

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Menurut Abraham Maslow (Haswita, 2017) teori hierarki kebutuhan dasar manusia dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- 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. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Sedangkan, perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.
- 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 dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Definisi rasa nyaman

Kobalca (dalam Potter & Perry) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh pasien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Sutanto & Fitriana, 2017).

3. Definisi nyeri

Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun secara emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2017).

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan mental,

sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seseorang individu (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4. Fisiologi nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu:

- a. Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- b. Proses berikutnya yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- c. Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu nyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- d. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

5. Penyebab nyeri

Menurut Sutanto & Fitriana (2017), penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu berhubungan dengan fisik dan nyeri psikologis.

a. Nyeri fisik

Nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Penyebab nyeri secara fisik yaitu akibat trauma (trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain:

- 1) Trauma mekanik. Trauma mekanik menimbulkan rasa nyeri karena ujung-ujung saraf bebas, mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, ataupun luka.
- 2) Trauma termis. Trauma termis menimbulkan rasa nyeri karena ujung reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau hangat.
- 3) Trauma kimiawi. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.
- 4) Trauma elektrik. Trauma elektrik dapat menimbulkan rasa nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.
- 5) Neoplasma. Neoplasma menyebabkan rasa nyeri karena terjadinya tekanan dan kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase.
- 6) Nyeri pada peradangan. Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

b. Nyeri psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik. Nyeri

karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

6. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Haswita & Sulistyowati (2017), faktor yang mempengaruhi nyeri ada sembilan, yaitu:

a. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usiaini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

b. Jenis kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

c. Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna

dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

d. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

e. Perhatian

Tingkat kefokusian pasien dalam memperhatikan nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri tersebut.

f. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri.

g. Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri disbanding dengan oaring yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun hal ini tidak selalu benar. Seringkali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

h. Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga. Sumber koping lebih dari sekedar metode teknik. Seorang pasien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga, atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport,

membantu atau melindungi. Ketidak hadirannya keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

7. Klasifikasi nyeri

Menurut Sutanto & Fitriana (2017), nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

a. Nyeri berdasarkan tempat

- 1) *Peripheral pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misal pada kulit atau mukosa.
- 2) *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ visceral.
- 3) *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, *hypothalamus*, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifat

- 1) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
- 3) *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya

- 1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
- 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

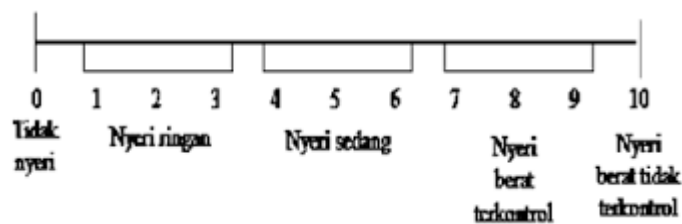
d. Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan

- 1) Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas. Rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya *arteriosclerosis* pada arteri koroner.
- 2) Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya pada nyeri karena neoplasma.

8. Pengukuran intensitas nyeri

a. Skala nyeri menurut Hayward

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



Gambar 1 Skala nyeri Hayward

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

b. Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk

memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut:

- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri Ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

c. Skala wajah atau *wong-boker* *FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2 Pengukuran Skala Nyeri Skala Wajah

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998 dalam Achjar, 2010). Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan

perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 1963, dalam buku Achjar, 2010).

2. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

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

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

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

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak,

menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

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

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

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

Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia sakit-sakitan

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

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

- 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan

lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

(Achjar, 2010).

3. Tugas kesehatan keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidak mampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- a. Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit,

seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga. (Achjar, 2010).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. (Mubarak & Cahyatin, 2008).

Tabel 1
Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

| | |
|---|--|
| P | <i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri |
| Q | <i>Quality</i> atau kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam) |
| R | <i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain |
| S | <i>Severity</i> atau keganasan, yaitu intensitasnya |
| T | <i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan dan sebab |

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

Adapun beberapa hal perlu dikaji adalah sebagai berikut

a. Riwayat nyeri

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

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Cara ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari sumber nyeri.

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu, awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan

nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berubah, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

5) Faktor presipitasi

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

6) Gejala yang menyertai

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

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami persektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas dirumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien. (Mubarak & Cahyatin, 2008).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI, 2017).

Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan pada tahun 2017 oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), membagi diagnosa keperawatan nyeri menjadi 2, yaitu :

a. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat berlangsung kurang dari tiga bulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (seperti inflamasi, iskemia, dan neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (seperti terbakar atau terkena bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (seperti abses, amputasi).

3) Gejala dan tanda

a) Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri.

Objektif : tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) Kondisi pembedahan.
 - b) Cedera traumatis.
 - c) Infeksi.
 - d) Sindrom koroner akut.
 - e) Glaukoma.
- b. Nyeri kronis
 - 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari tiga bulan.
 - 2) Penyebab
 - a) Kondisi muskuloskeletal kronis.
 - b) Kerusakan sistem syaraf.
 - c) Penekanan syaraf.
 - d) Infiltrasi tumor.
 - e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator dan reseptor.
 - f) Gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster).
 - g) Gangguan fungsi metabolik
 - h) Riwayat posisi kerja statis.
 - i) Peningkatan indeks massa tubuh.
 - j) Kondisi pasca trauma.
 - k) Tekanan emosional.
 - l) Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual)
 - m) Riwayat penyalahgunaan obat atau zat.
 - 3) Gejala dan tanda
 - a) Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri dan merasa depresi (tertekan)

Objektif : tampak meringis, gelisah, tidak mampu

menuntaskan aktivitas.

b) Minor

Subjektif : merasa takut mengalami cedera berulang.

Objektif :bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri.

4) Kondisi klinis terkait

a) Kondisi kronis (mis. Arthritis reumatoid).

b) Infeksi.

c) Cedera medula spinalis.

d) Kondisi pasca trauma.

e) Tumor.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2
Standar Intervensi Keperawatan (2018)

| Diagnosa Keperawatan | Intervensi Utama | Intervensi Pendukung |
|---|---|---|
| <p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Perasaan depresi (tertekan) menurun. | <p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan kopling keluarga 5. Dukungan meditasi 6. Edukasi aktivitas/istirahat 7. Edukasi efek samping obat 8. Edukasi kesehatan 9. Edukasi manajemen stress 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi proses penyakit 12. Edukasi teknik napas 13. Kompres dingin 14. Kompres panas 15. Konsultasi 16. Latihan pernapasan 17. Latihan rehabilitasi 18. Manajemen efek samping obat 19. Manajemen |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, kupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 16. Anjurkan memonitor rasa nyeri secara mandiri. 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Kolaborasi pemberian obat analgetik, jika perlu. | <p>kenyamanan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Manajemen terapi radiasi 21. Pemantauan nyeri 22. Pemberian analgesik 23. Pemberian obat 24. Pemberian obat intravena 25. Pemberian obat oral 26. Pemberian obat topikal 27. Pengaturan posisi 28. Promosi koping 29. Teknik distraksi 30. Terapi akupresur 31. Terapi akupunktur 32. Terapi humor 33. Terapi murattal 34. Terapi musik 35. Terapi pemijatan 36. Terapi sentuhan |
|--|---|---|

Sumber : (PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan

petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantara hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri.

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian (*assessment*)

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

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

- a) Nama kepala keluarga (KK) :
- b) Umur (KK) :
- c) Pekerjaan kepala keluarga :
- d) Pendidikan Kepala Keluarga :
- e) Alamat dan nomor telepon :

2) Komposisi anggota keluarga

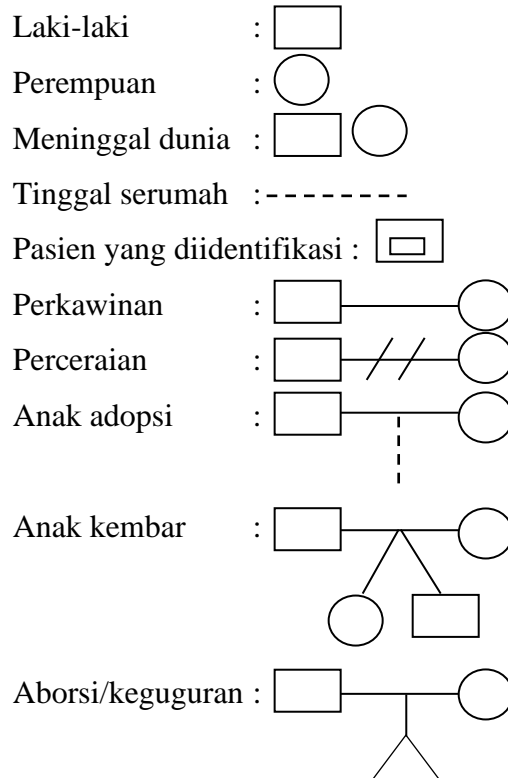
Tabel 3
Komposisi anggota keluarga

| Nama | Umur | Sex | Hubungan dengan KK | Pendidikan | Pekerjaan | keterangan |
|------|------|-----|--------------------|------------|-----------|------------|
| | | | | | | |

