

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan rasa nyaman

a. Kebutuhan Dasar Manusia

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow (dalam Haswita dan Reni,2019) dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan, nutrisi, 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. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dan pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain ,memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemedekaan 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.

b. Pengertian rasa nyaman

Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi yang menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi 3 yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan sosial. Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Gangguan rasa nyaman dapat dialami dari usia anak-anak, remaja, dewasa, sampai lansia.

Konsep kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

2. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu.

Menurut *international Association For Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

3. 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 transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Menurut (Haswita, 2017) terdapat empat proses fisiologi nyeri, yaitu:

a. Proses transduksi

Transduksi nyeri adalah proses dimana stimulus noxius diubah

menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.

b. Proses transmisi

Transmisi adalah proses terlibatnya tiga komponen saraf yaitu 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 medulasi

Proses medulasi adalah aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.

d. Teori pengontrolan nyeri (*gate control*).

Peneliti mengetahui bahwa tidak ada pusat nyeri tertentu di sistem saraf. Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965). Mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, talamus, dan sistem limbik (Clancy dan McVicar, 1992). Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan Substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat dilihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pe san

yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantar ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endofrin dan dinofrin, suatu pembunuh nyeri alami berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, konseling, dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin. Peneliti tidak mengetahui bagaimana individu dapat mengaktifkan endofrin mereka.

e. Proses persepsi

Proses persepsi adalah 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.

4. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

a. Nyeri akut

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

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

5. Manifestasi klinis nyeri

a. Nyeri akut

1) Tanda mayor

Klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Tanda minor

Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu.

b. Nyeri kronis

1) Tanda mayor

Klien mengeluh nyeri dan merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.

2) Tanda minor

Klien merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

6. Faktor yang memengaruhi nyeri

Menurut Haswita (2017), Faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu:

a. Usia

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

b. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan

dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan 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.

c. Kebudayaan

Keyakinan 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 seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

g. Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran

terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimana pun, hal ini 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. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tidak tertahankan. Secara terus menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang 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. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

7. Pengukuran skala nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri, 2007 dalam Wiarto, 2017).

Nyeri dinilai berdasarkan tingkah laku manusia yang secara kultur mempengaruhi, sehingga latar belakang mempengaruhi ekspresi dan pemahaman terhadap nyeri. Penilaian skala nyeri dapat dibagi atas pasien yang memiliki kemampuan verbal dan dapat melaporkan sendiri rasa sakitnya (*self reported*) dan pasien dengan ketidakmampuan verbal baik karena terganggu kognitifnya, dalam keadaan tersedasi, ataupun berada

dalam mesin ventilator (Wiaro, 2017).

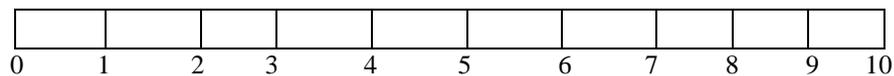
Berikut ini adalah beberapa cara pengukuran skala nyeri:

a. Pasien dapat berkomunikasi

1) *Numerical rating scale (NRS)*

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala *numeric* dari 0 hingga 10, di bawah ini, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2.1 *Numerical Rating Scale (NRS)*



Sumber: Wiaro 2017

2) *Visual descriptif scale (VDS)*

Terdapat skala sejenis yang adalah garis lurus, tanpa angka. Bisa bebas mengekspresikan nyeri, arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri yang sedang. Pasien diminta menunjukkan posisi nyeri pada garis antara kedua nilai ekstrem. Bila anda menunjuk tengah garis, menunjukkan nyeri yang moderate/sedang.

3) *Visual analogue scale (VAS)*

Cara lain untuk menilai intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan *visual analogue scale (VAS)*. 34 skala berupa garis lurus yang panjangnya biasanya 10 cm (atau 100 mm). Penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0 - < 4 = nyeri ringan, 4 - < 7 = nyeri sedang dan 7-10 = nyeri berat.

b. Pasien tidak dapat berkomunikasi

Tabel 2.1 Skala Flacc

DATA/TIME						
Face 0 – No particular expression or smile 1 – Occasional grimace or frown, withdraw, disinterested 2 – Frequent to constant quivering chin, clenched jaw						
Legs 0 – Normal position or relaxed 1 – Uneasy, restless, tense 2 – Kicking, or legs drawn up						
Activity 0 – Lying quietly, normal position, moves easily 1 – Squirming, shifting back and forth, tense 2 – Arched, rigid or jerking						
Cry 0 – No cry (awake or asleep) 1 – Moans or whimpers; occasional complaints 2 – Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints						
Consolability 0 – Content, relaxed 1 – Reassured by occasional touching, hugging or being talked to, distractible 2 – Difficult to console or comfort						
TOTAL SCORE						

Sumber wiaro, 2017.

Skala ini adalah skala perilaku yang telah dicoba pada anak usia 3-7 tahun. Setiap kategori (*face, legs, activity, cry, and consolability*) diberi nilai 0-2 dan dijumlahkan untuk mendapatkan total 0-10.

1) *Face pain rating scale*

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga wajah sedih, digunakan untuk rasa nyeri. Skala ini biasanya dipergunakan mulai anak usia 3 (tiga) tahun.

Gambar. 2.2 Skala Wajah.



