

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1) Konsep Kebutuhan Dasar Virginia Henderson**

Kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson Manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan ( *life span* ). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar dan status kesehatan individu. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu :

- a. Terhambat dalam melakukan aktivitas
- b. Belum mampu melakukan aktivitas
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas

Virginia Henderson dalam Potter dan Perry membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut :

- a. Bernafas secara normal

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur kursi yang cocok, serta menggunakan bantal alas dan sejenisnya sebagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan n kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

- b. Makan dan minum yang cukup

Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan penyediaan makana, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan sosial klien.

- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)  
Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan  
Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.
- e. Istirahat dan tidur  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat  
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilih pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan  
Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembapan atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktivitasnya.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan  
Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep-konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standart kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.
- i. Kebutuhan rasn aman dan nyaman  
Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahay yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.

- j. **Berkomunikasi**  
Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klinen dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mamapu menciptakan lingkungan yang terapeutik.
- k. **Beribadah sesuai agama dan kepercayaan**  
Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan.
- l. **Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup**  
Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.
- m. **Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi**  
Perawat mampu memilihkan aktivitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya,
- n. **Belajar**  
Perawat dapat membantu klien belajar dalam mendorong usaha penyembuhan dn meningkatkan kesehatan, serta memperkuat dan mengikuti rencana terapi yang diberikan (Mubarak,2015).

## **2) Kebutuhan Aktivitas**

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, 2015. Kemampuan aktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut menyerupai berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Dengan aktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan

baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persyarafan dan sistem muskuloskeletal yang adekuat. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

a. Koordinasi mekanika tubuh

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, 2015. Koordinasi mekanika tubuh melibatkan fungsi sistem muskuloskeletal dan sistem syaraf (neuromuskular). Komponen sistem muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago dan sendi.

1) Tulang adalah jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel yaitu osteoblast, osteoit, osteoklas.

Fungsi tulang antara lain :

- a) Sebagai penyangga jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh
- b) Melindungi organ tubuh lunak, seperti otak, jantung dan paru-paru
- c) Membantu pergerakan tubuh
- d) Membantu proses hematopoesis yaitu proses pembentukan sel darah merah disumsum tulang.

2) Otot

Berfungsi untuk kontraksi dan menghasilkan gerakan-gerakan. Otot ada tiga macam, yaitu otot rangka, otot polos, otot jantung

3) Tendon

Adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi. Tendon Achilles (tendon kalkaneus) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat didalam tubuh

4) Ligamen

Adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur, dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendian dan menjaga kestabilan

5) Kartilago

Terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat, tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Zat makanan yang sampai ke sel kartilago berasal dari kapiler diperikondrium (jaringan fibrosa yang menutupi kartilago) dengan proses difusi, atau pada kartilago sendi melalui cairan sinoveral.

6) Sendi

Persendian memfasilitasi pergerakan dengan memungkinkan terjadinya kelenturan. Ada beberapa jenis persendian, antara lain sendi sinartoses ( sendi yang tidak bergerak), sendi amfiartoses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan, seperti tulang vertebrata), dan sendi diartroses (sendi yang bebas pergerakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher).

**3) Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas adalah**

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, (2015)

1. Kesehatan fisik
2. Status mental
3. Gaya hidup
4. Sikap dan nilai personal
5. Nutrisi
6. Stres
7. Faktor sosial

**4) Mobilisasi, menurut Wahit Iqbal Mubarak (2015)**

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemampuan diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit-penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). Lingkup

mobilisasi itu sendiri mencakup *exercise* atau *range of motion* (ROM), ambulasi, body mechanic (Kozier, 2000)

*Exercise* itu sendiri dalam bahasa Indonesia berarti latihan, sedangkan ROM terdiri atas dua kata yaitu ROM (*range of motion*) yang artinya ruang lingkup gerak sendi dan ROM (*rang of motion*) yang artinya jangkauan gerak sendi. Jadi *range of motion* (ROM) adalah segenap gerakan sendi yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. Menurut Brunner dan Suddart (2002), ROM adalah latihan yang dapat dilakukan oleh perawat, pasien atau anggota keluarga dengan menggerakkan tiap-tiap sendi secara penuh jika memungkinkan menyebabkan rasa nyeri.

