

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

1. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologis nya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu :

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur
- 6) Kebutuhan aktivitas

7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh

8) Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*) Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
- 3) Kehangatan
- 4) Persahabatan
- 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social

d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*)

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potnsi diri
- 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri

- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi
- 5) Kreatif
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa :

- a. Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri dengan maksimal
- b. Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan di bawahnya terpenuhi
- c. Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis.
- d. Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai budaya masing-masing
- e. Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas
- f. Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda
- g. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan menyebabkan ketidakseimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- h. Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari factor internal dan eksternal
- i. Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara
- j. Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan; beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya.

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya,

jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis.

2. Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa factor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Factor-faktor tersebut meliputi :

a. Penyakit

Saat seseorang sakit dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

b. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan system pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhannya tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti.

c. Konsep diri

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat memengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

d. Tahap perkembangan

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan.

e. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat memengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya

sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya (Mubarak & Chayatin, 2008).

3. Aktivitas

a. Pengertian aktivitas

Aktivitas merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara mudah, bebas dan teratur untuk mencapai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain dan hanya dengan bantuan alat (Widuri, 2010).

aktivitas adalah proses yang kompleks yang membutuhkan adanya koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem saraf (P. Potter, 2010). Sedangkan menurut Kozier (2010) aktivitas adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas.

Gangguan aktivitas merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya (Widuri, 2010).

Gangguan aktivitas didefinisikan oleh North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik antara lain: lansia, individu dengan penyakit yang mengalami penurunan kesadaran lebih dari 3 hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomic akibat perubahan fisiologik (kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien pengguna kursi roda), penggunaan alat eksternal (seperti gips atau traksi), dan pembatasan gerakan volunter, atau gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier, Erb, & Snyder, 2010).

b. Jenis aktivitas

Menurut Widuri (2010), jenis-jenis mobilitas yaitu :

- 1) Aktivitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan

interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2) Aktivitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

a) Aktivitas sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

b) Aktivitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegia karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Widuri, 2010).

c. Tujuan aktivitas

Menurut Ambarwati, 2014 aktivitas diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh).

d. Faktor yang mempengaruhi aktivitas

Menurut Hidayat (2010), aktivitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

1) Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari. Hal ini terjadi karena adanya perubahan

gaya hidup terutama orang muda perkotaan modern, seperti mengkonsumsi makanan siap saji (*fast food*) yang mengandung kadar lemak tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stres (Junaidi, 2011).

2) Proses penyakit /cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh.

3) Kebudayaan

Kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan aktivitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan aktivitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

4) Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan aktivitas. Agar seseorang dapat melakukan aktivitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

5) Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Semakin bertambahnya usia, semakin besar pula risiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak (Ambarwati, 2014).

Sedangkan menurut Vaughans (2011) faktor-faktor yang memengaruhi aktivitas yaitu :

- 1) Tahap pertumbuhan
- 2) Jenis pekerjaan
- 3) Lingkungan rumah

- 4) Status kesehatan secara keseluruhan (gizi, olah raga, status mental)
- 5) Intervensi terapeutik
- 6) Luka traumatis
- 7) Penyakit atau cacat (muskuloskeletal, neurologis, kardiovaskuler, pernapasan).

4. Gangguan Aktivitas

a. Pengertian aktivitas

Gangguan aktivitas merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya (Widuri, 2010). Gangguan aktivitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015).

Gangguan aktivitas didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik antara lain: lansia, individu dengan penyakit yang mengalami penurunan kesadaran lebih dari 3 hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomic akibat perubahan fisiologik (kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien penggunaa kursi roda), penggunaan alat eksternal (seperti gips atau traksi), dan pembatasan gerakan volunter, atau gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier, Erb, & Snyder, 2010).

b. Jenis aktivitas

- 1) Aktivitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.

- 2) Aktivitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir, seperti pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.
- 3) Aktivitas emosional, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh, keadaan stres berat dapat disebabkan karena bedah amputasi ketika seseorang mengalami kehilangan bagian anggota tubuh atau kehilangan sesuatu yang paling dicintai.
- 4) Aktivitas sosial, keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakit sehingga dapat memengaruhi perannya dalam kehidupan sosial (Widuri, 2010).

c. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya gangguan aktivitas yaitu :

- 1) Penurunan kendali otot
- 2) Penurunan kekuatan otot
- 3) Kekakuan sendi
- 4) Kontraktur
- 5) Gangguan muskuloskeletal
- 6) Gangguan neuromuscular
- 7) Keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

d. Dampak gangguan aktivitas

Aktivitas dalam tubuh dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku (Widuri, 2010).

