

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Teori Kebutuhan Dasar Manusia**

Teori Henderson berfokus pada individu yang berdasarkan pandangannya, yaitu bahwa jasmani (*body*) rohani (*mind*) tidak dapat dipisahkan. Menurut pendapat Henderson, manusia unik dan tidak ada manusia yang sama. Kebutuhan dasar individu tercermin dalam 14 komponen dari asuhan keperawatan dasar (*Basic Nursing Care*). Virginia Henderson (1966) mengidentifikasi 14 komponen dalam asuhan keperawatan dasar (*Basic Nursing Care*) pada tingkat asuhan individual, mengacu kepada aktivitas dalam kehidupan sehari-hari dan seorang perawat membantunya dengan fungsi-fungsi ini atau membuat kondisi sehingga memungkinkan ia melakukan hal-hal berikut:

a. Bernafas normal

Bantuan yang dapat diberikan kepala 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 kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

b. Minum dan makan secukupnya/adekuat

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

c. Eliminasi (BAB dan BAK)

Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran

- d. Bergerak dan menjaga sikap/memelihara postur tubuh yang menyenangkan (berjalan, duduk, berbaring dan bertukar dari satu posisi ke posisi lain). Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar
- e. Tidur dan istirahat  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan yang nyaman untuk tidur
- f. Memilih pakaian yang sesuai, berpakaian dan tidak berpakaian  
Perawat pada dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal melalui penyesuaian pakaian dan memodifikasi lingkungan  
Perawat harus mampu untuk 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 memotivasi klien mengenai konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standar kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya
- i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman  
Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengeksplorasikan emosi, kebutuhan, kecemasan dan lain sebagainya  
Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut, dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan

kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik

- k. Mengerjakan sesuatu yang memberikan perasaan menyelesaikan sesuatu

Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja

- l. Melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya

Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh dalam upaya penyembuhan.

- 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 menemukan atau memenuhi rasa ingin tahu yang menuju kepada pertumbuhan normal dan sehat

Perawat dapat membantu klien belajar dalam menolong usaha penyembuhan dan meningkatkan kesehatan, serta memperkuat dan mengikuti rencana terapi yang diberikan (Mubarak, 2015).

## **2. Teori Kebutuhan Nyaman Nyeri**

### **a. Definisi Kebutuhan Nyaman**

Kolcaba (1992, dalam Kasiati & Rosmalawati 2016) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- 2) Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial

- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

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

Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

#### **b. Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

Setiap individu memberikan persepsi berbeda terhadap rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor

lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Andina Vita Sutanto & Yuni Fitriana, 2017).

**c. Fisiologi Nyeri**

Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan dan membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri, dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi nyeri disebut *nosiseptor*. *Nosiseptor* merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu, atau kimiawi. Sedangkan proses fisiologis terkait nyeri disebut *nosisepsi*. Proses tersebut terdiri dari empat fase, yakni:

1) Transduksi

Pada fase transduksi, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (mis. Bahan kimia, suhu, listrik, atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (mis. Prostaglandin, bradikinin, histamin, substansi P) yang mensensitisasi nosiseptor

2) Transmisi

Pada transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medula spinalis. Dua jenis serabut *nosiseptor* yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C, yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medula spinalis menuju batang otak dan talamus

melalui jaras spinothalamikus (*sphinothalamic tract* [STT]). STT merupakan suatu sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke talamus. Selanjutnya, pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik-tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonomi dan limbik

3) Persepsi

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri

4) Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medula spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan dibagian dorsal medula spinalis (Wahit & Nurul, 2008).

**d. Klasifikasi Nyeri**

1) Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan

Berdasarkan lama penyerangan nyeri, maka dapat dibedakan antara nyeri akut dan nyeri kronis, yaitu:

a) Nyeri akut

Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas, rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosclerosis pada arteri koroner

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya pada nyeri karena neoplasma (Andina Vita Sutanto & Yuni Fitriana, 2017).