## 5) Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, (2015)

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan kekuatan otot
6. Keterlambatan perkembangan
7. Kekakuan sendi
8. Kontraktur
9. Malnutrisi
10. Gangguan muskuloskeletal
11. Gangguan neuromuskular
12. Indeks masa tubuh (IMT) diatas persentil ke-75 sesuai usia
13. Efek agen farmakologis
14. Program pembatasan gerak
15. Nyeri kecemasan
16. Kurang terpapar informasi
17. Keengganan melakukan pergerakan
18. Gangguan sensori persepsi

## **6) Kondisi klinis terkait Gangguan Mobilitas Fisik**

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, (2015)

1. Stroke
2. Cidera medula spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoarthritis
6. Osteomalasia
7. Keganasan

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Asuhan keperawatan pada klien gangguan mobilitas fisik**

#### **a. Pengkajian**

Menurut Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto (2008). Perawat saat mengkaji data tentang masalah imobilitas, perawat menggunakan metode pengkajian inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Selain itu, perawat juga memeriksa hasil tes laboratorium serta mengukur berat badan, asupan dan haluaran cairan klien. Karena tujuan intervensi keperawatan adalah untuk mencegah komplikasi imobilisasi maka perawat perlu mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami komplikasi ini termasuk klien yang mengalami :

- 1) Gizi buruk.
- 2) Penurunan sensitivitas terhadap nyeri, temperature atau tekanan.
- 3) Masalah kardiovaskular, paru, dan neuromuscular.
- 4) Perubahan tingkat kesadaran

Pengkajian untuk klien dengan gangguan musculoskeletal salah satunya adalah klien yang terkena penyakit Goat Arthritis.

1) Identitas

Identitas klien yang dapat dikaji pada penyakit sistem musculoskeletal adalah usia. Karena ada beberapa penyakit musculoskeletal banyak terjadi pada klien diatas usia 60 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi dengan gangguan musculoskeletal adalah merasa nyeri pada persendian.

Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien saat di lakukan pengkajian.

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien saat dilakukan pengkajian

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya, pekerjaan, penggunaan obat-obatan dan riwayat mengkonsumsi alcohol serta merokok.

5) Riwayat alergi

Riwayat alergi yaitu riwayat yang lalu mengenai makanan /obat/lainnya yang menimbulkan reaksi sistem kekebalan pada tubuh.

6) Pemeriksaan fisik:

- a) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing–masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, kelembutan kulit, serta pembengkakan.
- b) Lakukan passive range of motion (ROM) pada sendi-sendi synovial. Catat bila ada keterbatasan gerak sendi, krepitasi, dan bila terjadi nyeri saat digerakkan
- c) Lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skeletal secara bilateral. Catat bila ada atrofi, tonus otot yang berkurang dan ukuran kekuatan otot.

- d) Kaji tingkat nyeri derajat dan mulainya.
- e) Kaji aktivitas atau kegiatan sehari-hari
- f) Kaji konsep keluarga lansia

**b. Diagnosa keperawatan**

Menurut (Budiona dan Pertami, 2015). Merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/ potensial) dari individu secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan.

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

Tabel 2.1  
Diagnosis keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala Dan Tanda Minor Mayor		Faktor Risiko	Kondisi Klinis Terkait
			Subjektif	Objektif		
1	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Perubahan metabolis me</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan kekuatan otot</li> <li>6. Keterlambatan perkembangan</li> <li>7. Penurunan masa otot</li> <li>8. Kekauan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan Muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuskular</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatasan gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kekuatan otot menurun</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol>	(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medula spinalis</li> <li>3. Trauma</li> <li>4. Fraktur</li> <li>5. Osteoarthritis</li> <li>6. Osteomali</li> <li>7. Keganasan</li> </ol>

		<p>informasi tentang aktivitas fisik</p> <p>18. Kecemasan</p> <p>19. Gangguan koognitif</p> <p>20. Keengganan melakukan aktivitas</p> <p>21. Gangguan sensoripersepsi</p> <p>(SDKI, 2017).</p>				
2	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p><b>Definisi :</b> Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p>	<p>1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>2. Tirah baring</p> <p>3. Kelemahan</p> <p>4. Imobilitas</p> <p>5. Gaya hidup monoton</p> <p>(SDKI, 2017)</p>	1. Mengeluh lelah	1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	(tidak tersedia)	<p>1. Anemia</p> <p>2. Gagal jantung kongestif</p> <p>3. Penyakit jantung koroner</p> <p>4. Penyakit katup jantung</p> <p>5. Aritmia</p> <p>6. Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK)</p> <p>7. Gangguan metabolis me</p> <p>8. Gangguan</p>

						n muskulosk letal.
--	--	--	--	--	--	--------------------------

**c. Rencana keperawatan**

Menurut (Budiona dan Pertami, 2015). Rencana keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Dalam rencana keperawatan pada gout arthritis penulis akan lebih focus pada rencana untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik

**Tabel 2.2**

**Rencana tindakan asuhan keperawatan**

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Mobilitas fisik</p> <p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Klien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Klien dapat memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Klien dapat memperagakan alat</li> <li>5. Bantu untuk mobilisasi (walker)</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur kekursi roda, berjalan dari tempat tidur kekamar mandi,berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri</li> <li>3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK</li> <li>4. Dukungan perawatan diri: Berpakaian</li> <li>5. Dukungan perawatan diri: Makan/Minum</li> <li>6. Dukungan perawatan diri: Mandi</li> <li>7. Edukasi latihan fisik</li> <li>8. Edukasi tekik ambulasi</li> <li>9. Edukasi teknik transfer</li> <li>10. Konstultasi via telepon</li> <li>11. Latihan otogenik</li> <li>12. Manajemen energy</li> <li>13. Manajemen lingkungan</li> <li>14. Manajemen mood</li> <li>15. Manajemen nutrisi</li> <li>16. Manajemen nyeri</li> <li>17. Manjaemen medikasi</li> <li>18. Manajemen latihan perifer</li> <li>19. Manajemen sensasi perifer</li> <li>20. Pemantauan neurologis</li> </ol>

**Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)**

### Rencana tindakan asuhan keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Ambulasi</p> <p><b>Tujuan</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Klien mengerti tujuan dari peningkatan ambulasi</li> <li>3. Klien dapat memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Klien dapat memperagakan alat</li> <li>5. Bantu untuk ambulasi (walker)</li> </ol>	<p><b>Dukungan ambulasi observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur kekursi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri</li> <li>3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK</li> <li>4. Dukungan perawatan diri: Berpakaian</li> <li>5. Dukungan perawatan diri: Makan/Minum</li> <li>6. Dukungan perawatan diri: Mandi</li> <li>7. Edukasi latihan fisik</li> <li>8. Edukasi tekik ambulasi</li> <li>9. Edukasi teknik transfer</li> <li>10. Konstultasi via telepon</li> <li>11. Latihan otogenik</li> <li>12. Manajemen energy</li> <li>13. Manajemen lingkungan</li> <li>14. Manajemen mood</li> <li>15. Manajemen nutrisi</li> <li>16. Manajemen nyeri</li> <li>17. Manjaemen medikasi</li> <li>18. Manajemen latihan</li> <li>19. Manajemen sensasi perifer</li> <li>20. Pemantauan neurologis</li> </ol>

	roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
--	---	--

**d. Implementasi**

Menurut Pertami, Budiono, SB (2015) adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru

Adapun tujuan umum pada masalah mobilisasi adalah:

- 1) Meningkatkan toleransi klien untuk melakukan aktivitas fisik.
- 2) Mengembalikan dan memulihkan kemampuannya untuk bergerak/ atau berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari.
- 3) Mencegah terjadinya cedera akibat jatuh atau akibat penggunaan mekanika tubuh yang salah.
- 4) Mencegah terjadinya komplikasi akibat imobilitas.
- 5) Meningkatkan kesejahteraan sosial, emosional, dan intelektual.

**e. Evaluasi**

Menurut Pertami, Budiono, SB (2015) adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan pada tahap perencanaan. Adapun tujuan dari evaluasi adalah untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan.



Tabel 2.3  
Evaluasi keperawatan (SLKI, 2018)

NO	MASALAH KEPERAWATAN	LUARAN UTAMA					LUARAN TAMBAHAN
1	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, 2017)	<b>Mobilitas Fisik</b> <b>Definisi :</b> Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. <b>Ekspetasi :</b> Meningkat <b>Kriteria Hasil :</b>					1. Berat Badan 2. Fungsi Sensori 3. Keseimbangan 4. Konsevasi Energi 5. Koordinasi pergerakan 6. Pergerakan Sendi 7. Motivasi 8. Status Neurologis 9. Status Nutrisi 10. Toleransi Aktivitas
		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
Pergerakan		1	2	3	4	5	
Ekstermitas		1	2	3	4	5	
Kekuatan otot		1	2	3	4	5	
Rentang gerak (ROM)							
Nyeri		1	2	3	4	5	
Kecemasan		1	2	3	4	5	
Kaku sendi		1	2	3	4	5	
Gerakan tidak terkoordinasi		1	2	3	4	5	
Gerakan terbatas		1	2	3	4	5	
Kelemahan fisik		1	2	3	4	5	

2	Ambulasi	<p><b>Ambulasi</b>  <b>Definisi :</b>  Aktivitas berjalan dari satu tempat ketempat lainnya secara mandiri baik dengan atau tanpa bantuan alat</p> <p><b>Ekspetasi :</b>  Meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p>						<b>LUARAN TAMBAHAN</b>
			<b>Menurun</b>	<b>Cukup Menurun</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Meningkat</b>	<b>Meningkat</b>	-

	Menopang berat badan	1	2	3	4	5
	Berjalan dengan langkah yang efektif	1	2	3	4	5
	Berjalan dengan langkah pelan	1	2	3	4	5
	Berjalan dengan langkah sedang	1	2	3	4	5
	Berjalan dengan langkah cepat	1	2	3	4	5
	Berjalan menanjak	1	2	3	4	5
	Berjalan menurun	1	2	3	4	5
	Berjalan jarak pendek	1	2	3	4	5
	Berjalan jarak sednag	1	2	3	4	5
	Berjalan jarak cepat	1	2	3	4	5
	Berjalan melewati ruangan	1	2	3	4	5
	Berjalan melewati rintangan	1	2	3	4	5
	Nyeri saat berjalan	1	2	3	4	5
	Kaku pada persendian	1	2	3	4	5
	Keengganan	1	2	3	4	5

		berjalan Perasaan khawatir saat berjalan	1	2	3	4	5	
--	--	--	---	---	---	---	---	--

## **C. Konsep Keperawatan Keluarga**

### **a. Pengertian Keluarga**

Menurut Achjar (2012), 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. 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.

### **b. Tipe Keluarga**

Menurut Allender & Spradley (2001), membagi tipe keluarga berdasarkan:

- 1) Keluarga tradisional
  - a) Keluarga inti (nuclear family) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
  - b) Keluarga besar (extended family) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
  - c) Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, tanpa anak.
  - d) Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
  - e) Single adult yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
  - f) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- 2) Keluarga non tradisional
  - a) Commune family yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.

- b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

**c. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga**

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1998) dalam buku Achjar (2012) . mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

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

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

- 5) 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.

- 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, memperkokoh 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 mempetahankan 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.

#### **d. Tugas Keluarga**

Menurut Achjar (2012) 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:

- 1) Ketidakmampuan 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.
- 2) 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.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan

keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- 5) Ketidakmampuan keluarga 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.

#### **D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga**

Menurut teori/model Family Centre Friedman, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Data Umum**

- 1) Identitas, kepala keluarga
  - a) Nama kepala keluarga
  - b) Umur (KK)
  - c) Pekerjaan kepala keluarga
  - d) Pendidikan kepala keluarga
  - e) Alamat dan nomer telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

**Tabel 2.4**

Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan KK	Pendidikan	Pekerjaan	keterangan

(Sumber : Achjar, 2012)

### 3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar dengan symbol berbeda (Friedman, 1998)

### 4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip 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, yaitu:

Tahap perkembangan keluarga melepas anak dewasa dan perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan atau keduanya pensiun

- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi perkembangan ini dapat dilihat dari :
- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
  - b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
  - c) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
  - d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
  - e) Melakukan life review (merenungkan hidupnya).

3) Riwayat keluarga inti

- (1) Riwayat terbentuknya keluarga inti
- (2) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular di keluarga)

Menurut Bakri, Maria.H (2017). 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 diakses, riwayat penyakit yang pernah diderita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan

4) Riwayat keluarga sebelumnya

- (1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
- (2) Riwayat kebiasaan atau gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

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

**c. Lingkungan**

- 1) Karakteristik rumah
  - a) Ukuran rumah (luas rumah)
  - b) Kondisi dalam dan luar rumah
  - c) Kebersihan rumah
  - d) Ventilasi rumah Saluran pembuangan air limba (SPAL)
  - e) Air bersih
  - f) Pengeluaran sampah
  - g) Kepemilikan rumah
  - h) Kamar mandi/wc
  - i) 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) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
- 5) Sistem pendukung keluarga
  - a) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

**d. Struktur keluarga**

- 1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah :

- a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
- b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu) ?
- c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Setiadi, 2008).