- 1) Perubahan aktivitas

Secara umum gangguan aktivitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Hal tersebut dapat dijumpai pada menurunnya basal metabolism rate (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh, sehingga dapat memengaruhi gangguan oksigenasi sel. Perubahan metabolisme gangguan aktivitas dapat mengakibatkan proses anabolisme menurun dan katabolisme meningkat. Keadaan ini dapat berisiko meningkatkan gangguan metabolisme. Proses imobilitas dapat juga menyebabkan penurunan ekskresi urine dan peningkatan nitrogen. Hal tersebut dapat ditemukan pada pasien yang mengalami imobilitas pada hari kelima dan keenam. Beberapa dampak perubahan metabolisme, di antaranya adalah pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi, dan gangguan gastrointestinal.

2) Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari gangguan aktivitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Di samping itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang akibat menurunnya aktivitas otot, sedangkan meningkatnya demineralisasi tulang dapat mengakibatkan reabsorpsi kalium.

3) Gangguan perubahan zat gizi

Terjadinya gangguan zat gizi disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, di mana sel tidak lagi

menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melaksanakan aktivitas metabolisme.

4) Gangguan fungsi gastrointestinal

Gangguan aktivitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena gangguan aktivitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan, seperti perut kembung, mual, dan nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi.

5) Perubahan sistem pernapasan

Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernapasan. Akibat gangguan aktivitas, kadar haemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Terjadinya penurunan kadar haemoglobin dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, sehingga mengakibatkan anemia. Penurunan ekspansi paru dapat terjadi karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru.

6) Perubahan kardiovaskular

Perubahan sistem kardiovaskular akibat gangguan aktivitas antara lain dapat berupa hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung, dan terjadinya pembentukan trombus. Terjadinya hipotensi ortostatik dapat disebabkan oleh menurunnya kemampuan saraf otonom. Pada posisi yang tetap dan lama, refleks neurovaskular akan menurun dan menyebabkan vasokonstriksi, kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke sistem sirkulasi pusat terhambat. Meningkatnya kerja jantung dapat disebabkan karena gangguan aktivitas dengan posisi horizontal. Dalam keadaan normal, darah yang terkumpul pada ekstermitas bawah bergerak dan meningkatkan aliran vena kembali ke jantung dan akhirnya jantung akan meningkatkan kerjanya. Terjadinya trombus juga

disebabkan oleh vena statis yang merupakan hasil penurunan kontraksi muskular sehingga meningkatkan arus balik vena.

7) Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi dalam sistem muskuloskeletal sebagai dampak dari imobilitas adalah sebagai berikut:

a) Gangguan muskular

Menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunya kekuatan otot secara langsung. Menurunnya fungsi kapasitas otot ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atrofi pada otot. Sebagai contoh, otot betis seseorang yang telah dirawat lebih dari enam minggu ukurannya akan lebih kecil selain menunjukkan tanda lemah atau lesu.

b) Gangguan skeletal

Adanya gangguan aktivitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, misalnya akan mudah terjadinya kontraktur sendi dan osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan atrofi dan memendeknya otot. Terjadinya kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi.

8) Perubahan sistem integumen

Perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat aktivitas dan terjadinya iskemia serta nekrosis jaringan superfisial dengan adanya luka dekubitus sebagai akibat tekanan kulit yang kuat dan sirkulasi yang menurun ke jaringan.

9) Perubahan eliminasi

Perubahan dalam eliminasi misalnya penurunan jumlah urine yang mungkin disebabkan oleh kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.

10) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku sebagai akibat gangguan aktivitas, antara lain lain timbulnya rasa bermusuhan, bingung, cemas, emosional tinggi, depresi, perubahan siklus tidur dan menurunnya koping mekanisme. Terjadinya perubahan perilaku tersebut merupakan dampak gangguan aktivitas karena selama proses gangguan aktivitas seseorang akan mengalami perubahan peran, konsep diri, kecemasan, dan lain-lain(Widuri, 2010).

B. Konsep Dasar 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 tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis.

- 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 (2008), 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, diarahkan 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/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 disfungsi: 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 genetalia 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.

