan aktivasi kolikrein dan berlanjut dengan mengaktifkan *Hageman factor* (Faktor XII) yang penting dalam reaksi kaskade koagulasi. Ikatan partikel dengan C3 aktif (C3a) merupakan proses opsonisasi. Proses opsonisasi partikel mempunyai peranan penting agar partikel tersebut mudah untuk dikenal, yang kemudian difagositosis dan dihancurkan oleh neutrofil, monosit dan makrofag. Aktivasi komplemen C5 (C5a) menyebabkan peningkatan aktivitas proses kemotaksis sel neutrofil, vasodilatasi serta pengeluaran sitokin IL-1 dan TNF. Aktivitas C3a dan C5a menyebabkan pembentukan *membrane attack complex* (MAC). Membrane ini merupakan komponen akhir proses aktivasi komplemen yang berperan

dalam *ion channel* yang bersifat sitotoksik pada sel patogen maupun sel *host*. Hal ini membuktikan bahwa melalui jalur aktivasi cascade komplemen kristal urat menyebabkan proses peradangan melalui mediator IL-1 dan TNF serta sel radang neutrofil dan makrofag (Widyanto, 2014).

Aspek selular: Pada proses inflamasi, makrofag pada sinovium merupakan sel utama dalam proses peradangan yang dapat menghasilkan berbagai mediator kimiawi antara lain IL-1, TNF, IL-6 dan GM-CSF (*Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor*). Mediator ini menyebabkan kerusakan jaringan dan mengaktifkan berbagai sel radang. Kristal urat mengaktifkan sel radang dengan berbagai cara sehingga menimbulkan respon fungsional sel dan *gene expression*. Respon fungsional sel radang tersebut antara lain berupa degranulasi, aktivasi NADPH oksidasi *gene expression*. Sel radang melalui jalur *signal transduction pathway* dan berakhir dengan aktivasi *transcription factor* yang menyebabkan gen berekspresi dengan mengeluarkan berbagai sitokin dan mediator kimiawi lain. *signal transduction pathway* melalui 2 cara yaitu: dengan mengadakan ikatan dengan reseptor (*cross-link*) atau dengan langsung menyebabkan gangguan nonspesifik pada membran sel. Ikatan dengan reseptor pada sel membran akan bertambah kuat apabila kristal urat berikatan sebelumnya dengan opsonin, misalnya ikatan immunoglobulin (Fc dan IgG) atau dengan komplemen (C1q C3b). Kristal urat mengadakan ikatan *cross-link* dengan berbagai reseptor, seperti reseptor *adhesion molecule* (integrin), non-tyrosin kinase, reseptor Fc, komplemen dan sitokin serta aktivasi reseptor melalui tirosin kinase dan *second messenger* akan mengaktifkan *transcription factor* (Widyanto, 2014).

4. Manifestasi Klinis

Gejala awal terjadi beberapa sendi disebut poli *arthritis rheumatoid*. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, sendi lutut, sendi siku, pergelangan kaki, sendi bahu, serta sendi panggul dan biasanya bersifat bilateral / simetris. Tetapi kadang-kadang hanya terjadi pada satu sendi disebut *arthritis rheumatoid mono-artikular* (SDKI 2018)

a. Stadium awal

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

b. Stadium lanjut

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

5. Tanda Dan Gejala

Menurut Soekanto (2012), tanda dan gejala yang biasa dialami oleh penderita penyakit *arthritis gout* adalah:

- a. Kesemutan dan linu.
- b. Nyeri terutama pada malam atau pagi hari saat bangun tidur.
- c. Sendi yang terkena *arthritis gout* terlihat bengkak, kemerahan, panas, dan nyeri luar biasa.

Menurut Junaidi (2013), tanda dan gejala *arthritis gout* yaitu:

- a. Menyerang satu sendi dan berlangsung selama beberapa hari, gejalanya menghilang secara bertahap dimana sendi kembali berfungsi dan tidak muncul gejala hingga terjadi serangan berikutnya.
- b. Urutan sendi yang terkena serangan gout berulang adalah ibu jari kaki (padogra), sendi tarsal kaki, pergelangan kaki, sendi kaki belakang, pergelangan tangan, lutut, dan bursa elekanon pada siku.
- c. Nyeri hebat dan akan merasakan nyeri pada tengah malam menjelang pagi.
- d. Sendi yang terserang gout akan membengkak dan kulit biasanya akan berwarna merah atau kekuningan, serta terasa hangat dan nyeri saat digerakkan serta muncul benjolan pada sendi (tofus). Jika sudah agak lama (hari kelima), kulit di atasnya akan berwarna merah kusam dan terkelupas (deskuamasi). Gejala lainnya adalah muncul tofus di helix telinga/pinggir sendi/tendon. Menyentuh kulit di atas sendi

yang terserang gout bisa memicu rasa nyeri yang luar biasa. Rasa nyeri ini akan berlangsung selama beberapa hari hingga sekitar satu minggu, lalu menghilang.

- e. Gejala lain yaitu demam, menggigil, tidak enak badan, dan jantung berdenyut dengan cepat

6. Faktor Penyebab

a. Faktor genetik (keturunan)

Salah satu faktor risiko asam urat adalah faktor genetik atau keturunan.. Sekitar 18% penderita asam urat memiliki riwayat penyakit yang sama pada salah satu anggota keluarganya. Faktor keturunan merupakan faktor risiko yang dapat memperbesar jika dipicu oleh lingkungan (Noviyanti, 2015).

b. Asupan makanan

Asupan makanan dan asam urat berhubungan dengan kandungan purin yang ada dalam makanan yang kita konsumsi. Beberapa makanan mengandung zat purin yang rendah dan beberapa jenis yang lain memiliki zat purin tinggi. Pola makan yang tidak sehat secara signifikan dapat mempengaruhi risiko terserang asam urat. Makanan yang mengandung purin tinggi menyebabkan penyakit asam urat karena akan terjadi over produksi asam urat yang dipecah dari purin (Noviyanti, 2015).

c. Alkohol

Di kalangan masyarakat, mengkonsumsi alkohol sudah menjadi hal yang biasa. Alkohol akan memicu enzim tertentu dalam liver yang memecah protein dan menghasilkan lebih banyak asam urat. Alkohol juga dapat meningkatkan asam laktat plasma. Dimana asam laktat ini akan menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh. Gangguan pengeluaran asam urat dari tubuh membuat zat tersebut akan menumpuk (Noviyanti, 2015).

d. Kegemukan (Obesitas)

Kelebihan berat badan (*overweight*) sering kali dikaitkan dengan kegemukan (obesitas), padahal keduanya merupakan hal yang

berbeda. Kelebihan berat badan dapat mejadi masalah yang cukup serius ketika menimbulkan berbagai penyakit misalnya diabetes mellitus, tekanan darah tinggi, kolesterol yang tinggi, stroke, gangguan ginjal, penyakit jantung koroner dan masih banyak lagi (Cahyono, 2008). Obesitas menjadi salah satu faktor risiko penyakit asam urat. Sebagian dari penderita asam urat adalah orang yang kegemukan. Sebuah hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang mengalami obesitas mempunyai kecenderungan lebih tinggi terkena penyakit asam urat. Meskipun tidak selalu, tetapi banyak penelitian menunjukkan bahwa orang yang kelebihan berat badan pada umumnya mengkonsumsi protein yang berlebihan.

e. Minuman ringan (*Softdrink*)

Sebuah penelitian baru menyebutkan, mengkonsumsi minuman ringan, khususnya yang manis dapat memperburuk keadaan asam urat dalam darah. Orang yang mengonsumsi segelas softdrink setiap hari akan berisiko 45% (Noviyanti, 2015).

b. Obat-obatan tertentu

Pengendalian kadar asam urat ada dua yaitu penurunan kadar asam urat dengan mempercepat atau meningkatkan pengeluaran asam urat lewat kemih dan penurunan kadar asam urat dengan menekan produksinya. Ada tiga jenis obat yang digunakan untuk pengendalian kadar asam urat. (Noviyanti, 2015).

g. Usia

Perubahan terbesar yang terjadi pada usia lanjut adalah kehilangan massa tubuhnya, termasuk tulang, otot, dan massa organ tubuh, sedangkan massa lemak meningkat. Peningkatan massa lemak dapat memicu resiko penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit degeneratif lainnya termasuk asam urat (Fajarina, 2011).

