

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Nyeri

1. Definisi kebutuhan nyeri

Nyeri merupakan perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarok & Chayatin, 2008). Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. Nyeri merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit (Potter & Perry, 2006). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan (Brunner & Suddarth, 2002).

2. Fisiologis

Proses fisiologis terkait dengan nyeri disebut dengan nosisepsi. Nosisepsi merupakan system saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan dan membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri, dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambat sensasi nyeri disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu, atau kimiawi. Proses nosisepsi terdiri atas empat fase, yakni:

a. Transduksi

Pada fase transduksi, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (mis., bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan

mediator biokimia (mis., prostaglandin, bradikinin, histamine, substansi) yang mensensitisasi nosiseptor.

b. Transmisi

Fase transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis. Dua jenis serabut nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C, yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus melalui jaras spinotalamik (spinothalamic tract [STT]). STT merupakan suatu sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke thalamus. Selanjutnya, pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonomi dan limbik.

c. Persepsi.

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d. Modulasi.

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medulla spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medulla spinalis (Mubarok & Chayatin, 2008).

3. Jenis Nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

a. Nyeri perifer.

Nyeri ini ada tiga macam: (1) nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa; (2) nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, dan toraks; (3) nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral.

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis batang otak, dan thalamus.

c. Nyeri psikogenik.

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri. Seringkali nyeri ini muncul karena faktor psikologis, bukan fisiologis (Mubarok & Chayatin, 2008).

4. Bentuk nyeri

Secara umum, bentuk nyeri terbagi atas nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri akut.

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan. Awitan gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b. Nyeri kronis.

Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukkan lokasinya. Dampak dari nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akibatnya, mereka menjadi kurang perhatian, sering merasa putus asa, dan terisolir dari kerabat dan keluarga. Nyeri kronis biasanya hilang timbul dalam periode waktu

tertentu. Ada kalanya penderita terbebas dari rasa nyeri (Mubarok & Chayatin, 2008).

5. Faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Etnik dan nilai budaya

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

b. Usia

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Disisi lain prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

c. Lingkungan dan individu pendukung

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

d. Pengalaman nyeri sebelumnya.

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah

mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa teranca dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

e. Ansietas dan stress.

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaan yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Mubarak & Chayatin, 2008).

6. Penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non farmakologis

a. Farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik, yakni:

- 1) non-markotik dan obat antinflamasi periferoid (NSAID),
- 2) analgesik opioid atau opiat, dan
- 3) obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan arthritis reumatoid prosedur pengobatan gigi dan prosedur bedah minor, episintom, dan masalah pada punggung bagian bawah.

Terapi pada nyeri pascaoperasi ringan sampai sedang harus dimulai dengan menggunakan NSAID, Kecuali kontraindikasi. Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Tidak seperti opiat, NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernapasan juga tidak mengganggu fungsi berkemih atau defekasi Potter & Perry (2006) dikutip dalam AHCP (1992).

Analgesik opiat atau narkotik umumnya diresepkan untuk nyeri yang sedang sampai berat, seperti nyeri pascaoperasi dan nyeri maligna. Ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek yang mendepresi dan menstimulasi. Adjuvan, seperti sedatif, anticemas, dan relaksan otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri, seperti depresi dan mual. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai analgesik. Sedatif seringkali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusan, dan kewaspadaan mental. Penyalahgunaan sedatif dan agens anticemas merupakan masalah kesehatan yang serius yang menyebabkan gangguan perilaku (Potter & Perry, 2006).

b. Non-Farmakologis

1) Distraksi Napas Dalam

Sistem aktivasi retikular menghambat stimulus yang menyakitkan jika seseorang menerima masukan sensor yang cukup ataupun berlebihan. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin. Individu yang merasa bosan atau diisolasi hanya memikirkan nyeri yang dirasakan sehingga ia mempersepsikan nyeri tersebut dengan lebih akut. Distraksi mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain dan dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

2) Bimbingan Antisipasi

Memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri menghilangkan nyeri dan menambah efek tindakan untuk menghilangkan nyeri yang lain. Cemas yang sedang akan bermanfaat jika klien mengantisipasi pengalaman nyeri. Klien harus diberi penjelasan terinci tentang semua prosedur medis dan rasa nyaman pascaoperasi yang akan dialami sehingga klien dapat mempelajari apa yang dirasakan selama prosedur atau peristiwa yang menyakitkan. Pengetahuan tentang nyeri membantu klien

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

3) Hipnosis-Diri.

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif, Suatu pendekatan kesehatan holistik, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka (Edelman dan Mandel, 1994). Hipnosis-diri sama seperti dengan melamun. Konsentrasi yang intensif mengurangi ketakutan dan stres karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran.

4) Mengurangi Persepsi Nyeri.

Salah satu cara sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah membuang atau mencegah stimulus nyeri. Hal ini terutama penting bagi klien yang imobilisasi atau tidak mampu merasakan sensasi ketidaknyamanan. Nyeri juga dapat dicegah dengan mengantisipasi kejadian yang menyakitkan

5) Stimulasi Kutaneus.

Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Masase, mandi air hangat, kompres menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2006).

7. Respon terhadap nyeri

a. Fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi "fight-atau-fight", yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons

fisiologis, Apabila nyeri berlangsung terus-menerus, berat, atau dalam, dan secara tipikal melibatkan organ-organ viseral (seperti nyeri pada infark mickard, kolik akibat landung empedu atau batu ginjal), sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respons fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri traumatik yang berat, yang menyebabkan individu mengalami syok kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian, klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik.

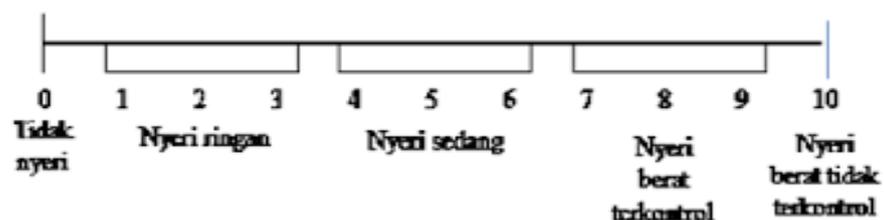
b. Perilaku

Sensusi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Individu bereaksi terhadap nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri meliputi menggeretakkan gigi, memegang bagian tubuh yang terasa nyeri, postur tubuh membengkok, dan ekspresi wajah yang menyeringai (Potter & Perry, 2006).

8. Pengukuran Intensitas Nyeri

a. Skala nyeri menurut Hayward

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

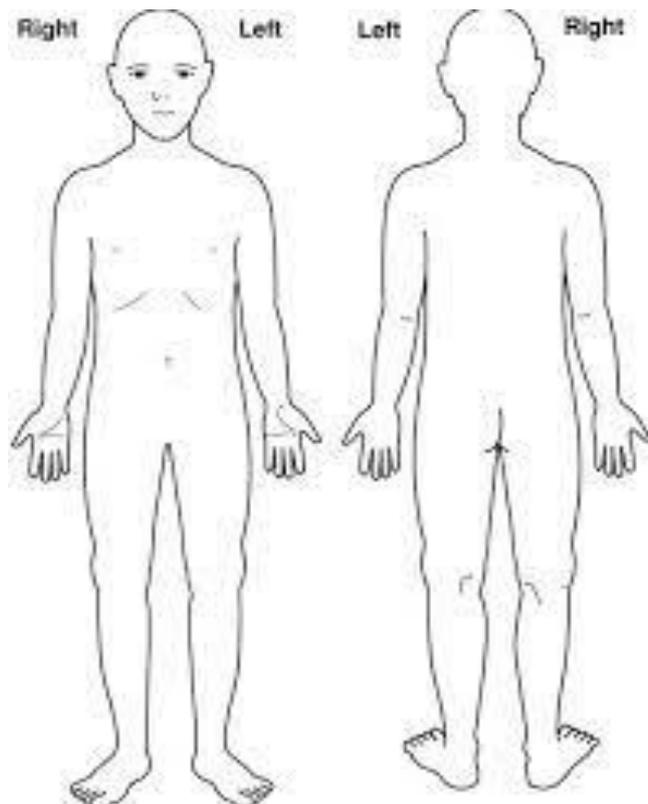


Sumber: Haswita, (2017)

Gambar 1
Skala Nyeri Hayward

b. Pain diagram

Diagram ini dapat digunakan untuk membantu menentukan letak posisi nyeri, serta tipe nyeri yang dirasakan. Diagram dilengkapi dengan gambar tubuh manusia serta instruksi mengenai tipe nyeri yang dirasakan, 000 seperti ditusuk jarum, - seperti diestrum, xxx nyeri tajam, TTT-nyeri berdenyut, AAA nyeri tumpul.



Sumber: Asmadi, (2008).

Gambar 2
Pain Diagram

9. Dampak nyeri

- a. Gangguan nyaman nyeri
- b. Gangguan pola tidur
- c. Penurunan aktivitas
- d. Depresi
- e. Isolasi sosial

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. Pengkajian

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni (a) riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan (b) observasi langsung pada respon perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarok & Chayatin, 2008).

Tabel 1
Pengkajian Nyeri PQRST

P	Provoking atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulny nyeri
Q	Quality atau kualitas nyeri (mis., tumpul, tajam)
R	Region atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	Sseverity atau keganasan, yaitu intensitas
T	Time atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

Sumber: Mubarok & Chayatin, 2008.

b. Riwayat nyeri

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

1) Lokasi

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

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

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

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

5) Faktor presipitasi

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

6) Gejala yang menyertai

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

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

perspektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak lelah, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarok & Chayatin, 2008).

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Banyak respon verbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satu yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membukanya lebar-lebar, menggigit bibir bawah, dan seringai wajah dapat mengindikasikan nyeri. Selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis., erangan, menangis, berteriak), immobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (mis., menendang-nendang, membolak-balikkan tubuh di atas kasur), dll. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi, bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal awitan nyeri akut, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi, dan pernafasan, diaforesis, serta dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi, jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karenanya, penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis sebab bisa jadi respon

tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri (Mubarok & Chayatin, 2008).

d. Penetapan diagnosis

Menurut NANDA (2003), diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami nyeri atau ketidaknyamanan adalah:

- 1) Nyeri akut
- 2) Nyeri kronis

Saat menuliskan pernyataan diagnostik, perawat harus menyebutkan lokasinya (mis., nyeri pada pergelangan kaki kanan). Lebih lanjut, karena nyeri dapat memengaruhi banyak aspek pada fungsi individu, kondisi tersebut dapat pula menjadi etiologi untuk diagnosis keperawatan lain, seperti *Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas*, *Ansietas*, *Ketidakefektifan Koping*, dll.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) diagnosa yang akan muncul pada klien dengan gangguan kebutuhan kenyamanan dan nyeri pada klien hemoroid adalah:

- 1) Gangguan rasa nyaman
- 2) Nyeri akut
- 3) Nyeri kronis

Sesuai dengan judul yang penulis ambil untuk laporan tugas akhir ini, diagnosa keperawatan yang akan dilakukan untuk intervensi sesuai dengan keadaan klien yaitu penulis berfokus pada diagnosis nyeri akut pada kebutuhan nyeri.

e. Penetapan intervensi

Sesuai dengan fokus diagnosa yang diambil, penulis akan melakukan intervensi yang berfokus pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dengan permasalahan nyeri akut, yaitu:

Tabel 2
Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan

Diagnosa	Intervensi
Nyeri akut	Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	---

Sumber: PPNI, 2018.

f. Implementasi

Penulis melakukan implementasi berdasarkan pada intervensi yang sudah dibuat pada laporan tugas akhir dengan permasalahan nyeri akut, yaitu:

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal
- 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan
- 4) Mengidentifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri
- 5) Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 6) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 7) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing,
- 8) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

- 9) Memfasilitasi asilitasi istirahat dan tidur
- 10) Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan
- 11) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 12) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 13) Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 14) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

g. Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan dengan membandingkan hasil yang didapatkan dalam melakukan proses asuhan keperawatan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang telah ditetapkan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Hemoroid

Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus hemorrhoidalis. Di bawah atau di luar linea dentate pelebaran vena yang berada di bawah kulit (subkutan) disebut hemoroid eksterna. Sedangkan di atas atau di dalam linea dentate, pelebaran vena yang berada di bawah mukosa (submukosa) disebut hemoroid interna. Biasanya struktur anatomis anal canal masih normal (Kurniasih, 2006).

2. Etiologi Hemoroid

Penyebab dari hemoroid dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Peningkatan tekanan intra-abdomen. Mis: kegemukan, kehamilan konstipasi.
- b. Komplikasi dari penyakit cirrhosis hepatis.
- c. Terlalu banyak duduk
- d. Tumor abdomen/pelvis
- e. Mengejan saat BAB
- f. Hipertensi portal

3. Klasifikasi Hemoroid

Ada dua jenis hemoroid:

a. Hemoroid eksternal

Pembesaran vena rektalis inferior yang terletak di bawah linea dentate dan ditutup epitel gepeng, anoderm serta kulit peranal.

Ciri-ciri :

- 1) Nyeri sekali akibat peradangan.
- 2) Edema akibat thrombosis.
- 3) Nyeri yang semakin bertambah.

b. Hemoroid internal

Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan media yang timbul di atas lenia dentate dan dilapisi oleh mukosa.

Hemoroid internal dibagi menjadi empat derajat:

1) Derajat I

Dilatasi pleksus hemoroid superior yang tidak mengalami prolaps dan hanya terdapat luka kecil yang masuk pada anak kanal.

2) Derajat II

Pada waktu gerak, benjolan keluar (prolaps) dan waktu selesai berak, masuk sendiri tanpa didorong dengan jari/secara spontan.

3) Derajat III

Benjolan yang keluar waktu berak tidak dapat masuk sendiri tanpa didorong dengan jari /secara manual.

4) Derajat IV

Benjolan mengalami inkarserasi dan tidak dapat didorong masuk ke anus (Diyono, 2013).

4. Patofisiologi Hemoroid

Prolaps dapat disebabkan oleh spasme pada sfingter internal sebagai akibat dari peningkatan tekanan yang mendorong benjolan melalui sfingter internal dan dalam waktu saat benjolan terdorong keluar.

Komplikasi yang berhubungan dengan hemoroid internal meliputi perdarahan, prolapsus, dan trombus. Hemoroid yang tersusun dari jaringan vaskular spor, menimbulkan perdarahan. Darah tersebut tampak pada WC

duduk dan tisu toilet atau permukaan tempat duduk. Kekurangan zat besi sebagai akibat dari anemia dapat berkembang jika darah berkurang dalam periode waktu lama.

Trombosis dalam hemoroid eksternal sebagai akibat pembekuan darah dalam vena hemoroid. Trombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat, mengejan. Klien yang nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila klien duduk saat defekasi. Itu biasanya tidak tampak dalam waktu seminggu Trombosis pada hemoroid eksternal selalu diikuti oleh prolaps trombosis hemoroid internal. Jika pembekuan darah pada permukaan kulit maka dapat menimbulkan ulserasi Diyono 2013 dikutip dalam Sylvia Anderson, 1995.

5. Manifestasi klinis Hemoroid

- a. Gangguan pada anus: nyeri, konstipasi, perdarahan.
- b. Benjolan pada anus yang menetap pada hemoroid eksternal sedangkan pada hemoroid internal benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai dengan gradasinya.
- c. Dapat terjadi anemia bila hemoroid mengalami perdarahan kronis.
- d. Perdarahan per anus waktu gerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengucur tanpa rasa nyeri.
- e. Bila terdapat bekuan darah pada saat gerak maka menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri (Diyono, 2013).

6. Pemeriksaan penunjang Hemoroid

- a. Inspeksi
Kemungkinan tidak ditemukan apa-apa, mungkin terlihat benjolan hemoroid internal/eksternal yang prolaps.
- b. Pemeriksaan rektal secara langsung
Mengetahui adalah bunyi pada sfingter internal dan biasanya pada laki-laki muda terdapat bunyi yang cepat.
- c. Colok dubur
Tidak diketemukan benjolan kecuali sudah terjadi trombus, pemeriksaan ini harus dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan/penyakit lain.

d. *Anoscopy*

Pemeriksaan untuk mengetahui adakah terjadi pergeseran pada organ dalam dibagian bawah yang menyebabkan hemoroid.

e. *Sigmordscopy dan barium enema*

Pemeriksaan pada usus/kolon sigmoid untuk mengetahui adakah kanker atau inflamasi. Pemeriksaan ini penting terutama pada klien umur 40 tahun.

f. *Proktoscopy*

Pemeriksaan untuk melihat lokasi hemoroid internal yang ada pada tiga tempat utama (Diyono, 2013).

7. Komplikasi Hemoroid

- a. Perdarahan. Bila deras dan banyak/akut dapat menjadi syok hipovolemik, sedangkan perdarahan kronis dapat menyebabkan anemia.
- b. Inkarserasi dapat berkembang yang kemudian mengalami iritasi dan infeksi sehingga dapat terjadi sepsis (Diyono, 2013).

8. Penatalaksanaan Hemoroid

a. Hemoroid eksternal

Pada hemoroid ini bila sudah mengalami trombus dapat dilakukan hemoroidektomi.

b. Hemoroid internal

1) Derajat I

Konservatif dengan diet berserat dan laxantia ringan.

2) Derajat II

Konservatif.

3) Derajat III

Operatif/hemoroidektomi

a) Soliter : cara *langenbeck*

b) Jam 3, 7, 11 : cara *miligan morgan*

c) Sirkuler : cara *whileheat*

4) Derajat IV

Operatif, cara *whileheat*.

- c. Pengobatan konservatif
 - 1) Laxantia.
 - 2) Bedres dilakukan bila nyeri mengganggu aktivitas.
 - 3) Hindari konstipasi dengan diet tinggi serat, minum banyak, makan buah-buahan.
 - 4) Rendaman duduk.
 - a) Rendaman dilakukan setelah mandi dengan air hangat kurang lebih 15-20 menit.
 - b) Rendaman sebaiknya dilakukan setelah BAB
 - c) Tujuan mengurangi nyeri, merangsang sirkulasi darah, reabsorpsi edema, desinfektan, membersihkan luka.
 - 5) Operatif
 - a) *Rugger band ligation*: dengan bantuan alat unns copy.
 - b) *Cryosurgical hemoroidektomi* jarang dilakukan kalau penyembuhan luka lama.
 - c) Lasetherapi dilakukan pada hemoroid eksternal.
 - d) Sifat cepat dan tidak nyeri (Diyono, 2013).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Definisi keluarga

Keluarga merupakan subsistem komunitas sebagai sistem sosial yang bersifat unik dan dinamis. Oleh karena itu perawat komunitas perlu memberikan intervensi pada keluarga untuk membantu keluarga dalam mencapai derajat kesehatan yang diinginkan, dengan mengambil langkah peningkatan pemberdayaan peran keluarga. Allender & Spradley, (1997) memberikan alasan mengapa keluarga menjadi penting, karena keluarga sebagai sistem, membutuhkan pelayanan kesehatan seperti halnya individu agar dapat melakukan tugas sesuai perkembangannya. Tingkat kesehatan individu berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga, begitu juga sebaliknya dan tingkat fungsional keluarga sebagai unit terkecil dari

komunitas dapat mempengaruhi derajat kesehatan sistem di atasnya (Achjar, 2010).

b. Tahap dan tugas perkembangan keluarga

Perawatan keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari suatu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1998) dalam buku Achjar 2010, mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan pada tahap II, yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang

sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- 4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- 6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.
- 8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia
Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling member perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu (Achjar, 2010).

c. Tugas kesehatan keluarga

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat kpearahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga

menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negative dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Achjar, 2010).

2. Asuhan keperawatan keluarga

a. Pengkajian

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

1) Data umum

a) Identitas kepala keluarga

- (1) Nama kepala keluarga (KK) :
- (2) Umur (KK) :
- (3) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :

- (4) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
- (5) Alamat dan nomor telpon :
- b) Komposisi anggota keluarga :

Tabel 3
Komposisi Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

- c) Genogram :

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

- Laki-laki :
- Perempuan :
- Meninggal dunia :
- Tinggal serumah :
- Pasien yang diidentifikasi :
- Kawin :
- Cerai :
- Anak adopsi :
- Anak kembar :
- Aborsi/keguguran :

- d) Tipe keluarga

- e) Suku bangsa :

- (1) Asal suku bangsa keluarga
- (2) Bahasa yang dipakai keluarga
- (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat memengaruhi kesehatan.

- f) Agama :
 - (1) Agama yang dianut keluarga
 - (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- g) Status social ekonomi keluarga :
 - (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - (2) Jenis pengeluaran keluarga setiap bulan
 - (3) Tebungan khusus kesehatan
 - (4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- h) Aktivitas rekreasi keluarga

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
- b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- c) Riwayat keluarga inti
 - (1) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - (2) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menurun atau penyakit menular di keluarga)
- d) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - (1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - (2) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

3) Lingkungan

- a) Karakteristik rumah:
 - (1) Ukuran rumah (luas rumah)
 - (2) Kondisi dalam dan luar rumah
 - (3) Kebersihan rumah
 - (4) Ventilasi rumah
 - (5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - (6) Air bersih
 - (7) Pengelolaan sampah

- (8) Kepemilikan rumah
- (9) Kamar mandi/wc
- (10) Denah rumah
- b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal :
 - (1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - (2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - (3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
- c) Mobilitas geografis keluarga
 - (1) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - (1) Perkumpulan/organisasi social yang diikuti oleh anggota keluarga
 - (2) Digambarkan dalam ecomap
- e) Sistem pendukung keluarga
- f) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

4) Struktur keluarga

- a) Pola komunikasi keluarga
 - (1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - (2) Cara keluarga memecahkan masalah
- b) Struktur kekuatan keluarga
 - (1) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
 - (2) Power yang digunakan keluarga
- c) Struktur peran (formal dan informal)
 - (1) Peran seluruh anggota keluarga
- d) Nilai dan norma keluarga

5) Fungsi keluarga

- a) Fungsi afektif
 - (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
 - (2) Perasaan saling memiliki
 - (3) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - (4) Saling menghargai, kehangatan
- b) Fungsi sosialisasi
 - (1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - (2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga
- c) Fungsi perawatan kesehatan
 - (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi).
 - (2) Bila ditemui data maladaptive, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

6) Stress dan koping keluarga

- a) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta kekuatan keluarga
- b) Respon keluarga terhadap stress
- c) Strategi koping yang digunakan keluarga
- d) Strategi adaptasi yang disfungsional
- e) Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive

7) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- a) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

- c) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia.
- d) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik

8) Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).

b. Analisis data

Setelah dilakukan pengkajian selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks seperti tabel berikut:

Tabel 4
Analisa Data

No.	Data	Masalah keperawatan
1.	Terdapat data subjek dan data objek	Masalah keperawatan yang sesuai dengan data subjek dan data objek

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

- 1) *Diagnosis sehat/wellness*
 Diagnosis *sehat/wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maldaptif, perumusan diagnosis keperawatan keluarga potenisall, hanya terdiri dari komponen *problem* (P) saja atau P (*problem*) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).
- 2) *Diagnosis ancaman (risiko)*
 Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

3) **Diagnosis nyata/gangguan**

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

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

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - (2) Pengertian
 - (3) Tanda dan gejala
 - (4) Faktor penyebab
 - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - (1) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - (2) Masalah dirasakan keluarga
 - (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang idalami
 - (4) Sikap negative terhadap masalah kesehatan
 - (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - (6) Informasi yang salah
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - (1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - (2) Sifat dan perkembangan yang dibutuhkan
 - (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - (2) Pentingnya *higiyene* sanitasi

- (3) Upaya pencegahan penyakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- (1) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - (2) Keuntungan yang didapat
 - (3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - (4) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - (5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar, 2010).

Setelah menentukan diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan prioritas, maka selanjutnya menentukan prioritas masalah menggunakan proses scoring, seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 5
Skoring

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah a. Actual (tidak/kurang sehat) b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1

Sumber : Padila, 2015

Cara melakukan scoringnya adalah:

- a) Tentukan skor untuk setiap Kriteria
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c) Jumlah skor untuk semua kriteria
- d) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga (Padila, 2015).

d. Intervensi

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk

mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stress dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk meperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten.

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/ masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (*S-spesifik*, *M- measurable* / dapat diukur, *A-achievable* / dapat dicapai, *R-reality*, *T-time limited* / punya limit waktu) (Achjar, 2008).

Tabel 6
Intervensi SIKI

Diagnosa	Intervensi
Nyeri akut	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

	rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	---

Sumber: PPNI, 2018.

Tabel 7
Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Evaluasi	Standar	
Nyeri akut pada Anak Do (21 th) dikeluarga Bapak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit khususnya Anak Do (21 th) dengan hemoroid.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x30 menit pada keluarga diharapkan rasa nyeri akut dapat diatasi atau menurun.	1. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat menyebutkan cara mencegah penyakit hemoroid 2. Keluarga dapat menyebutkan cara mengatasi penyakit hemoroid. 3. Keluarga mendemonstrasikan rendaman air hangat. 4. Keluarga mendemonstrasikan teknik nafas dalam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu menyebutkan cara mencegah penyakit hemoroid, seperti <ul style="list-style-type: none"> - Makan berserat - Berolahraga - Jangan menunda bab 2. Keluarga maupun klien mampu menyebutkan bagaimana cara mengatasi penyakit hemoroid, seperti Diet tinggi serat. 3. Keluarga mampu mendemonstrasikan rendaman air hangat. <ol style="list-style-type: none"> a. Pertama gunakan alat seperti ember yang terbuat dari plastik diatas tempat duduk yang sudah diatur tinggi dan ukurannya b. Kemudian pastikan ember dan tempat duduknya tidak bergeser dan nyaman untuk klien. c. Tuangkan air hangat kedalam ember. d. Klien berendam selama 15 menit setelah mandi atau bab. e. Setelah selesai, usap lembut bagian bokong yang terendam jangan usap terlalu keras. f. Bersihkan kembali alat-alat yang digunakan untuk dipakai kembali selanjutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pada penderita hemoroid. 2. Jelaskan mengenai cara mengatasi penyakit hemoroid menggunakan lembar balik. 3. Anjurkan keluarga untuk melakukan rendaman air hangat setelah mandi atau setelah BAB pada klien hemoroid. 4. Anjurkan klien untuk melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan guna mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. 5. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum mengerti. 6. Berikan pujian atas jawaban tindakan yang tepat.

				<p>4. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara distraksi nafas dalam untuk meredakan nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> Mencari posisi yang paling nyaman, rileks, dapat bernapas normal dengan perlahan-lahan. Kemudian tarik napas dalam-dalam tahan 3 detik lalu hembuskan napas melalui mulut secara perlahan. Ulangi teknik napas dalam selama 3 kali. 	
		<p>2. Memelihara lingkungan rumah yang sehat (modifikasi lingkungan) guna menjamin kesehatan keluarga.</p>	<p>1. Klien dapat melakukan modifikasi spiritual.</p>	<p>1. Klien mampu melakukan aktifitas spiritual yang sudah dimodifikasi yaitu dengan cara duduk.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Kaji bagaimana keluarga memodifikasi lingkungannya. Fasilitasi klien untuk melakukan modifikasi lingkungan Berikan pujian atas jawaban dan tindakan yang tepat.
		<p>3. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas/peayanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> Keluarga dapat menyebutkan manfaat dari kunjungan fasilitas kesehatan. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> Keluarga mampu menyebutkan manfaat kunjungan ke fasilitas kesehatan : <ul style="list-style-type: none"> Mendapatkan pelayanan kesehatan pengobatan hemoroid Mendapatkan pendidikan kesehatan tentang hemoroid Keluarga sudah mampu 	<ol style="list-style-type: none"> Kaji pengetahuan keluarga mengenai penggunaan fasilitas kesehatan. Jelaskan manfaat penggunaan fasilitas kesehatan Tanyakan kembali pada keluarga jika ada yang

		kesehatan di masyarakat.	kesehatan	menggunakan fasilitas kesehatan	belum paham 4. Berikan pujian atas jawaban dan tindakan yang tepat.
--	--	--------------------------	-----------	---------------------------------	--

e. Implementasi

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

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - a) Memberikan informasi penyuluhan atau konseling
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
 - 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konskuensi tdk melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
 - 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/ perawatan
 - 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimanamembuat lingkungan menjadi:
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
 - 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- (Padila, 2015).

f. Evaluasi

Untuk melihat keberhasilan suatu tindakan yang sudah dilakukan berdasarkan rencana, maka selanjutnya melakukan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planning).

S : Hal-hal yang dikemukakan keluarga, misalnya keluarga mengatakan nyeri berkurang

O : Hal-hal yang ditemukan oleh perawat yang dapat diukur, misalnya skala nyeri 5

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

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

Tabel 8
Kriteria Hasil Kebutuhan Nyeri

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5

Sumber: PPNI, 2019.