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 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.
- 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 *asam urat* 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 *asam urat*

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&McFarlane,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:

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentan aktivitas • Koordinasi pemilihan aktivitas sesuai dengan usia

			<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi makna aktivitas 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 <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai • Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas jika perlu
2.	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam selama 1 hari maka nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri normal - Nyeri sedang hingga hilang 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Traupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
3.	Resiko cedera b.d ketidakmampuan	Setelah dilakukan asuhan	<p>D.0136</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan lingkungan yang aman untuk

	keluarga memodifikasi lingkungan	keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko cedera tidak ada dengan kriteria hasil:	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):

- a. 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
- b. 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
- c. 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
- d. 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
- e. 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).

C. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Asam Urat

Asam urat merupakan penyakit inflamasi kronik dan sistemik yang simetris, yang terutama menyerang sendi perifer dan otot, tendon, ligamen, dan pembuluh darah disekitarnya. Asam urat merupakan penyakit auto imun yang paling sering terjadi di masyarakat. Penyakit ini ini dapat menyebabkan kerusakan sendi jangka panjang, rasa sakit yang berkepanjangan, kehilangan fungsi dan kecacatan. Pada asam urat focus peradangan berada di sinovium yaitu jaringan yang melapisi sendi. Bahan kimia yang dilepaskan oleh system kekebalan tubuh menyebabkan peradangan yang dapat merusak tulang rawan dan tulang (Jaime & Liz. 2008). Asam urat menyerang wanita tiga kali lebih banyak daripada pria (Smeltzer dan Bare, 2002). Asam urat menyerang lansia pada puncak usia lebih dari 40 tahun (Price & Wilson, 2006). Asam urat menyerang wanita tiga kali lebih banyak daripada pria (Smeltzer dan Bare, 2002). Menurut Priyatno(2009), dijelaskan bahwa gambaran klinis yang utama pada asam urat adalah nyeri sendi, selanjutnya bias disertai dengan terjadinya kemerahan dan deformitas.

2. Etiologi

Penyebab asam urat masih belum diketahui, tetapi terdapat hipotesis yang dapat dijadikan sebagai petunjuk terjadinya asam urat, yaitu :

a. Genetik

Terbukti bahwa seorang individu yang menderita artritis reumatoid, memiliki riwayat keluarga artritis 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.

3. Patofisiologi

Dari penelitian mutakhir diketahui bahwa patogenesis asam urat terjadi akibat rantai peristiwa imunologis sebagai berikut : Suatu antigen penyebab asam urat yang berada pada membran sinovial, akan diproses oleh antigen presenting cells (APC) yang terdiri dari berbagai jenis sel seperti sel sinoviosit A, sel dendritik atau makrofag yang semuanya mengekspresi determinan HLA-DR pada membran selnya. Antigen yang telah diproses akan dikenali dan diikat oleh sel CD4+ bersama dengan determinan HLA-DR yang terdapat pada permukaan membran APC tersebut membentuk suatu kompleks trimolekular. Kompleks trimolekular ini dengan bantuan interleukin-1 (IL-1) yang dibebaskan oleh monosit atau makrofag selanjutnya akan menyebabkan terjadinya aktivasi sel CD4+.

Pada tahap selanjutnya kompleks antigen trimolekular tersebut akan mengekspresi reseptor interleukin-2 (IL-2) Pada permukaan CD4+. IL-2 yang diekskresi oleh sel CD4+ akan mengikatkan diri pada reseptor spesifik pada permukaannya sendiri dan akan menyebabkan terjadinya mitosis dan proliferasi sel tersebut. Proliferasi sel CD4+ ini akan berlangsung terus selama antigen tetap berada dalam lingkungan tersebut. Selain IL-2, CD4+ yang telah teraktivasi juga mensekresi berbagai limfokin lain seperti gamma-interferon, tumor necrosis factor b (TNF-b), interleukin-3 (IL-3), interleukin-4 (IL-4), granulocyte-macrophage colony stimulating factor (GM-CSF) serta beberapa mediator lain yang bekerja merangsang makrofag untuk

meningkatkan aktivitas fagositosisnya dan merangsang proliferasi dan aktivasi sel B untuk memproduksi antibodi. Produksi antibodi oleh sel B ini dibantu oleh IL-1, IL-2, dan IL-4.