(Sumber : Achjar, 2010)

3) Genogram :

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti:



4) Tipe keluarga

Menurut allender & spradley (2001) (dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih, yaitu :

a) Keluarga Tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

5) Suku bangsa :

- a) Asal suku bangsa keluarga
- b) Bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

- 6) Agama :
 - a) Agama yang dianut keluarga
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
 - 7) Status sosial ekonomi keluarga :
 - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 - c) Tabungan khusus kesehatan
 - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
 - 8) Aktifitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

(Achjar, 2010).
 - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
 - 3) Riwayat keluarga inti :
 - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular di keluarga)
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan (Achjar, 2010)
- c. Lingkungan
- 1) Karakteristik rumah :

- a) Ukuran rumah (luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah
 - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - f) Air bersih
 - g) Pengelolaan sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi/ wc
 - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal :
- a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
- 3) Mobilitas geografis keluarga
- a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :
- a) Perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap
- 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010)
- d. Struktur keluarga
- 1) Pola komunikasi keluarga :
- a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - b) Cara keluarga memecahkan masalah
- 2) Struktur kekuatan keluarga
- a) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah.

- b) Power yang digunakan keluarga
- 3) Struktur peran (formal dan informal) :
 - a) Peran seluruh anggota keluarga
- 4) Nilai dan norma keluarga (Achjar, 2010)
- e. Fungsi keluarga
 - 1) Fungsi afektif :
 - a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
 - b) Perasaan saling memiliki
 - c) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - d) Saling menghargai, kehangatan.
 - 2) Fungsi sosialisasi :
 - a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
 - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.
 - 3) Fungsi perawatan kesehatan :
 - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi).
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2010)
- f. Stress dan koping keluarga
 - 1) Stresstor jangka pendek
Stresstor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan (Padila,2018)
 - 2) Stresstor jangka panjang
Stresstor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan (Padila, 2018)

- 3) Respon keluarga terhadap stress.
Mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap stressor (Padila, 2018).
 - 4) Strategi koping yang digunakan
Dikaji strategi koping yg digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/ stress (Padila, 2018).
 - 5) Stategi adaptasi yang disfungsional :
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.
- g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)
- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
 - 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
 - 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, system genitalia.
 - 4) Kesimpulan dan hasil pemeriksaan fisik (Achjar, 2010)
- h. Harapan keluarga
- a) Terhadap masalah kesehatan
 - b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

2. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

a. Diagnosa sehat/*wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*,digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/ sign), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosa ancaman (risiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data

maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/ sign (S).

c. Diagnosa nyata/ gangguan

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

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmapuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit

- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi :
- Keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan
 - Pentingnya hygiene sanitasi
 - Upaya pencegahan penyakit
- 5) 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
- (Achjar, 2010)

Setelah data dianalisis 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. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga :

Tabel 4
Skoring

| Kriteria | Bobot | Skor |
|----------------------------------|-------|---|
| Sifat masalah | 1 | Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1 |
| Kemungkinan masalah dapat diubah | 2 | Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0 |
| Potensi masalah dapat dicegah | 1 | Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1 |
| Menonjolnya masalah | 1 | Segeran diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0 |

Sumber : Achjar (2010)

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya

bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut :

Cara menentukan skoringnya adalah :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga (Padila. 2015).

3. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/ masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S= spesifik, M= measurable/dapat diukur, A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawatan pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya.

Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
 - 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 konskuensi tdk melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber dimiliki keluarga

- 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit :
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan dan fasilitas yang ada
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
 - 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) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi (Padila, 2015).

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Keluarga dapat menjelaskan kembali cara merawat pasien gout arthritis dan cara mengatasi

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang gout arthritis.

A : keluarga dapat mengatasi masalah nyeri setelah mendapatkan informasi tentang gout arthritis dari perawat.

P : Memberikan informasi tentang dampak gout arthritis secara rutin kepada keluarga.

E. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout adalah penyakit metabolic yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi yang mengalami peradangan sehingga akan terjadi pembengkakan , nyeri, dan kaku pada persendian (Merkie, Carrie. 2005 dalam Reny Yuli Aspiani, 2014). Dalam pendapat lain juga di kemukakan bahwa gout arthritis merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolisme purin (hiperurisemia). Pada keadaan ini bisa terjadi oversekresi asam urat atau defek renal yang mengakibatkan penurunan sekresi asam urat, atau kombinasi keduanya.

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya gout arthritis adalah karena adanya deposit atau penimbunan Kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolic dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal (Reni Yuli Aspiani, 2014).

Faktor pencetus terjadinya endapan Kristal urat adalah :

a. Diet tinggi purin

Diet tinggi purin dapat memicu terjadinya gout pada orang yang mempunyai kelainan bawaan dalam metabolisme purin sehingga terjadi peningkatan produksi asam urat.

b. Penurunan filtrasi glomerulus

Penurunan filtrasi glomerulus merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang paling sering dan mungkin disebabkan oleh banyak hal.

c. Pemberian obat diuretik

Pemberian obat diuretik seperti tiazid dan furosemide, salisilat dosis rendah dan etanol juga merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang sering dijumpai.

d. Minum alkohol

Minum alkohol dapat menimbulkan serangan gout arthritis karena alkohol meningkatkan produksi urat. Kadar laktat darah meningkat akibat produksi sampingan dari metabolisme normal alkohol. asam laktat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga peningkatan kadarnya dalam serum.

e. Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal

Sejumlah obat-obatan dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga dapat menyebabkan serangan gout. Yang termasuk diantaranya adalah aspirin dosis rendah (kurang dari 1 sampai 2g/hari). Levodopa, diazoksid, asam nikotinat, asetazolamid, dan etambutol.

3. Patofisiologi Gout Arthritis

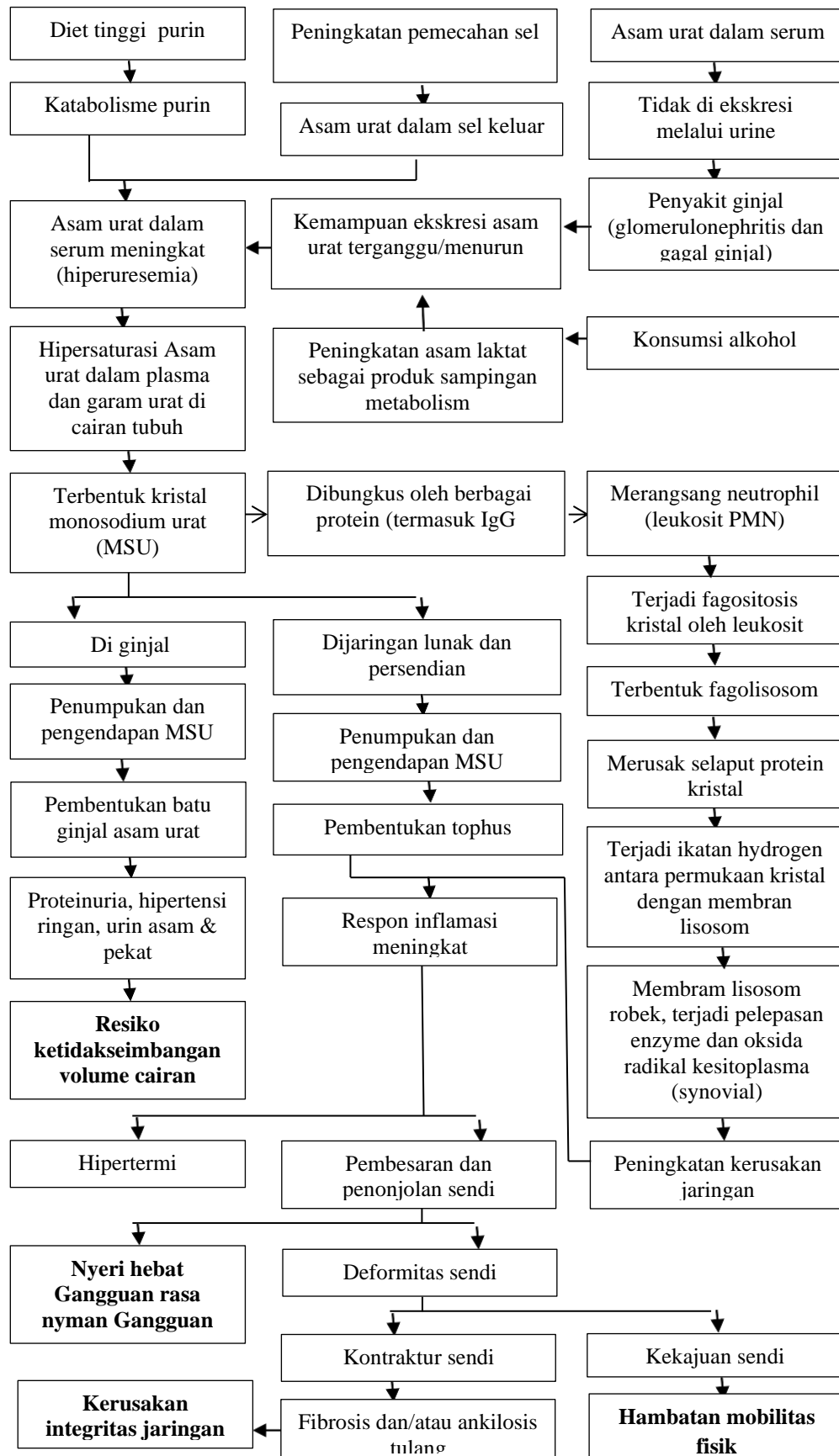
Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentkan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat, ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Secara normal, metabolisme purin menjadi asam urat diterangkan sebagai berikut : sintesis purin melibatkan dua jalur, yaitu jalur de novo dan jalur penghematan (salvage pathway).

a. Jalur de novo melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekursor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asam inosinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosilpirofosfat (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).

b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur de novo. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian di eksresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin. Pada penyakit gout, terdapat gangguan keseimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:

- 1) Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
- 2) Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
- 3) Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan cellular turnover).
- 4) Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
- 5) Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi.

4. Pathway Gout Arthritiss



Gambar 3

Pathway

Sumber : NANDA NIC-NOC 2015

5. Manifestasi klinis

Menurut (Aspiani, 2014) terdapat 4 fase tanda dan gejala terjadinya penyakit gout arthritis, yaitu:

a. Stadium I

Stadium I adalah *hiperurisemia asimtomatik*. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl. Dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl. Nilai-nilai ini meningkat sampai 9-10 mg/dl pada seseorang dengan gout. Dalam tahap ini pasien tidak menunjukn gejala selain dari peningkatan asam urat serum. Hanya 20% dari pasien *hiperurisemia asimtomatik* yang berlanjut menjadi serangan gout akut.

b. Stadium II

Stadium II gout arthritis akut. Padatahap ini terjadi awitan mendadakn pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, niasanya pada sendi ibu jari kaki dan *metatarsophalangeal*. Arthritis bersifat *monoartikular* dan menunjukkan tanda-tanda peradangan lokal. Serangan dapat dipicu oleh pembedahan, trauma, obat-obatan, alkohol, atau stress emosional. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera. Sendi-sendi lain dapat terserang, termasuk sendi jari-jari tangan, dan siku. Serangan gout akut biasanya pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10 sampai 14 hari.

c. Stadium III

Stadium III adalah serangan gout akut (*gout interitis*), adalah tahap interikritis,. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.

d. Stadium IV

Stadium IV adalah gout kronik , dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak. serangan gout arthritis dapat terjadi pada tahap ini. Tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubilitas relatif asam urat. Awitan dan ukuran tofi secara proporsional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon, tendon achiles, permukaan ekstensor lengan bawah, bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihinggapi tofi. Pada masa ini tofi akan menghilang dengan terapi yang tepat.

Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat akan bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam *interstitium medulla, papilla, dan pyramid*, sehingga timbul proteinuria dan hipertensi ringan.

6. Tanda dan gejala

Menurut aspiyani yuli reni (2014)

- a. Nyeri padatulang sendi
- b. Kemerahan dan bengkak pada tulang sendi
- c. Tofi pada ibu jari, mata kaki dan pinna telinga
- d. Peningkatan suhu tubuh

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Aspiani, 2014) pemeriksaan diagnostik pada penderita gout arthritis, diantaranya:

- a. Serum asam urat

Terjadinya peningkatan kadar asam urat, dapat mencapai > 7,5 mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasikan adanya hiperurisemia akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi.

b. Leukosit

Menunjukkan peningkatan yang signifikan mencapai 20.000/mm³ selama serangan akut. Selama dalam tahap asimtomatik leukosit masih dalam batas 5.000-10.000/mm³.

c. Eusinofil sedimen rate (ESR)

Terjadi peningkatan selama serangan akut. Mengindikasikan adanya proses inflamasi akut sebagai akibat dari deposit asam urat di persendian.

d. Urin spesimen 24 jam

Urin dikumpulkan dan diperiksa untuk menentukan produksi dan ekskresi asam urat. Jumlah normal seseorang mengekskresikan 250-750 mg/24 jam asam urat dalam urin. Ketika kadar asam urat dalam tubuh meningkat maka kadar asam urat dalam urin akan meningkat juga. Kadar kurang dari 800 mg/24 jam mengindikasikan gangguan ekskresi pada pasien dengan peningkatan kadar asam urat.

e. Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis cairan aspirasi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum kristal urat yang tajam.

f. Pemeriksaan radiografi

Pada sendi yang terserang, hasil pemeriksaan menunjukkan tidak terdapat perubahan pada awal penyakit. Tetapi ketika penyakit telah berkembang progresif akan terlihat jelas area yang terganggu pada tulang yang berada dibawah sinavial sendi.

8. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 Diagnosa yang muncul pada kasus menyebutkan bahwa, masalah yang sering muncul pada gout arthritis adalah:

- a. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri persendian (kaku sendi)

9. Penatalaksanaan

- a. Menurunkan kadar asam urat dengan obat-obat urikosurik dan penghambat xanthin oksidase
- b. Pemberian obat anti inflamasi nonsteroid atau kolkisin
- c. Hindari faktor pencetus
- d. Minum 2-3 liter atau 10 gelas dan menghindari makanan yang mengandung tinggi purin. (Aspiani, 2014)

10. Pencegahan

Menurut (Aspiani, 2014) terapi pencegahan pada penderita gout arthritis, yaitu:

- a. Pembatasan purin

Pada diet normal, asupan purin biasanya mencapai 600-1000 mg per hari. Namun, penderita asam urat harus membatasi menjadi 120-150 mg per hari. Membatasi asupan purin berarti juga mengurangi konsumsi makanan yang berprotein tinggi. Asupan protein yang dianjurkan bagi penderita asam urat sekitar 50-70 gram bahan mentah/hari atau 0,8 gram/kg berat badan per hari.

- b. Asupan energi sesuai dengan kebutuhan

Jumlah asupan kalori harus benar disesuaikan dengan kebutuhan tubuh berdasarkan pada tinggi dan berat badan. Penderita gangguan asam urat yang kelebihan berat badan, berat badannya harus diturunkan dengan tetap memperhatikan jumlah konsumsi kalori. Asupan kalori yang terlalu sedikit juga bisa meningkatkan kadar asam urat karena adanya bahan keton yang akan mengurangi pengeluaran asam urat melalui urin.

- c. Mengonsumsi karbohidrat

Jenis karbohidrat yang dianjurkan yaitu karbohidrat kompleks seperti nasi, ubi, singkong dan roti. Karbohidrat kompleks ini sebaiknya dikonsumsi tidak kurang dari 100 gram per hari, yaitu sekitar 65-75% dari kebutuhan energi total.

d. Mengurangi konsumsi lemak

Makanan yang mengandung lemak tinggi seperti jeroan, *seafood*, makanan yang digoreng, makanan bersantan, margarin sebaiknya dibatasi. Konsumsi lemak sebaiknya 10-15% dari kebutuhan energi total.

e. Mengonsumsi banyak cairan

Penderita disarankan untuk mengonsumsi cairan minuman 2,5 liter atau 10 gelas per hari.

f. Tidak mengonsumsi minuman beralkohol

Alkohol akan meningkatkan asam laktat plasma. Asam laktat ini bisa menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh.

g. Mengonsumsi cukup vitamin dan mineral.