Sumber: Saputra, 2013

2) Behavioral pain scale (BPS)

BPS adalah skala yang terdiri dari tiga indikator yaitu: ekspresi wajah, pergerakan ekstremitas atas, dan toleransi terhadap ventilasi mekanik. Alasan penggunaan tiga indikator ini adalah sebagai berikut: pergerakan saat dilakukannya suatu prosedur biasanya dianggap sebagai indikator nyeri perilaku dan banyak disertakan dalam skala nyeri perilaku pada anak. Ekspresi wajah dihubungkan dengan berbagai stimulasi nosiseptif yang menghasilkan bukti untuk ekspresi wajah dapat diterima secara luas sebagai indikator nyeri. Toleransi terhadap ventilasi mekanik sebagai suatu respon terhadap stimulus nosiseptif belum banyak mendapat perhatian.

Tabel 2.2 Behavioral Pain Scale (BPS)

Indikator	Karakteristik	Nilai
Ekspresi Wajah	Tenang	1
	Tegang sebagian (dahi mengerenyit)	2
	Tegang seluruhnya (kelopak mata menutup)	3
	Meringis/menyeringai	4
Ekstremitas Atas	Tenang	1
	Menekuk sebagian di daerah siku	2
	Menekuk seluruhnya dengan dahi Mengepal	3
	Menekuk total terus menerus	4
Toleransi terhadap ventilasi mekanik	Dapat mengikut pola ventilasi	1
	Batuk, tapi masih bisa mengikuti pola Ventilasi	2
	Melawan pola ventilasi	3
	Pola ventilasi tidak dapat diikuti	4

Sumber: Wiarto,2017

8. Respon Fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi “*flight- atau fight*”, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus menerus, berat, atau,

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

a. Stimulasi simpatik

- 1) Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan
- 2) Peningkatan frekuensi denyut jantung
- 3) Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah).
- 4) Peningkatan kadar glukosa darah
- 5) Diaforesis
- 6) Peningkatan ketegangan otot
- 7) Dilatasi pupil
- 8) Penurunan motilitas saluran cerna

b. Stimulasi parasimpatik

- 1) Pucat
- 2) Ketegangan otot
- 3) Penurunan denyut jantung dan tekanan darah
- 4) Pernapasan yang cepat dan tidak teratur
- 5) Mual dan muntah
- 6) Kelemahan atau kelelahan

9. Penanganan nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri non farmakologis adalah tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien dan tindakan farmakologis

adalah tindakan kolaborasi (Kozier etal, 2004 dalam Wahyuningsih, 2011).

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

a. 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 & Chayatin, 2008).

Table 2.3 Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber : (Mubarak & Chayatin, 2008)

b. 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 berkopling terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan area nyerinya.

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.

3) Kualitas nyeri

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

4) Pola

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

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stressor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnya nyeri.

6) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

8) Sumber koping

Setiap individu memiliki sumber koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, serta status emosional.

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, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Chayatin, 2008).

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Ekspresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada. Karenanya penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis sebab bisa jadi respons tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri (Mubarak & Chayatin, 2008).

d. Penetapan diagnosis

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosa yang muncul antara lain:

Tabel 2.4 diagnosa yang muncul

No	Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala Dan Tanda Minor Mayor		Faktor Risiko	Kondisi Klinis Terkait
			Subjektif	Objektif		
1	Gangguan rasa nyaman Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.	<ul style="list-style-type: none"> • Gejala penyakit • Kurang pengendalian situasional/ lingkungan • Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan). • Kurangnya privasi • Gangguan stimulus 	<ul style="list-style-type: none"> • Menge-luh tidak nyaman • Menge-luh sulit tidur • Tidak mampu rileks • Menge-luh kedinginan/ kepanasan • Merasa gatal • Menge- 	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan gejala distress • Tampak merintih/ menangis • Pola eliminasi berubah • Postur tubuh berubah • Iritabilitas 	(tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis • Keganasan • Distress • Psikologis • Kehamilan

		lingkungan <ul style="list-style-type: none"> • Efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi). • Gangguan adaptasi kehamilan 	luh mual <ul style="list-style-type: none"> • Menge-luh lelah 			
2	Nyeri akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	<ul style="list-style-type: none"> • Agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, lakemia, neoplasma) • Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) • Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	(tidak tersedia).	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Bersikap protektif • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur • Tekanan darah meningkat • Pola napas berubah • Nafsu makan berubah • Proses berpikir 	(tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi pembedahan • Cedera traumatis • Infeksi • Sindrom koroner akut • glaukoma

3	<p>Nyeri kronis</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi muskuloskeletal kronis • Kerusakan sistem saraf • Penekanan saraf • Infiltrasi tumor • Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor • Gangguan imunitas • Gangguan fungsi metabolik • Riwayat posisi kerja statis • Peningkatan indeks massa tubuh • Kondisi pasca trauma • Tekanan emosional • Riwayat penganiayaan • Riwayat penyalahgunaan obat/zat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh nyeri • Merasa depresi 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Gelisah • Tidak mampu menuntaskan aktivitas • Bersikap protektif • Waspada • Pola tidur berubah • Anoreksia • Fokus menyempit • Berfokus pada diri sendiri 	(tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi kronis • Infeksi • Cedera modula spinalis • Kondisi pasca trauma • Tumor
---	---	---	--	--	------------------	--

e. Rencana keperawatan

Tercantum beberapa intervensi keperawatan diagnosa nyeri dalam SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2018, diantaranya:

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>1. Nyeri akut</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik klien teratasi</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan pengungkapan kebutuhan 2. Edukasi efek samping obat 3. Edukasi manajemen nyeri