h. Jenis kelamin

Umumnya yang sering terserang asam urat adalah laki-laki, karena secara alami laki-laki memiliki kadar asam urat di dalam darah yang lebih tinggi daripada perempuan (Bangun, 2008). Selain karena

perbedaan kadar asam urat, alasan kenapa serangan penyakit asam urat lebih jarang pada wanita adalah adanya hormone estrogen yang ikut membantu pembuangan asam urat lewat urine (Noviyanti, 2015).

i. Tekanan darah

Hiperurisemia sering didapatkan pada pasien hipertensi. Di mana hipertensi akan berakhir dalam penyakit mikrovaskuler dengan hasil akhirnya berupa iskemi jaringan yang akan meningkatkan sintesis asam urat melalui degradasi ATP menjadi adenin dan xantin.

j. Aktivitas fisik

Tuntutan pekerjaan menyebabkan berbagai aspek fisik dan psikososial seperti berkurangnya aktivitas fisik karena jam kerja yang panjang.

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Laju endap darah (LED) dan *C-Reactive Protein* (CRP) menunjukkan adanya proses inflamasi, akan tetapi memiliki spesifisitas yang rendah untuk RA. Tes ini berguna untuk memonitor aktivitas penyakit dan responnya terhadap pengobatan (NHMRC, 2009).
- b. Tes RF (*Rheumatoid Factor*). Tes ini tidak konklusif dan mungkin mengindikasikan penyakit peradangan kronis yang lain (positif palsu). Pada beberapa kasus RA, tidak terdeteksi adanya RF (negatif palsu). RhF ini terdeteksi positif pada sekitar 60-70% pasien RA. Level RF jika dikombinasikan dengan level antibodi anti-CCP dapat menunjukkan tingkat keparahan penyakit (NHMRC, 2009).
- c. Tes antibodi anti-CCP (*Cyclic Citrullinated Peptide*) adalah tes untuk mendiagnosis *rheumatoid arthritis* secara dini. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa tes tersebut memiliki sensitivitas yang mirip dengan tes RF, akan tetapi spesifisitasnya jauh lebih tinggi dan merupakan prediktor yang kuat terhadap perkembangan penyakit yang erosif (NHMRC, 2009).
- d. Analisis cairan sinovial. Peradangan yang mengarah pada *gout arthritis* ditandai dengan cairan sinovial abnormal dalam hal kualitas dan jumlahnya yang meningkat drastis. Sampel cairan ini biasanya diambil

dari sendi (lutut), untuk kemudian diperiksa dan dianalisis tanda-tanda peradangannya (Shiel, 2011).

- e. X-ray tangan dan kaki dapat menjadi kunci untuk mengidentifikasi adanya erosi dan memprediksi perkembangan penyakit dan untuk membedakan dengan jenis artritis yang lain, seperti osteoartritis (Shiel, 2011).

8. Penatalaksanaan

Menurut Price dan Wilson, 2006, untuk membuat diagnosis yang akurat dapat memakan waktu lama, tetapi pengobatan dapat dimulai dini. Tujuan utama dari program pengobatan adalah sebagai berikut :

- a) Untuk menghilangkan nyeri dan peradangan
- b) Untuk mempertahankan fungsi sendi dan kemampuan maksimal dari pasien
- c) Untuk mencegah dan memperbaiki deformitas yang terjadi pada sendi.

Ada sejumlah cara penatalaksanaan yang sengaja dirancang untuk mencapai tujuan-tujuan ini : pendidikan, istirahat, latihan fisik dan termoterapi, gizi, dan obat-obatan.

1) Pendidikan

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

2) Istirahat

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

c. Latihan fisik dan termoterapi

Latihan-latihan spesifik dapat bermanfaat dalam mempertahankan fungsi sendi. Latihan ini mencakup gerakan aktif dan pasif pada semua sendi yang sakit, sedikitnya dua kali sehari.

Kompres hangat pada sendi-sendi yang sakit dan bengkak dapat mengurangi nyeri. Latihan dan terapi panas ini paling baik diatur oleh pekerja kesehatan yang sudah mendapatkan latihan khusus, seperti fisioterapis dan terapis kerja. Latihan berlebihan dapat merusak struktur penunjang sendi yang memang sudah lemah oleh adanya penyakit.

Alat-alat pembantu dan adaptif mungkin diperlukan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.

d. Gizi

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

e. Terapi pengobatan

Terapi pengobatan adalah bagian yang penting dari seluruh program penatalaksanaan penyakit ini. Obat-obatan dipakai untuk mengurangi nyeri, meredakan peradangan, dan mencoba mengubah perjalanan penyakit.

Menurut Aspiani (2014), OAINS (*Obat Anti Inflamasi Non Steroid*) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai. OAINS yang diberikan:

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

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik keluarga, serta data sekunder yang mendukung lainnya. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/

model *Family Center Nursing* Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

Berisi tentang nama kepala keluarga, umur (KK), pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan alamat (KK).

2) Komposisi anggota keluarga

Berisi tentang nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan dan keterangan (Achjar, 2010).

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar, terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2011).

4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley (2001) membagi tipe keluarga berdasarkan :

1) Keluarga tradisional

- a) Keluarga inti (*nucler family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri anak kandung maupun anak angkat.
- b) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman, bibi.
- c) Keluarga Dyad, yaitu keluarga terdiri dari suami istri yang tanpa anak.
- d) Single parent, yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orangtua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan oleh perceraian maupun kematian.
- e) Single adult, yaitu rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.

f) Keluarga usia lanjut, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah berusia lanjut.

2) Keluarga non tradisional

a) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.

b) Orangtua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

5) Suku bangsa

Berisi tentang suku bangsa yang meliputi: asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga dan kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

Meliputi agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

7) Status sosial ekonomi keluarga

Meliputi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan dan barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi).

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Menggambarkan tentang kebiasaan rekreasi yang dilakukan oleh keluarga.

b. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

1) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga inti (ditentukan dengan anak tertua), tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan riwayat keluarga inti yang berisi: riwayat terbentuknya keluarga inti, penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga).

- 2) Riwayat keluarga sebelumnya
Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga. riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.
- c. Data lingkungan
 - 1) Karakteristik rumah
Ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/ WC dan denah rumah.
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
Mengkaji apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, aturan dan kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.
 - 3) Mobilitas geografis keluarga
Mengkaji tentang apakah keluarga sering pindah rumah dan dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi keluarga dengan masyarakat
Mengkaji tentang perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.
 - 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010).
- d. Struktur keluarga
Menurut Setiadi (2018), struktur keluarga adalah sebagai berikut:
 - 1) Pola komunikasi keluarga
Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung

dalam keluarga, dan apakah hal-hal/ masalah dalam keluarga didiskusikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya adalah: siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, dierahkan pada masing-masing individu), siapakah pengambilan keputusan tersebut.

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalankan.

4) Nilai dan norma keluarga

Berisi nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

e. Fungsi keluarga

Menurut Achjar (2010), fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga dan saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

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

3) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (preventif/promosi). Bila ditemukan data maladaptif lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga/5 KMK), yaitu KMK mengenal masalah, KMK mengambil keputusan, KMK merawat keluarga yang sakit, KMK

memelihara kesehatan atau memodifikasi lingkungan, KMK memanfaatkan fasilitas kesehatan.

4) Fungsi ekonomi

Menurut (Friedman E, 2014) fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup-finansial, ruang, dan material-serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Fungsi ekonomi berupa data yang relevan mengenai sumber ekonomi keluarga seperti alokasi sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan keluarga: sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

5) Fungsi psikososial

Teori Erik Erikson bahwa psikososial adalah penggambaran hubungan antara hubungan sosial dengan kesehatan mental/emosional yang melibatkan aspek sosial dan psikologis. Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman sosial sepanjang hidupnya sehingga disebut sebagai perkembangan psikososial.

f. Stress dan koping keluarga

Menurut Setiadi (2008), stres dan koping keluarga adalah sebagai berikut: Stresor jangka panjang (memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan) dan stresor jangka pendek (memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan) serta kekuatan keluarga, respon keluarga terhadap stress, strategi koping yang digunakan, dan strategi adaptasi yang disfungsional: adalah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

g. Pemeriksaan fisik

Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Aspek pemeriksaan fisik mulai kesadaran, vital sign, kulit, rambut kepala, mata, mulut, telinga, dada (IPPA), kardiovaskuler (IPPA), abdomen (IPPA), ekstremitas, sistem genitalia serta kesimpulan pada hasil pemeriksaan fisik (Smeltzer & Bare, 2002).

h. Harapan keluarga

Harapan terhadap masalah kesehatan keluarga dan terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisa untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks. Setelah data dianalisa 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 (SDKI, 2018).