4) Nilai dan norma keluarga

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

**e. Fungsi keluarga**

Menurut Achjar (2012)

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 jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi).
  - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

#### **f. Stress dan koping keluarga**

- 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang  
Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan. Stressor jangka Panjang
- 2) Stressor jangka Panjang  
Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).
- 3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor  
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).
- 4) Strategi koping yang digunakan  
Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- 5) Strategi adaptasi disfungsional  
Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

#### **g. Pengkajian fisik**

- 1) Aktivitas/istirahat

Gejala:

- a) Kelemahan
- b) Letih
- c) napas pendek
- d) gaya hidup

Tanda:

- a) Frekuensi jantung meningkat
- b) perubahan irama jantung
- c) takipnea

## 2) Integritas ego

Gejala:

- a) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi
- b) Faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda:

- a) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak
- b) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

## 3) Eliminasi

Gejala: Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu).

## 4) Makanan/cairan

Gejala:

- a) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol
- b) Mual, muntah
- c) perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun)

Riwayat penggunaan diuretic

Tanda:

- a) Berat badan normal atau obesitas, adanya edema ,glukosuria.

## 5) Neurosensori

Gejala:

- a) Episode kebas dan/atau kesemutan tangan dan kaki, hilangnya sensasi jari tangan, pembengkakan pada sendi serta kelemahan pada satu sisi tubuh.
- b) Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur). Episode epitaksis

Tanda:

- a) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan).
- b) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggaman tangan dan/atau reflek.

## 6) Nyeri/ketidak nyamanan

Gejala: Sakit dibagian persendian tulang yang pernah terjadi sebelumnya

## 7) Pernafasan

Gejala:

- a) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja
- b) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal
- c) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
- d) Riwayat merokok

Tanda:

- a) Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis

## 8) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postura.

## 9) Pembelajaran/penyuluhan

Gejala:

- a) Faktor risiko keluarga: Gout Arthritis, Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM
- b) Penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alcohol

#### **h. Harapan keluarga**

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2014)

## **2. Analisa data**

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti :

### **a. Diagnosis 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. Diagnosis ancaman (risiko)**

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

### **c. Diagnosis nyata/gangguan**

Diagnosa gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. 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) ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
    - a) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
    - b) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
    - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
    - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
  - 4) Ketidak mampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi :
    - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
    - b) Pentingnya hygien sanitasi
    - c) Upaya pencegahan penyakit
  - 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi :
    - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
    - b) Keuntungan yang didapat
    - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
    - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
    - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

**Tabel 2.5**

**Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah a. Aktual b. Resiko c. Potensi	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah menonjolnya masalah	3 2 1	1
4	Masalah yang benar-benar harus ditangani a. Ada masalah tetapi tidak segera ditangani b. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

### 3. Skoring

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

### 4. Intervensi keperawatan keluarga

Menurut Achjar (2012). 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 (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.

### **5. Implementasi**

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang di harapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

### **6. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini perawat melihat perkembangan pasien berdasarkan hasil dari tindakan yang diberikan. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat atau kriteria hasil dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan

## **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). Dalam pendapat lain juga di kemukakan bahwa gout arthritis merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolisme purin (*hiperurisemia*).

### **2. Etiologi Gout Arthritis**

Penyebab utama terjadinya gout adalah karena adanya deposit/ penimbunan Kristal asam urat pada 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.

Faktor pencetus terjadinya endapan Kristal urat adalah:

- a. Makanan tinggi purin.
- b. Penurunan filtrasi glomerulus.
- c. Pemberian obat direutik.
- d. Minum alkohol.
- e. Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal.

### **3. Patofisiologi Gout Arthritis**

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Secara normal metabolisme purin menjadi asam urat dapat 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).