<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak tampak ekspresi meringis 3. Tidak gelisah 4. Tidak sulit tidur 5. Frekuensi nadi normal 6. Nyeri terkontrol 7. Mampu mengenali onset nyeri 8. Mampu mengenali penyebab nyeri 9. Mampu menggunakan teknik non farmakologis 	<p>nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 terhadap kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgesik 10. Monitor tanda-tanda vital. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis secara tepat. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penggunaan analgetik, bila perlu. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Edukasi proses penyakit 5. Edukasi teknik napas 6. Kompres dingin 7. Kompres panas 8. Konsultasi 9. Latihan pernapasan 10. Manajemen efek samping obat 11. Manajemen kenyamanan lingkungan 12. Manajemen medikasi 13. Pemantauan nyeri 14. Pemberian obat 15. Pemberian obat intravena 16. Pemberian obat oral 17. Pemberian obat topical 18. Pengaturan posisi 19. Perawatan amputasi 20. Perawatan kenyamanan 21. Terapi relaksasi
<p>2. Gangguan Rasa nyaman</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien merasa nyaman 2. Klien merasa rileks 3. Tidak gelisah 4. Tidak sulit tidur 5. Tidak mengeluh mual 	<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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas/ istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga 6. Edukasi kemoterapi 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi latihan diri 9. Edukasi stress 10. Edukasi manajemen nyeri

<p>6. Tidak menunjukkan gejala distress.</p> <p>7. Tidak tampak merintih/menangis</p>	<p>memperingan nyeri.</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup.</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</p> <p>10. Monitor tanda-tanda vital.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis secara tepat.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi penggunaan analgetik, bila perlu.</p>	<p>11. Edukasi penyakit</p> <p>12. Edukasi teknik napas</p> <p>13. Kompres dingin</p> <p>14. Kompres hangat</p> <p>15. Konaeling</p> <p>16. Manajemen hipertermia</p> <p>17. Manajemen hipotermia</p> <p>18. Manajemen kenyamanan lingkungan</p>
---	---	--

f. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin lebih pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien, dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010).

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi

dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Penulis tidak melakukan kolaborasi obat karena asuhan keperawatan tidak dilakukan di rumah sakit, melainkan pada keluarga. Dengan demikian penulis melakukan asuhan keperawatan sendiri, tidak dibantu oleh tenaga kesehatan lain.

g. Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon perilaku klien terhadap intervensi penanganan nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

Tabel 2.6 Evaluasi Keperawatan (SLKI, 2019).

Tingkat Nyeri					
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.					
Ekspektasi	Menurun				
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5

Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1		3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia		2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

2. Asuhan keperawatan keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model

Family Center Friedman, yaitu :

A. Data Umum

1. Identitas kepala keluarga
 - a. Nama kepala keluarga.
 - b. Umur (KK).
 - c. Alamat.

2. Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.7 Komposisi keluarga

No	Nama	Hub.	Umur(TTL)	Pendidikan	Pekerjaan	Imunisasi

Sumber: Achjar, 2010

1) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

2) Tipe keluarga

Menurut Maria (2017) tipe keluarga di bagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional).

a) Keluarga tradisional

- Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota inti hidup Bersama dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu dan anak-anak.
- Keluarga besar yaitu keluarga yang cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anaknya-anaknya menikah dan memiliki anak dan kemudian menikah lagi dan memilikianak pula.
- Keluarga *Dyad* (Pasangan inti) merupakan tipe keluarga yang biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dulu.
- Keluarga *Single Parent* adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini bisa disebabkan karena

perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi *single parent* mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

- Keluarga *Single Adult* (Bujang dewasa) yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu. Orang dewasa inilah yang kemudian disebut *single adult*. Meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat, namun ia terhitung single di tempat lain.

b) Keluarga modern

- *The Unmarriedteenege Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi terjadi di masyarakat. meski pada akhirnya beberapa pasangan menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

- *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup Bersama anak-anaknya, baik dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

- *The Stepparent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak di adopsi oleh sepasang suami istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

- *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam

penampungan atau memang tidak memiliki kesepakatan Bersama untuk hidup satu atap. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang lama. Mereka memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas dan pengalaman yang sama.

- *The Non Marital Heterosexual Cohabiting Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

- *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri.

- *Cohabiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

- *Group Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

- *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

- *Foster Family*

Seorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang menampungnya dalam kurun waktu tertentu.

Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepadaseseorang dalam waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya.

- *Institusional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan dititipkan oleh keluarga atau memang di temukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial.

- *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

3) Suku bangsa

Mengetahui suku dan budaya pasien beserta keluarganya merupakan hal penting. Dari budaya keluarga tersebut, kita akan mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga. Tentu saja tidak semua budaya dikaji, melainkan hanya yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017).

4) Agama

Semua agama ada bagian tertentu yang mengajarkan kebersihan dan kesehatan. Akan tetapi bagaimana kadar pasien dan keluarga menjalankannya. Mengetahui agama pasien dan keluarganya tidak hanya sebatas nama agamanya, melainkan bagaimana mereka mengamalkan ajaran-ajaran agama atau kepercayaannya. Hal ini buka untuk menjustifikasi melalui agama, melainkan mengetahui sejauh aman kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Bakri, 2017).

5) Status sosial ekonomi keluarga

Status ekonomi cenderung menentukan bagaimana sebuah keluarga menjaga kesehatan anggota keluarganya. Meski hal ini tidak bisa digeneralisir, namun bagi yang memiliki pendapatan yang berkecukupan, tentu anggota keluarga akan memiliki perawatan yang memadai. Status sosial tak selalu ditentukan oleh pendapatannya meski hal tersebut sangat mempengaruhi. Bisa jadi seseorang mendapatkan status sosial karena pengaruhnya di masyarakat atau komunitas. Selain itu, kebutuhan atau pengeluaran keluarga juga menjadi penyebab berikutnya. Artinya, perawat juga perlu mengetahui tingkat konsumsi keluarga beserta anggotanya (Maria, 2017).

6) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi bisa menentukan kadar stress keluarga sehingga menimbulkan beban pada akhirnya membuat sakit. Akan tetapi, bentuk rekreasi tidak hanya dilihat dari kemana pergi bersama keluarga, melainkan hal-hal yang sederhana yang bisa dilakukan dirumah. Misalnya menonton televisi, membaca buku, mendengarkan music, berselancar di media sosial, dan lain-lain (Maria, 2017).

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi. Misalnya faktor ekonomi, karena keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan makan yang sehat dan aman, maka anggota keluarga mudah terserang penyakit.

Tahap perkembangan keluarga ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti (Maria, 2017).

Menurut Santun & Agus, 2008 tahap dan tugas perkembangan keluarga antara lain :

- a) Pasangan pemula atau pasangan baru menikah
 - b) Keluarga dengan “*child bearing*” kelahiran anak pertama
 - c) Keluarga dengan anak prasekolah (anak pertama berusia 2,5-5 tahun)
 - d) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak pertama berusia 6-12 tahun)
 - e) Keluarga dengan anak remaja (anak pertama berusia 13-20 tahun)
 - f) Keluarga dengan melepaskan anak ke masyarakat
 - g) Keluarga dengan tahapan berdua kembali
 - h) Keluarga dengan tahapan masa tua
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar mana saja tugas yang telah diselesaikan. Dengan begitu, akan tampak tugas apa saja yang belum dilaksanakan.

Jika ada beberapa tugas yang belum diselesaikan, kemudian dikaji kendala apa yang menyebabkannya. Lalu apakah tugas tersebut bisa diselesaikan segera ataukah bisa ditunda (Maria, 2017).

- 3) Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas

kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017).

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetic atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi (Maria, 2017).

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Perawat membutuhkan data karakteristik rumah yang di hni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara (AC), pencahayaan, banyak jendela, tata letak perabotan, penempatan *septic tank* beserta kapasitas dan jenisnya, jarak sumber air dengan *septic tank*, konsumsi makanan olahan dan minum keluarga, dan lain sebagainya.

2) Karakteristik tetangga dan RT-RW

Perawat perlu mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Selain interkasi dengan tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individua tau keluarga memiliki pergaulannya sendiri, baik dikomunitas hobi, kantor, sekolah, maupun hanya teman main. Interaksi ini juga bisa digunakan untuk melacak jejak darimana penyakit

yang di dapatkan oleh pasien.

4) Mobilitas geografis keluarga

Salah satu dari perkembangan keluarga adalah mobilitas fisik. Paling minimal berpindah dari rumah orangtua menuju rumah sendiri. Atau jika merantau, dimana saja ia pernah kontrak rumah. Atau sebagai pegawai sering ditugaskan diberbagai kota.

5) Sistem pendukung keluarga

Setiap keluarga tentu menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya. Fasilitas-fasilitas inilah yang perlu dikaji sistem pendukung keluarga. Selain fasilitas, data sistem pendukung ini juga membutuhkan fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat (Bakri, 2017).

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi (Bakri, 2017).

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya (Bakri, 2017).

3) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya anak yang harus belajar atau bermain, jika tak melakukannya, tentu orangtua akan gelisah. Begitu pula jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya (Bakri, 2017).

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya ?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga ?
- c) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain ?
- d) Bagaimana sensitivitas antar anggota keluarga ?
- e) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga ?
- f) Bagaimana anggota keluarga saling mempercayai, memberikan perhatian dan saling mendukung satu sama lain ?
- g) Bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan ?

- h) Apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan? (Maria, 2017).
- 2) Fungsi sosialisasi
- a) Bagaimana keluarga membesarkan anak, termasuk pola kontrol perilaku, penghargaan, disiplin, kebebasan dan ketergantungan, hukuman, memberi dan menerima cinta sesuai dengan tingkatan usia? Siapa yang bertanggung jawab?
 - b) Kebudayaan yang di anut dalam membesarkan anak?
 - c) Apakah keluarga merupakan risiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak ? faktor resiko apa yang memungkinkan ?
 - d) Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak, seperti tempat bermain dan istirahat dikamar tidur sendiri ? (Maria, 2017).
- 3) Fungsi perawatan keluarga
- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan) (Achjar,2010).
- f. Stress dan coping keluarga
- 1) Stressor jangka pendek
Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.
 - 2) Stressor jangka Panjang
Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).

Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap
situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

3) Strategi koping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila
menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang
digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan
(Setiadi, 2008).

g. Harapan keluarga

Pada bagian ini perlu diuraikan bagaimana harapan
keluaragklien terhadap penyakit yang di derita klien. Selain
itu, sebagai pendukung dan motivasi, perawat juga perlu
mengetahui bagaimana atau apa saja harapan keluarga
terhadap perawat. Harapan ini sudah selayaknya di
usahakan semaksimal mungkin oleh perawat agar keluarga
merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan.

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis
untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan.
Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis
seperti :

1). Diagnosis sehat/*wellness*

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

2). Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat

paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

3). Diagnosis nyata/gangguan

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

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) 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) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan 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 memodifikasi lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya *higiyene* sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi :
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang di dapat
 - c) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - d) Pelayanan kesehtan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel.

Table 2.8
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	• Tidak/kurang sehat	3	
2.	• Ancaman kesehatan	2	1
	• Keadaan sejahtera	1	
3.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Mudah	2	2
4.	• Sebagian	1	
	• Tidak dapat	0	
4.	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi	3	1
4.	• Cukup	2	
	• Rendah Menonjolnya masalah	1	1
4.	• Masalah yang benar-benar harus ditangani	2	
	• Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
	• Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber : Maria, 2017

Skoring

- a. Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
- b. Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- c. Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- d. Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- e. Jumlah skor dari semua kriteria.

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak M khususnya anak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah karies gigi pada anak.
- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak M khususnya anak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien karies gigi.
- c. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak M khususnya anak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien karies gigi.
- d. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak M khususnya anak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien karies gigi.
- e. Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga bapak M khususnya anak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien karies gigi.

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 jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan SMART (S= spesifik, M= measurable/ dapat diukur, A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/ punya limit waktu) (Achjar, 2010).

4. Implementasi

Implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun, perawat membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup :

- a) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga
- b) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan
- c) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga
- d) Membantu keluarga mewujudkan lingkungan sehat
- e) Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan (Maria, 2017).

5.. Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh

keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosis.

P: adalah perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga pada tahapan evaluasi (Maria, 2017).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian karies gigi

Karies merupakan suatu penyakit jaringan keras gigi, yaitu email, dentin dan sementum, yang disebabkan oleh aktivitas suatu jasad renik dalam suatu karbohidrat yang dapat diragikan (Kidd, 2012).

Karies gigi adalah kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh asam yang ada dalam karbohidrat melalui perantara mikroorganisme yang ada dalam saliva (Irma, 2013).

Jadi dapat disimpulkan bahwa karies gigi adalah penyakit/kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh adanya aktivitas mikroba yang terdapat dalam karbohidrat yang dapat diragikan.

1. Klasifikasi Karies Gigi

Indah Irma (2013) mengklasifikasikan karies gigi menjadi 2 yaitu berdasarkan lokasi dan berdasar kedalamannya.

a. Karies berdasarkan lokasi :

- 1) Karies berdasarkan lokasi permukaan kunyah dapat dibagi :
 - a) Karies *occlusal*
 - b) Karies *labial*
 - c) Karies *buka*
 - d) Karies *palatal/lingual*
 - e) Karies *aproximal*
 - f) Karies kombinasi (mengenai semua permukaan)
- 2) Karies yang ditemukan di permukaan halus :

- a) Karies proksimal adalah tipe yang paling sulit terdeteksi. Tipe ini kadang tidak dapat dideteksi secara visual atau manual dengan sebuah *explorer* gigi. Karies ini memerlukan pemeriksaan radiografi.
 - b) Karies akar adalah tipe karies yang sering terjadi. Biasanya terbentuk ketika permukaan akar telah terbuka karena resensi gusi.
 - c) Karies di celah atau fisura gigi. Celah dan fisura adalah tanda anatomis gigi. Fisura terbentuk saat perkembangan alur, dan tidak sepenuhnya menyatu, membuat suatu turunan atau *depresio* yang khas pada struktur permukaan email. Tempat ini mudah sekali menjadi lokasi karies gigi.
- b. Karies berdasarkan kedalamannya :
- 1) Karies superfisial, yaitu karies yang hanya mengenai email gigi.
 - 2) Karies media, yaitu karies yang mengenai email dan telah mencapaisetengah dentin.
 - 3) Karies profunda, yaitu karies yang mengenai lebih dari setengah dentin dan bahkan menembus pulpa.

2. Etiologi

Etiologi karies menurut Indah Irma 2013, Karies gigi disebabkan oleh 3 faktor / komponen yang saling berinteraksi yaitu :

- a. Komponen dari gigi dan air ludah (saliva) yang meliputi : komposisi gigi, morfologi gigi, posisi gigi, pH saliva, kuantitas saliva, kekentalan saliva.
- b. Komponen mikroorganisme yang ada dalam mulut yang mampu menghasilkan asam melalui peragian yaitu : *Streptococcus*, *Lactobacillus*.
- c. Komponen makanan, yang sangat berperan adalah makanan yang mengandung karbohidrat misalnya sukrosa dan glukosa yang dapat diragikan oleh bakteri tertentu dan membentuk asam.

Tiga jenis bakteri yang menyebabkan karies yaitu :

a. *Lactobacillus*

Populasinya dipengaruhi oleh kebiasaan makan. Tempat yang paling disukai adalah lesi dentin yang dalam. Jumlah banyak yang ditemukan di plak dan dentin berkaries hanya kebetulan dan *Lactobacillus* hanya dianggap faktor pembantu proses karies.

b. *Streptococcus*

Bakteri kokus gram positif ini adalah penyebab utama karies dan jumlahnya terbanyak di dalam mulut. Salah satu spesiesnya, yaitu *Streptococcus mutans*, lebih bersifat asidurik dibandingkan yang lain dan dapat menurunkan pH medium hingga 4,3.

c. *Actinomyces*

Semua spesies *Actinomyces* memfermentasi glukosa, terutama berbentuk asam laktat, asetat, suksinat, dan asam format. *Actinomyces viscosus* dan *A. naeslundii* mampu membentuk karies akar, fisura, dan merusak peridontonium.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Pratiwi (2017) tanda dan gejala munculnya karies gigi adalah tanda awal adalah lesi berbecak putih pada permukaan gigi, sebuah lesi yang muncul cokelat dan mengkilap menunjukkan karies pernah hadir tapi proses demineralisasi telah berhenti, meninggalkan noda, sebuah bercak cokelat yang kusam dalam penampilan mungkin tanda karies aktif, sakit gigi serta linu pada gigi yang berlubang apabila gigi tersebut terkena rangsangan dingin, panas, makanan asin dan manis. Rasa sakit tersebut akan menghilang sekitar 1 sampai 2 detik setelah rangsangan dihilangkan, bau mulut.

4. Akibat karies gigi

Jika karies belum menembus email gigi, maka belum terasa apa-apa. Tapi jika sudah mencapai lapisan dentin biasanya akan merasakan rasa ngilu. Proses pembentukan karies ini akan berlanjut bertambah besar dan

bertambah dalam. Lubang gigi yang besar ini akan menjadi jalan masuk bakteri-bakteri yang ada didalam mulut untuk menginfeksi jaringan pulpa gigi tersebut yang akan menimbulkan rasa sakit berdenyut sampai ke kepala, begitu juga apabila gigi tersebut terkena rangsangan dingin, panas, makanan yang manis dan asam. Pada tahap awal karies gigi walaupun tidak menimbulkan keluhan harus segera dirawat, karena penjaran karies mula-mula terjadi pada email. Bila tidak segera dibersihkan dan tidak segera ditambal, karies akan menjalar ke lapisan dentin hingga sampai ke ruang pulpa yang berisi pembuluh saraf dan pembuluh darah, sehingga menimbulkan rasa sakit dan akhirnya gigi tersebut bisa mati. Pada tahap lanjut, selain menimbulkan keluhan yang cukup mengganggu, maka apabila tetap dibiarkan tanpa perawatan, proses karies akan semakin berlanjut sehingga akan merusak jaringan pulpa/syaraf gigi. Pada tahap seperti ini dapat disertai timbulnya bau mulut (halitosis) sehingga mengganggu pergaulan. Jika kavitas sudah terlalu dalam dan menyebabkan pulpa terinfeksi, lama-kelamaan pulpa akan mati. Bakteri-bakteri ini akan terus menginfeksi jaringan dibawah gigi dan menimbulkan periodontitis apikalis yaitu peradangan jaringan periodontal disekitar ujung akar gigi. Apabila tidak dirawat kondisi tersebut akan bertambah parah sampai terbentuk abses periapikal (terbentuknya nanah didaerah apeks gigi atau didaerah ujung akar), *granuloma*, sampai kista gigi (Ramadhan, 2010).

5. Patofisiologi

Karies adalah kerusakan yang disebabkan oleh demineralisasi dan penyebaran struktur gigi yang disebabkan oleh penurunan pH di permukaan gigi. Menurut Wheeler Penurunan pH lokal terjadi sebagai hasil metabolisme plak, tetapi hanya plak yang mengandung *Streptococcus mutans* dan *Lactobacilus* dengan konsentrasi tinggi yang dapat menghasilkan keadaan yang cukup asam dan menyebabkan demineralisasi gigi. Satu eksposur dari sukrosa menjadi plak kariogenik hasil dari metabolisme nutrisi menjadi asam organik. Asam organik

berdisosiasi menurunkan kadar keasaman lokal. Menurunnya pH menghasilkan perubahan yang signifikan pada kandungan mineral di permukaan gigi.

Demineralisasi jaringan keras gigi akan diikuti oleh kerusakan bahan organiknya. Akibatnya, terjadi invasi bakteri dan kematian pulpa serta penyebaran infeksinya ke jaringan periapiks yang dapat menyebabkan nyeri. Walaupun demikian, mengingat mungkin terjadinya demineralisasi, pada stadium yang sangat dini penyakit ini dapat dihentikan (Hidayat, 2016).

6. Penatalaksanaan

Cara pencegahan karies gigi anak dapat dilakukan, diantaranya ajarkan anak untuk membiasakan gosok gigi, baik setelah makan maupun sebelum tidur, bersihkan permukaan gigi dari plak yang menempel agar sisa-sisa makanan terangkat, kurangi mengkonsumsi yang manis-manis, seperti buah, permen, dan coklat, rajin berkumur setelah makan atau minum sesuatu terutama setelah minum yang manis, hindari konsumsi soda atau minuman sejenis, periksakan kesehatan gigi dengan teratur untuk mencegah munculnya karies gigi pada anak (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

Cara menggosok gigi yang benar, posisikan sikat gigi pada sudut 45° dari gusi, maju dan mundur secara lembut dengan gerakan pendek, gunakan ujung sikat untuk membersihkan permukaan gigi depan dengan gerakan keatas dan bawah, sikat lidah dengan lembut untuk menghilangkan bakteri dan menjaga tetap segar.

Pencegahan terbaik adalah dengan menjaga kebersihan gigi dan mulut (Indah Irma, 2013). Menjaga kebersihan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan cara gosok gigi. Pasta gigi yang digunakan untuk gosok gigi adalah yang mengandung *fluoride*. Khasiat mengurangi timbulnya karies gigi pada pasta gigi yang mengandung *fluoride* adalah sekitar 15% sampai 30%. Percobaan klinis pasta gigi yang mengandung *fluoride* dalam berbagai bentuk sudah sering dibahas dimana-mana

(Kidd, 2012).

a. Obat alami untuk sakit gigi

Teh hijau

Teh hijau mampu menghambat pertumbuhan bakteri *Streptococcus mutans*. Peningkatan konsentrasi ekstrak daun teh hijau berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan efek antibakteri. Zat antibakteri mempunyai berbagai cara dalam menghambat pertumbuhan bakteri. Kerusakan pada salah satu struktur penyusun sel bakteri dapat menyebabkan perubahan-perubahan struktur dan kerja bakteri. Hal ini dapat mengakibatkan pertumbuhan bakteri terhambat, bahkan mengakibatkan kematian sel.

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Batasan Keluarga

Pengertian Keperawatan Kesehatan Keluarga (*Family Health Nursing*) dapat dinyatakan berdasar berbagai sumber sebagai berikut:

- a. Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998)
- b. 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 (Burges dkk, 1963)
- c. Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan arah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Murray & Zentner, 1997).

- d. Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik dan dukungan ekonomi (Hanson,1996).
- e. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan perkawinan, darah atau adopsi dan hidup dalam satu rumah yang saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Baylon dan Maglaya, 1978)
- f. Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1998).

Dari Semua penjelasan di atas, disimpulkan ada beberapa poin yang bisa diperinci dari pengertian keluarga:

- 1) Kelompok kecil, terdiri atas dua orang atau lebih
- 2) Adanya catatan sipil seperti perkawinan dan kelahiran
- 3) Hidup dalam satu rumah
- 4) Berinteraksi sesama anggota keluarga
- 5) Setiap anggota keluarga memiliki peran masing-masing
- 6) Menciptakan dan mempertahankan suatu tradisi tertentu

Pentingnya pembahasan mengenai keluarga ialah untuk memberikan batasan tentang siapa saja yang bisa dan perlu dirawat dalam sebuah keluarga, yang menjadi tugas perawat keluarga. Tidak semua yang berada dalam rumah, secara administrasi dapat dirawat, melainkan hanya yang masuk dalam definisi keluarga. (Maria,2017)

2. Tipe Keluarga

Mengenai tipe keluarga ini, para ahli telah menawarkan pandangannya masing-masing. Untuk dapat memahami keseluruhannya, di bawah ini dipaparkan pendapat menurut Sussman (1974), Maclin (1988), Anderson Carter, dan Setiadi (Via Dion dan Yasinta, 2013). Pembagian tipe yang dilakukan oleh para ahli ini bukan untuk dijadikan persoalan. Hal ini semata-

mata untuk membatasi kerja profesional keperawatan agar dapat memahami kondisi keluarga, toleran, dan sensitif terhadap perbedaan sosial dan gaya hidup.

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (nontradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota seperti umumnya, yaitu kedua orang tua dan anak. Akan tetapi, struktur keluarga ini tidak semerta-merta terdapat pada keluarga modern. (Maria, 2017)

a. Tipe Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini merupakan yang paling umum kita temui di mana saja, terutama di negara-negara timur yang menjunjung tinggi norma-norma. Ada beberapa ciri atau tipe keluarga tradisional, sebagai berikut.

1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup bersama dan saling menjaga. Mereka adalah, ayah, ibu dan anak-anak.

2) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, dan kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula

3) Keluarga *Dyad* (Pasangan Inti)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami-istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dulu. Akan tetapi jika di kemudian hari memiliki anak, maka status tipe keluarga ini menjadi keluarga inti.

4) Keluarga *Single Parent*

Single Parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini bisa disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, *Single Parent* mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

5) Keluarga *Single Adult* (Bujang dewasa)

Dalam istilah kekinian, Tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu, misalnya bekerja atau kuliah. Seseorang yang berada jauh dari keluarga ini kemudian tinggal di rumah kontrakan atau indekos. Orang dewasa inilah yang kemudian disebut sebagai *singel adult*. Meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat, namun ia terhitung *single* di tempat lain. (Maria, 2017)

b. Tipe Keluarga *Modern* (Nontradisional)

Keberadaan keluarga modern bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatarbelakangi kenapa muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga yang tidak hanya sebatas keluarga inti. Relasi sosial yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi bisa saling terkait dan terikat. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Apalagi soal legalitas kini syarat-syaratnya mudah dipenuhi. Berikut ialah beberapa tipe keluarga modern.

1) *The Unmarriedteenage Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya sendirian. Kehidupan seorang

ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang termasuk dalam kategori keluarga.

2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya, baik anak dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru

3) *The Stepparent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seseorang anak diadopsi oleh sepasang suami-istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan the stepparent family.

4) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama hidup satu atap. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang singkat, sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

5) *The Non Marital Heterosexual Cohabiting Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

6) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners).

7) *Cohabiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa suatu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakatan untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

9) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

10) *Foster Family*

Seorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya.

11) *Institusional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan dititipkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial.

12) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental. (Maria,2017)

3. **Struktur dalam Keluarga**

Menurut Maria (2017), pola hubungan daalm keluarga turut membentuka kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur ini pun bisa fleksibel diperluas atau dipersempit tergantung pada sebuah keluarga dalam merespon interaksi dalam keluarga. Struktur keluarga yang sangat kaku atau fleksibel dapat mengganggu atau merusak fungsi keluarga. Struktur dan fungsi merupakan hal yang berhubungan erat dan terus-menerus berinteraksi satu sama lain.

a. Pola Komunikasi Keluarga

Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik: a) terbuka, jujur, berpikiran positif, dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga; b) komunikasi berkualitas antara pembicara dan pendengar. Dalam pola komunikasi, hal ini bisa disebut dengan stimulus-respons. Dengan pola komunikasi yang berfungsi dengan baik ini, penyampai pesan (pembicara) akan mengemukakan pendapat, meminta dan menerima umpan balik. Sementara dari pihak sebrang, penerima pesan selalu dalam kondisi siap mendengarkan, memberi umpan balik, dan melakukan validasi. Sementara bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dengan baik akan menyebabkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga. Karakteristik dari pola komunikasi ini antara lain:

- 1) Fokus pembicaraan hanya pada satu orang, misalnya kepala keluarga yang menjadi penentu atas segala apa yang terjadi dan dilakukan oleh anggota keluarga;
- 2) Tidak ada diskusi di dalam rumah, seluruh anggota keluarga hanya menyetujui entah benar-benar setuju atau terpaksa;
- 3) Hilangnya empati di dalam keluarga, karena masing-masing anggota keluarga tidak bisa menyatakan pendapatnya. Akibat dari pola komunikasi dan pola asuh ini akhirnya komunikasi dalam keluarga menjadi tertutup.

b. Struktur Peran

Struktur peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestik, anak dan lain sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mendukung dan mengerti. Selain peran pokok tersebut, ada pula peran informal. Peran ini dijalankan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antara anggota keluarga. Misalnya

seorang suami memperbolehkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal. Begitu pula sebaliknya, suami juga tidak segan mengerjakan peran informalnya dengan membantu istri mengurus rumah.

c. Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan memengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan. Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi. Kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara.

d. Nilai- Nilai dalam Kehidupan Keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap, dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri, melainkan juga warisan yang dibawa dari keluarga istri ataupun suami. Perpaduan dua nilai yang berbeda inilah yang kemudian melahirkan nilai-nilai baru bagi sebuah keluarga (Maria, 2017).

4. Fungsi dan Peran Keluarga

a) Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga yaitu:

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon

dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan mebesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

6) Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota

keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

7) Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya. (Komang, 2012)

b. Peran Keluarga

Adapun peran masing-masing anggota keluarga dapat dideskripsikan sebagai berikut.

1) Peranan Ayah

Dalam tradisi masyarakat kita, ayah memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam keluarga. Posisinya sering menjadi rujukan anggota keluarga dalam menentukan perilaku dan arah hidup keluarga. Hal ini sangat wajar karena ayah memiliki peran sebagai pemimpin/kepala keluarga pencari nafkah, pelindung, pemberi rasa aman, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2) Peranan Ibu

Peran ibu tidak kalah penting dengan ayah. Dalam masyarakat kita, ibu cenderung menjadi teman dan pendidik pertama bagi anak. Selain mengurus wilayah domestik keluarga, ibu juga berperan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

3) Peranan Anak

Dalam posisi ini, anak menjadi objek sekaligus subjek. Anak yang dibentuk oleh keluarga pada saat bersamaan juga memiliki perannya tersendiri. Dalam tradisi masyarakat kita, anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual. (Maria, 2017).

5. Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga adalah sebuah proses perubahan sistem keluarga yang bergerak bertahap dari waktu ke waktu. Setiap tahapan umumnya memiliki tugas dan risiko kesehatan yang berbeda-beda. Duval (via Dion dan Betan, 2013), membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

1. Keluarga Baru

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan. Pada tahap ini pasangan baru memiliki tugas perkembangan untuk membina hubungan intim yang memuaskan di dalam keluarga, membuat berbagai kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama, termasuk dalam hal merencanakan anak, persiapan menjadi orang tua, dan mencari pengetahuan prenatal care.

2. Keluarga dengan Anak Pertama < 30 bulan (*Child Bearing*)

Tahap keluarga dengan anak pertama ialah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Pada masa ini sering timbul konflik yang dipicu kecemburuan pasangan akan perhatian yang lebih ditujukan kepada anggota keluarga baru. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini yaitu kesadaran akan perlunya beradaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan keharmonisan pasangan suami istri, berbagi peran dan tanggung jawab, juga mempersiapkan biaya untuk anak.

3. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama usia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan ialah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan, dan anak.

4. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung sejak anak pertama menginjak sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja. Dalam hal ini, sosialisasi anak

semakin melebar. Tidak hanya di lingkungan rumah, melainkan juga di sekolah dan lingkungan yang lebih luas lagi. Tugas perkembangannya adalah anak harus sudah diperhatikan minat dan bakatnya sehingga orangtua mengarahkan dengan tepat, membekali anak dengan berbagai kegiatan kreatif agar motoriknya berkembang dengan baik, dan memperhatikan anak akan risiko pengaruh teman serta sekolahnya.

5. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orangtua perlu memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggungjawab. Hal ini mengingat bahwa remaja adalah seseorang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi. Ia ingin mengatur kehidupannya sendiri tetapi masih membutuhkan bimbingan. Oleh sebab itu, komunikasi antara orangtua dan anak harus terus dijaga.

6. Keluarga dengan Anak Dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri. Dalam hal ini, orangtua mesti merelakan anak untuk pergi jauh dari rumahnya demi tujuan tertentu. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan mempersiapkan anak untuk hidup mandiri, menjaga keharmonisan dengan pasangan, memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, bersiap mengurus keluarga besar (orangtua pasangan) memasuki masa tua, dan memberikan contoh kepada anak-anak mengenai lingkungan rumah yang positif.

7. Keluarga Usia Pertengahan (*middle age family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal. Tugas perkembangan keluarganya, yaitu menjaga kesehatan, meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak, dan teman sebaya, serta mempersiapkan masa tua.

8. Keluarga Lanjut Usia

Masa lanjut usia adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara. Selain itu melakukan "*life review*" juga penting, disamping tetap mempertahankan kedamaian rumah, menjaga kesehatan, dan mempersiapkan kematian (Maria,2017).