Setelah berikatan dengan antigen yang sesuai, antibodi yang dihasilkan akan membentuk kompleks imun yang akan berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi. Pengendapan kompleks imun akan mengaktifasi sistem komplemen yang akan membebaskan komponen-komplemen C5a. Komponen-komplemen C5a merupakan faktor kemotaktik yang selain meningkatkan permeabilitas vaskular juga dapat menarik lebih banyak sel polimorfonuklear (PMN) dan monosit ke arah lokasi tersebut. Pemeriksaan histopatologis membran sinovial menunjukkan bahwa lesi yang paling dini dijumpai pada artritis reumatoid adalah peningkatan permeabilitas mikrovaskular membran sinovial, infiltrasi sel PMN dan pengendapan fibrin pada membran sinovial.

Fagositosis kompleks imun oleh sel radang akan disertai oleh pembentukan dan pembebasan radikal oksigen bebas, leukotrien, prostaglandin dan protease neutral (collagenase dan stromelysin) yang akan menyebabkan erosi rawan sendi dan tulang. Radikal oksigen bebas dapat menyebabkan terjadinya depolimerisasi hialuronat sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan viskositas cairan sendi. Selain itu radikal oksigen bebas juga merusak kolagen dan proteoglikan rawan sendi.

Prostaglandin E2 (PGE2) memiliki efek vasodilator yang kuat dan dapat merangsang terjadinya resorpsi tulang osteoklastik dengan bantuan IL-1 dan TNF- β . Rantai peristiwa imunologis ini sebenarnya akan terhenti bila antigen penyebab dapat dihilangkan dari lingkungan tersebut. Akan tetapi pada artritis reumatoid, antigen atau komponen antigen umumnya akan menetap pada struktur persendian, sehingga proses destruksi sendi akan berlangsung terus. Tidak terhentinya destruksi persendian pada artritis reumatoid kemungkinan juga disebabkan oleh terdapatnya faktor reumatoid. Faktor reumatoid adalah suatu autoantibodi terhadap epitop fraksi Fc IgG yang dijumpai pada 70-90 % pasien artritis reumatoid. Faktor reumatoid

akan berikatan dengan komplemen atau mengalami agregasi sendiri, sehingga proses peradangan akan berlanjut terus. Pengendapan kompleks imun juga menyebabkan terjadinya degranulasi mast cell yang menyebabkan terjadinya pembebasan histamin dan berbagai enzim proteolitik serta aktivasi jalur asam arakidonat.

Masuknya sel radang ke dalam membran sinovial akibat pengendapan kompleks imun menyebabkan terbentuknya pannus yang merupakan elemen yang paling destruktif dalam patogenesis artritis reumatoid. Pannus merupakan jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibroblas yang berproliferasi, mikrovaskular dan berbagai jenis sel radang. Secara histopatologis pada daerah perbatasan rawan sendi dan pannus terdapatnya sel mononukleus, umumnya banyak dijumpai kerusakan jaringan kolagen dan proteoglikan, (Surjana, 2009)

4. Manifestasi klinis

Gejala awal terjadi beberapa sendi disebut poli asam urat. 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 asam urat mono-artikular (SDKI 2018)

a. Stadium awal

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

b. Stadium lanjut

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

5. 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).

f. Obat-obatan tertentu

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

a. 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).

b. 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.

6. Masalah keperawatan asam urat

Menurut SDKI/SLKI 2018 diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami rheumatoid arthritis, diantaranya sebagai berikut :

- a. Nyeri yang berhubungan dengan inflamasi dan peningkatan aktivitas penyakit
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan rentang gerak, nyeri pada gerakan, keterbatasan ketahanan fisik
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas
- d. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri
- e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan penurunan rentang gerak
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan rentang gerak.

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 *asam urat* 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 secara dini.

Tujuan utama dari program pengobatan adalah sebagai berikut :

- f. Untuk menghilangkan nyeri dan peradangan
- g. Untuk mempertahankan fungsi sendi dan kemampuan maksimal dari pasien
- h. 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.

D. Konsep Dasar 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, pematapan 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:

c. Mengetahui 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 mengetahui 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 mengenal faktafakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

d. 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.
- e. 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.
- f. 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 hygiene sanitasi,
 - 4) Upaya pencegahan penyakit,
 - 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi,
 - 6) Kekompakan antar anggota keluarga
- g. 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.

4. Konsep Dasar Lansia

a. Pengertian

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Kholifah, 2016).

b. Batasan Lansia

- a) WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :
Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,

Usia tua (old) :75-90 tahun,

Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.

b) Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga katagori, yaitu:

Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun

Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas

Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

c. Ciri-Ciri Lansia

Ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

a. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c. Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

d. Perkembangan Lansia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik