

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP TEORI PENYAKIT

1. Pengertian

Menurut Arif dan Sari (2011) dalam Mardalena Ida (2017:69), dispepsia adalah rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Hal ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan. Reaksi ini menimbulkan ketidakseimbangan metabolisme, dan menyerang individu usia produktif, yakni 30 sampai 50 tahun.

Menurut Irianto penyakit dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati. Dispepsia juga merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari keluhan kesehatan yang berhubungan dengan makan atau keluhan yang berhubungan dengan gangguan saluran cerna bagian atas (pardiansyah dan yusran, (2016) dalam Sumarni & Andriani, 2019, JKF, vol 2)

2. Etiologi

- a. Menelan udara (aerofagi)
- b. Regurgitasi (alir balik, refluks) asam dari lambung
- c. Iritasi lambung (gastritis)
- d. Ulkus gastrikum atau ulkus duodinalis
- e. Kanker lambung

- f. Peradangan kandung empedu (kolesistitis)
- g. Intoleransi laktosa (ketidakmampuan mencerna susu)
- h. Kelainan gerakan usus
- i. Kecemasan atau depresi
- j. Perubahan pola makan
- k. Pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dalam waktu lama
- l. Alkohol dan nikotin rokok

3. Patofisiologi

Menurut (Haryono Rudi, 2012:114) Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stres, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan atau cairan.

4. Komplikasi

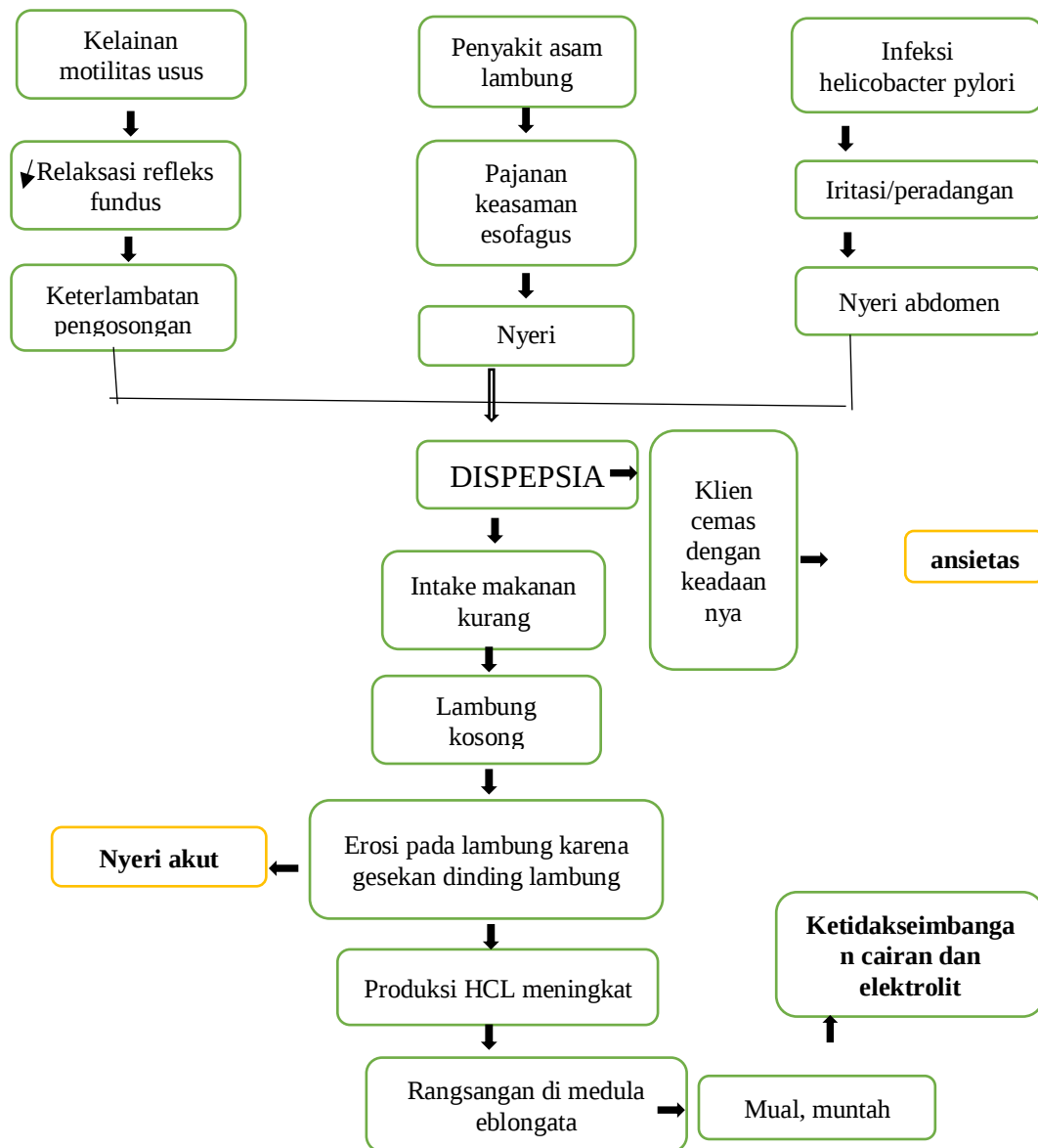
Menurut (Haryono Rudi, 2012:114) komplikasi yang dapat terjadi yaitu:

- a. Nyeri perut (abdominal discomfort)
- b. Rasa perih di ulu hati
- c. Mual, kadang kadang sampai muntah
- d. Nafsu makan berkurang

e. Rasa lekas kenyang dan perut kembung.

Gambar 2.1

Patofisiologi Dispepsia (Pathway)



5. Manifestasi klinis

Menurut Arif dan Sari (2011) dalam Mardalena (2017), gejala klinis yang terjadi pada dispepsia yaitu:

- a. Adanya gas di perut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak nafsu makan, dan perut terasa panas.
- b. Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual, muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitasi asam lambung ke mulut
- c. Gejala dispepsia akut dan kronis dalam jangka waktu 3 bulan meliputi:
 - a. Rasa sakit dan tidak enak di ulu hati.
 - b. Perih, mual, sering bersendawa, dan regurgitasi.
 - c. Keluhan di rasakan terutama berhubungan dengan timbulnya stres.
 - d. Berlangsung lama dan sering kambuh
 - e. Sering disertai ansietas dan depresi.

6. Pemeriksaan klinis

Menurut Selamihardja dalam Mardalena (2017), menjelaskan pemeriksaan klinis untuk mengetahui adanya kuman *Helicobacter pylori* dapat dilakukan beberapa pemeriksaan.

a. Pemeriksaan Noninvasif

Pemeriksaan ini dilakukan melalui pemeriksaan serologi (pemeriksaan serum darah; positif atau tidak). Hasil positif menunjukkan adanya infeksi oleh *Helicobacter pylori*.

b. Pemeriksaan Invasif

Berupa pemeriksaan histologi atau patologi anatomi serta pemeriksaan CLO (Campylobacter-like Organism). Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara pencampuran hasil biopsi jaringan pencernaan dengan zat khusus. Selang 24 jam campuran tersebut akan menunjukkan hasil negatif dalam warna kuning dan hasil positif jika berwarna merah. Hasil positif menunjukkan adanya kuman *Helicobacter pylori*.

- c. Pemeriksaan sistem PCR (Polymerase Chain Reaction) dilakukan dengan cara penyedotan cairan perut melalui selang yang dimasukkan lewat lubang hidung. Kemudian cairan tersebut diperiksa menggunakan mikroskop. Jika penderita terinfeksi kuman, maka akan tampak kuman.

- d. Entero Test

menggunakan kapsul bertali nilon yang ditelan dengan bantuan air, tepi ujung tali tetap ditahan di luar mulut. Tali nilon tersebut akan menyerap cairan dari perut, setengah jam kemudian pasien dapat menai tali nilon secara perlahan keluar dari mulut. Cairan yang menempel pada tali dites di laboratorium. Hasil positif terinfeksi akan ditunjukkan oleh adanya kumpulan kuman *Helicobacter pylori* pada sampel cairan perut. Pemeriksaan klinis lain yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada organ-organ tubuh antara lain :

- a. Endoskopi untuk mengetahui ada tidaknya luka di orofaring, warna mukosa menentukan ada tidaknya Refluks Esofagitis.
- b. USG (Ultrasonografi) bila diduga ada kelainan di pankreas, kelainan tiroid, dan tumor.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Non Farmakologis

1. Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung, yaitu seperti makanan pedas dan asam.
2. Menghindari faktor resiko seperti alkohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin rokok, dan stres,
3. Atur pola makan.

b. Penatalaksanaan Farmakologis

Sampai saat ini belum ada regimen pengobatan yang memuaskan terutama dalam mengantisipasi kekambuhan. Hal ini dikarenakan proses patofisiologinya yang masih belum jelas. Dilaporkan bahwa sampai 70% kasus reponsif terhadap placebo.

Obat yang diberikan meliputi antacid (menetralkan asam lambung) golongan antikolinergik (menghambat pengeluaran asam lambung) dan prokinetik (mencegah terjadinya muntah). Sebagai contoh cimetidine, ranitidine atau famotidine dapat dicoba untuk jangka waktu singkat.

Bila orang tersebut terinfeksi *helicobacter pylori* di lapisan lambungnya, maka biasanya diberikan bismuth subsalicylate dan antibiotik seperti amoxicillin atau metronidazole.

Sumber : (Haryono Rudi, 2012:116)

8. Pencegahan

- a. Pola makan yang teratur, pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, tidak mengonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi, pedas, alkohol, dan berhenti merokok.

- b. Hindari makanan bakmi yang berlebihan dalam keadaan perut kosong karena air yang menguning sangat tajam bagi lambung Mardalena (2017).

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

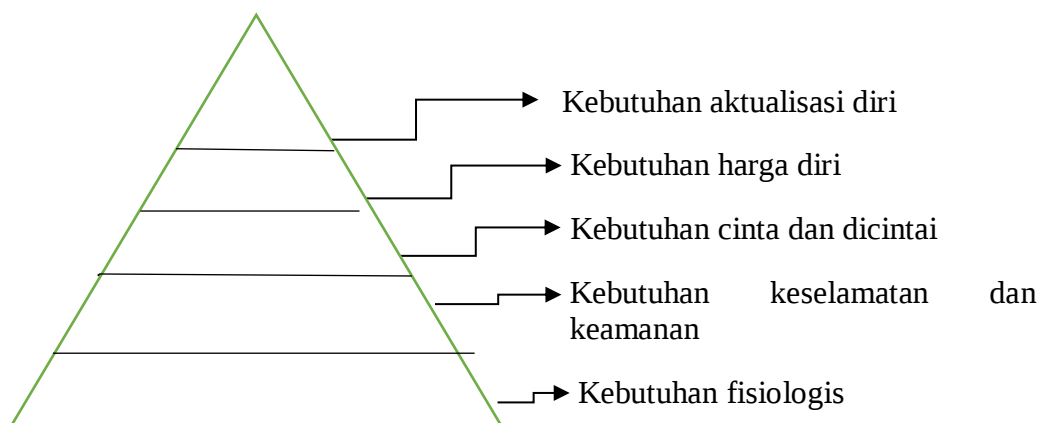
1. Pengertian KDM

Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) merupakan unsur unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam teori Hierarki menyatakan bahwa setiap manusia memiliki 5 kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Perry, 1997) dalam Aziz & Musrifatul, 2014:4).

KDM menurut Abraham Maslow dalam Potter dan Perry (1997) :

Gambar 2.2

Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut maslow.



Sumber: (Aziz & Musrifatul, 2014:8)

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi

(makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - 1) Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dll.
 - 2) Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dll.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Berdasarkan teori maslow diatas, kasus dispepsia pada klien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan

nyeri epigastrium, mual, dan muntah. Nyeri dapat terjadi karena produksi *HCL* dilambung meningkat kemudian lambung kontak dengan mukosa gaster yang menyebabkan nyeri terjadi pada lambung. Mual dapat terjadi karena stres yang dialami pasien menimbulkan perangsangan saraf simpati yang menyebabkan produksi *HCL* meningkat dan timbulah mual pada pasien yang bisa berujung menjadi muntah.

2. Konsep Dasar Nyeri

a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan nyeri yang dialaminya (Aziz & Musrifatul 2014 : 224)

b. Jenis nyeri

Internasional Associaton For the Study of Pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Di antara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis.

1) Nyeri akut

Biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respon terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang. Nyeri akut berasal dari cara normal sistem saraf memproses trauma pada kulit, otot,

dan organ viseral. Istilah lain untuk nyeri akut adalah nyeri nosiseptif. Setelah penyebab mendasar diidentifikasi dan diterapi secara sukses, nyeri akut menghilang.

2) Nyeri alih

Adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan di bagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat dirersepsikan di kulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

3) Nyeri kanker

Adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap *intractable* (tidak dapat diatasi) dan kronis. Keperawatan *hospice* sering kali dilibatkan dalam penatalaksanaan nyeri kanker.

4) Nyeri kronis

nyeri neuropatik atau kronis didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Sering kali, nyeri kronis mengganggu fungsi normal seseorang. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kelelahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori. Sindrom nyeri neuropati sangat sulit dihadapi, nyeri kronis sering kali berlangsung lebih lama dari perkiraan periode pemulihan normal untuk nyeri akut. Individu

yang mengalami nyeri neurpoati biasanya melaporkan rasa terbakar, sensasi kesemutan dan nyeri tertembak yang konstan. Penyebab jenis nyeri ini mungkin dapat diketahui, seperti tumor invasif yg tidak dapat dioperasi.(Kowalski & Rosdahl, 2017: 882).

c. Skala nyeri

Joint Commission mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu klien menentukan tingkat nyeri mereka. Ada beberapa macam jenis skala nyeri yang dapat digunakan diantaranya yaitu Skala peringkat seperti skala intensitas nyeri atau skala Distres nyeri biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri taktertahankan), atau untuk memilih lokasi pada skala linear (skala analog visual-visual analog scale, VAS). Selanjutnya yaitu skala wajah nyeri wong baker (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara (berbahasa verbal) antara usia 3 dan 7 tahun. Namun, skala ini juga dapatdigunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan di fasilitas. (Kowalski & Rosdahl, 2017)

Gambar 2.3



- Angka 0 artinya tidak nyeri
- Angka 1-3 nyeri ringan
- Angka 4-6 nyeri sedang
- Angka 7-10 nyeri berat

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah utama dari proses keperawatan, Menurut Mardalena (2017) pengkajian pada pasien dispepsia adalah:

a. Pengumpulan data

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, status perkawinan.

2. Keluhan utama

Adanya nyeri pada epigastrium/ulu hati, mual, muntah, kembung, rasa kenyang dan nafsu makan menurun.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan terjadinya nyeri, sudah berapa lama terjadinya nyeri, skala nyeri serta upaya penderita apa saja yang telah dilakukan.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Sering nyeri di epigastrium, dan mual muntah

5. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang lain pernah menderita penyakit saluran pencernaan.

6. Riwayat psikososial

Informasi mengenai perilaku pasien, keadaan emosional, hubungan dengan keluarga, teman, adanya masalah interpersonal yang menyebabkan stress.

b. Pola aktivitas

Pola makan yaitu kebiasaan makan yang tidak teratur, makan makanan yang merangsang selaput mukosa lambung, berat badan sebelum dan sesudah sakit.

c. Pengkajian fisik

1. Keadaan umum: sakit/nyeri, status gizi, personal hygiene, dll.
2. Sistem kardiovaskuler: tekanan darah, denyut nadi, dll.
3. Sistem gastrointestinal: nafsu makan, porsi makan, mual, dll.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mardalena (2017) diagnosa yang dapat di ambil yaitu:

- a. Nyeri ulu hati berhubungan dengan iritasi dan inflamasi pada lapisan mukosa, sub mukosa dan lapisan otot lambung
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan disfagia, esofagitis, anorexia
- c. Ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan gastroenteritis
- d. Nausea b.d. Iritasi lambung d.d. Mual muntah, tidak nafsu makan

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

3. Rencana Keperawatan

Menurut Mardalena (2017) Rencana keperawatan pasien dengan dispepsia seperti di tampilkan pada tabel.

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pasien dengan kasus Dispepsia

No	Diagnosa perawat	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri epigastrium	Tujuan: menurun atau hilangnya rasa nyeri. Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang atau hilang	Manajemen nyeri I.08238 a. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, dan skala nyeri b. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri c. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri d. Jelaskan strategi meredakan nyeri e. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Nutrisi kurang dari kebutuhan	Tujuan : memenuhi kebutuhan nutrisi Kriteria hasil : Status Nutrisi (L.03030) pasien mengatakan nafsu makan mulai bertambah	Manajemen Nutrisi I.03119 a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Anjurkan makan sedikit tapi sering d. Identifikasi makanan yang disukai e. Anjurkan duduk saat makan f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.
3.	Ketidakseimbangan cairan	Tujuan : Keseimbangan cairan dan elektrolit terpenuhi Kriteria hasil :	Manajemen hipovolemia I.03116 a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Nadi, tekanan darah, turgor kulit) b. Hitung kebutuhan cairan

		pasien mengatakan rasa mual dan muntah sudah mulai berkurang atau menghilang	c. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
4.	Nausea	Tujuan: Menghilangkan mual dan muntah Kriteria hasil: Tingkat Nausea (L.08065) Pasien mengatakan rasa mual dan muntah sudah mulai berkurang atau menghilang.	Manajemen mual I.03117 b. Identifikasi faktor penyebab mual c. Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) d. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) e. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik f. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
1	2	3	4
5.	Intoleransi aktivitas	Tujuan : mengurangi atau menghilangkan kelemahan fisik Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047). Pasien mengatakan sudah dapat mulai beraktivitas secara mandiri	Manajemen energi (I.03111) a. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dan catat laporan kelelahan b. Awasi tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan untuk mengetahui kondisi pasien sebelum dan sesudah beraktivitas c. Menjaga keamanan pasien, energi pasien

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai

tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni & Apriyani 2017)

Untuk menentukan masalah teratasi atau tidak digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

S : Data subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat

dari klien setelah tindakan diberikan

O : Data objective adalah informasi yang didapat hasil pengamatan,

penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.

A: Analisa adalah membandingkan antara informasi subjective dan

objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil

kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak.

P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan

dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani 2017 :75)

D. KONSEP TEORI KEPERAWATAN KELUARGA

Menurut Feeley & Gottlieb 2000 (dalam Achjar, 2012:29) keperawatan keluarga sepenuhnya tidak hanya menjadi tanggung jawab perawat keluarga namun, tanggung jawab perlu diberikan kepada keluarga dengan mempertimbangkan kapasitas kompetensi dan sumber daya yang dimiliki

keluarga. Tingkatakan praktik keperawatan keluarga tergantung dari perawat mengartikan keluarga dan pemahamannya dan tergantung bagaimana perawat memandang keluarga tersebut. Penekanan praktik keperawatan keluarga dengan menggabungkan holistik, sistemik, berdasarkan kekuatan yang ada pada keluarga. Keluarga dapat menjadi fokus perawatan, perawat keluarga bisa bekerja secara simultan antara individu dan keluarga. Diagnose keperawatan keluarga adalah diagnose tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan cara memodifikasi : SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil: pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil: domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan, dukungan *care giver* dan emosional.

3. TUK 3 : Mampu merawat

Domain capaian hasil adalah kesehatan keluarga, yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian hasil yaitu kesejahteraan keluarga dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan, yang aman dengan mengurangi faktor risiko.

5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil yaitu pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Konsep Teori diatas sesuai dengan pernyataan (Achjar, 2012:22) menyatakan Asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Data umum

1).Identitas kepala keluarga

Berisi tentang nama kepala keluarga, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat dan nomor telepon.

2).Komposisi anggota keluarga

Terdiri dari pengkajian anota keluargaseperti : nama, umur, sex, hubungan dengan kk, pendidikan, pekerjaan, keterangan.

3).Tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, aktifitas rekreasi keluarga.

4).Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tahap perkembangan keluarga (saat ini, yang belum terpenuhi, dan sebelumnya).

5).Lingkungan

Karakteristik rumah seperti : kondisi luar dan dalam rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah (SPAL), air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/WC, denah rumah.

6). Fungsi keluarga

Terdiri dari bagian fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi perawatan.

7). Pemeriksaan fisik (head to toe)

Pengkajian ini untuk seluruh anggota tubuh dalam pemeriksaannya.

8). Harapan keluarga

Pengkajian harapan keluarga terhadap masalah kesehatan keluarga, terhadap petugas kesehatan.

a). Ketidakmampuan Keluarga Mengenal Masalah

Meliputi persepsi terhadap eparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b). Ketidakmampuan Mengambil Keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga 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.

c). Ketidakmampuan Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat, dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber – sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d). Ketidakmampuan Memelihara Kesehatan Dalam Memodifikasi Memelihara Lingkungan.

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

e). Ketidakmampuan Keluarga Menggunakan Fasilitas Keluarga

Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

b. Penerapan prioritas

Dalam berbagai kasus, skala prioritas selalu dibutuhkan untuk meminimalisir risiko, memaksimalkan perawatan dan pengobatan, serta untuk pengambilan keputusan yang tepat. Skala prioritas ini diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan di depan, kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu dalam pemetaan penanganan pada pasien, baik untuk perawat maupun keluarga. (Bakri 2020: 119).

Tabel 2.2
Skala Prioritas Masalah

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

Sumber (Achjar 2012 : 21)

Keterangan skoring:

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai dengan table di depan, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon dan Maglaya (1978 dalam Bakri, 2020:120) membuat rumus :

Gambar 2.4
Skoring skala prioritas

Skoring
$\frac{\text{Angka tertinggi}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$

- a. Tentukan angka dari skor tertinggi dahulu , angka tertinggi adalah 5.
- b. Skor diambil dari skala prioritas, tentukan skor pada setiap kriteria.
- c. Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- d. Kemudian dikaitkan dengan bobot skor.
- e. Jumlah kan skor dari semua kriteria.

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing – masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1. Kriteria Sifat Masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera . tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bisa berlaku dari penyakit yang ringan

hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi makanan, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2. Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

3. Kriteria Potensi Pencegahan Masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai factor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4. Kriteria Masalah Yang Menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat Priorita yang harus dtangani berdasarkan :

- a. Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- b. Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.
- c. Ada masalah tetapi tidak dirasakan. (Bakri 2020:120)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan dimana perawat bertanggungjawab untuk melaksanakannya (Mubarak dalam Bakri 2020)

a. Problem (P/Masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi klien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami klien. Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang di mengerti atau membuat analogi-analogi yang mudah di mengerti. Sehingga mampu meningkatkan kerja sama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/Penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan. Penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan.

Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

1. Patofisiologi penyakit, yaitu semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan/mendukung masalah.
2. Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang biasa menjadikan sebab kurangnya pengetahuan, isolasi social.
1. Medikasi yaitu fasilitas dari program pengobatan atau perawatan.
2. Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa. Apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak.

3. Adolescent yaitu ketergantungan dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif.
4. Young adult yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orangtua.
5. Dewasa, yaitu tekanan karier dan tanda pubertas. (dalam Bakri 2020:122).