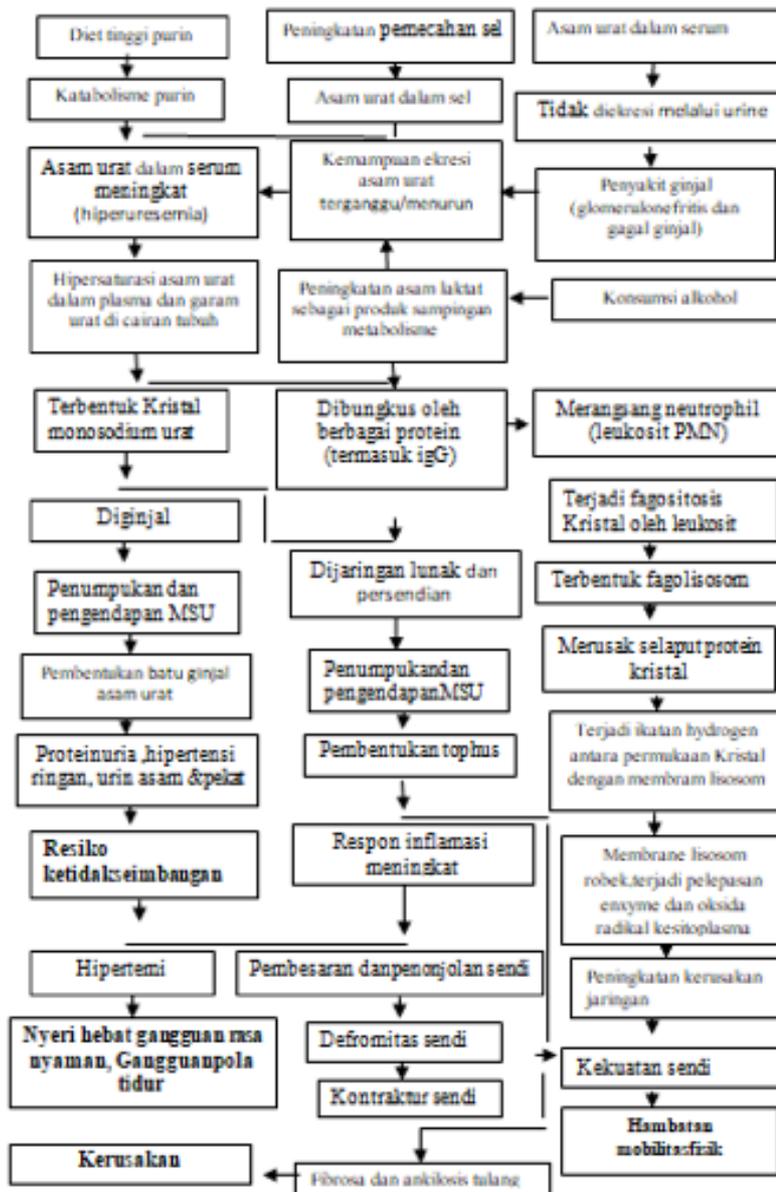
b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur de novo. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian diekskresikan 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. Patway

**Gambar 2.6**  
**Mobilitas Fisik**



(Sumber : NANDA NIC-NOC 2015)

## 5. Manifestasi klinis

Menurut Aspiani Yuli Renny (2014) :

- a. Stadium I adalah hiperurasemia 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.
  - b. Stadium II Adalah arthritic gout akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera, sendi-sendi lain dapat terserang ,termasuk sendi jari tangan dan siku, serangan gout akut biasanya akan pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10-14 hari.
  - c. Stadium III Adalah serangan gout akut ( gout interitis) adalah tahap interikritis,. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
  - d. 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, tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubitas relatif asam urat. Awitan dan ukuran tofi secara proporsional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon , tendon achilles, permukaan ekstensor lengan bawah ,bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihinggapi tofi. Pada masa ini tofi aka 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 Aspiani Yuli Renny (2014) :

- a. Nyeri pada tulang 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 Yuli Renny (2014):

- a. Kadar asam urat serum meningkat.
- b. Laju sedimentasi eritrosit (LSE) meningkat.
- c. Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat.
- d. Analisis cairan synovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan Kristal urat monosodium yang membuat diagnosis.
- e. Sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi

### **8. Diagnosa**

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

- a. Gangguan mobilitas fisik
- b. Gangguan intoleransi aktivitas

### **9. Discharge Planing**

Menurut Aspiani Yuli Renny (2014) :

- a. Mengistirahatkan sendi yang nyeri.
- b. Pemberian obat anti inflamasi.
- c. Menghindarkan faktor pencetus.
- d. Minum 2-3 liter cairan setiap hari dan meningkatkan masukan makanan pembuat alkalis. Hindari makanan yang mengandung purin tinggi.