3. Prioritas Masalah

Prioritas masalah dilakukan dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya), scoring dilakukan untuk menentukan skor pada setiap kriteria. Cara melakukan scoring adalah skor yang dipilih dibagi dengan nilai tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Kriteria dibagi menjadi: sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dapat dicegah, dan menonjolnya masalah dengan masing-masing skala yang telah ditetapkan. Cara perhitungan dapat ditunjukkan dengan rumus sebagai berikut.

$$\frac{\text{Nilai yang dipilih} \times \text{Bobot}}{\text{Nilai tertinggi}}$$

Kriteria yang mempengaruhi prioritas masalah yaitu:

a. Sifat masalah

Bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah. Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik,

keuangan dan tenaga. Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu. Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat, dan sokongan masyarakat.

c. Potensial masalah dapat dicegah

Kepelikan dari masalah (yang berhubungan dengan penyakit atau masalah), lamanya masalah (yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada), tindakan yang dijalankan (tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah), adanya kelompok “*high risk*” (kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah).

d. Menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

Tabel 2.1

Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

Kriteria	Bobot	Score
Sifat masalah	1	Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk diubah	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Sedang = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti

a. Diagnosis sehat/wellness

Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif.

b. Diagnosis ancaman (resiko)

Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya masalah.

c. Diagnosis nyata/gangguan

Digunakan jika sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari *problem* (P), *etiologi* (E), dan *symptom* (S). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Meliputi sejauh manakeluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

3) Ketidakmampuan 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.

4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan

Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan,

pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar Henny Ayu,2012).

Diagnosis keperawatan yang dapat ditemukan pada penderita *gout arthritis* adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan sendi, agen cedera biologis.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian, kaku sendi.
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, peradangan sendi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan *thop*.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada pembengkakan.
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit *gout arthritis*.

Sumber SDKI 2018

5. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskannya untuk mengatasi stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan yaitu: primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, sekunder untuk memperkuat pertahanan sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Aderson&Mc Farlane,2014). Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dan tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable/ dapat diukur*, A= *achievable/dapat dicapai*, R= *reality*, T= *time limited/ punya limit waktu*) (Achjar, 2010).

Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *rheumatoid arthritis* dibawah ini disusun berdasarkan diagnosis keperawatan dalam SIKI (2018) serta tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan disusun berdasarkan Achjar (2010) yang telah dimodifikasi dalam bentuk tabel:

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan Menurut SDKI 2018

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengambil keputusan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam selama 1 hari maka nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: - Skala nyeri normal - Nyeri sedang hingga hilang	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi - Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping dari penggunaan analgetik Traupetik - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
2	Gangguan kebutuhan aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Setelah dilakukan keperawatan 1x24 jam selama 1 hari diharapkan masalah resiko hambatan fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Mampu melakukan aktifitas mandiri - Tidak ada kelemahan - Nyeri sendi berkurang atau hilang	Terapi aktivitas (I.05186) Observasi: - Identifikasi deficit tingkat aktivitas - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu - Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan - Identifikasi strategi untuk meningkatkan partisipasi dalam aktivitas - Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang - Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktifitas Traupetik - Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentan aktivitas - Koordinasi pemilihan aktivitas sesuai dengan usia - Fasilitasi makna aktifitas yang dipilih

			- Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy dan gerak - Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan jika sesuai - Ajarkan aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot - Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu - Anjurkan pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan Edukasi - Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu - Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih - Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai - Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas. Kolaborasi - Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai - Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas jika perlu
3.	Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko cedera tidak ada dengan kriteria hasil:	D.0136 - sediakan lingkungan yang aman untuk pasien - identifikasi kebutuhan keamanan anggota keluarga yang sakit sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif - menghindari lingkungan berbahaya - menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih - mengontrol lingkungan dari kebisingan - beri penjelasan kepada

			pasien dan keluarga adanya perubahan status kesehatan
--	--	--	---

6. Implementasi

Merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga, seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar Henny Ayu, 2012). Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini (Zaidin Ali, 2010):

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

7. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1998). Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana dan dapat mengatasi masalah keluarga.

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
- O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap pasien, misalnya: nyeri klien derajat 4.
- A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan (Achjar Henny Ayu, 2012).