**Tabel 1** Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

<b>Nyeri akut</b>	<b>Nyeri kronis</b>
Waktu kurang dari enam bulan	Waktu lebih dari enam bulan
Daerah nyeri terlokalisasi	Daerah nyeri melebar
Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain	Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu, dan lain-lain
Respons saraf simpatis takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil	Respons sistem saraf parasimpatis : penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, pupil kontraksi
Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot	Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

Sumber : Asmadi (2008)

e. **Pengalaman Nyeri**

1) Makna nyeri

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya, manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang negatif, walaupun nyeri juga mempunyai aspek positif. Beberapa makna nyeri antara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (mis. Infeksi), memerlukan penyembuhan, menyebabkan ketidakmampuan, merupakan hukuman akibat dosa, merupakan sesuatu yang harus di toleransi. Faktor yang

mempengaruhi makna nyeri bagi individu antara lain usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, pengalaman nyeri sekarang dan masa lalu

## 2) Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleksi guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Persepsi nyeri, tepatnya pada area korteks (fungsi evaluatif kognitif), muncul akibat stimulus yang ditransmisikan menuju jaras spinotalamikus dan talamiko kortikalis. Persepsi nyeri ini bersifat objektif, sangat kompleks, dan dipengaruhi faktor-faktor yang memicu stimulus nosiseptor dan transmisi impuls nosiseptor, seperti daya reseptif dan interpretasi kortikal. Persepsi nyeri bisa berkurang atau hilang pada periode stres berat atau dalam keadaan emosi

## 3) Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan. Toleransi terhadap nyeri tidak dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, kelelahan, atau sedikit perubahan sikap

## 4) Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan rasa takut, gelisah, dan cemas, adapula yang menanggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi. Sebagian orang merespons nyeri dengan menangis, mengerang, dan menjerit-jerit. Sebagian yang lainnya tidur sambil menggemeretakkan gigi, mengepalkan tangan, atau mengeluarkan banyak keringat ketika mengalami nyeri (Wahit & Nurul, 2008).

**f. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

## 1) Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain

## 2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi

## 3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu

## 4) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaan terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini

## 5) Ansietas dan stres

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Wahit & Nurul, 2008).

## g. Mengukur Intensitas Nyeri

## 1) Skala nyeri menurut Hayward

Hayward (1975) mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas, dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

**Tabel 2** Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan
4-6	Nyeri sedang
7-9	Sangat nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan
10	Sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol

Sumber : Wahit & Nurul (2008)

2) Skala nyeri menurut McGill (*McGill scale*)

Mengukur skala nyeri dengan menggunakan lima angka, yaitu :

- 0 = tidak nyeri
- 1 = nyeri ringan
- 2 = nyeri sedang
- 3 = nyeri berat
- 4 = nyeri sangat berat
- 5 = nyeri hebat

### 3) Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

Skala ini ditujukan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui angka. Ini termasuk anak-anak yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan lansia yang mengalami gangguan kognisi dan komunikasi.



**Gambar 1** Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

Sumber : Wahit & Nurul (2008)

## h. Penatalaksanaan Nyeri

### 1) Terapi Nyeri Farmakologi

Analgesik merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan untuk mengatasi nyeri yaitu:

- a) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesic non-opioid yang paling sering digunakan. Obat-obatahan ini bekerja pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri
- b) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada resepor nyeri speripik di dalam ssp
- c) Adjuvant, buan merupakan analgesic yang sebenarnya tetapi

zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu terutama nyeri kronis.

## 2) Terapi nyeri non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat yang dapat meredakan nyeri semuanya memiliki resiko dan biaya. Untungnya terdapat intervensi non farmakologi yang dapat membantu mengurangi nyeri.

### a) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktifasi serat-serat  $\alpha$ -beta ketika temperature mereka berada diantara  $4^{\circ}$ - $5^{\circ}$ C dari temperature tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperature untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat mengurangi nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

### b) Akupunture

Akupuntur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira-kira terdapat 1000 titik akupuntur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

### c) Akupresure

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus

lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri melalui mekanisme yang dapat merelaksasikan otot-otot pada seklet yang mengalami spasme yang disebabkan peningkatan prostaglandin yang dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah ke otak, yang menyebabkan aliran darah ke otak meningkat dan mengalir ke daerah (spasme dan iskemic) yang mengalami nyeri.

e) Distraksi

Perhatian dihindarkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Penjelasan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang dalam merasakan memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

f) Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat diubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada sugesti, disosiasi, dan proses memfokuskan perhatian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

## **B. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Jhonson R & Leny R, 2017).

Menurut Friedman (1998) dalam buku karangan Padila (2015) mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

## 2. Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk normative atau non normative. Sussman (1974), Macklin (1988) dalam buku karangan Padila (2015) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut:

- a. Keluarga Tradisional
  - 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuan atau orangtua tiri
  - 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya
  - 3) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian
  - 4) Bujangan dewasa sendirian
  - 5) Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan
  - 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah.
- b. Keluarga Non Tradisional
  - 1) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak
  - 2) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu

- 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
- 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama (Padila, 2015).

### 3. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangan :

a. Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- 4) Menetapkan tujuan bersama
- 5) Persiapan menjadi orang tua
- 6) Memahami *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)

b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*Child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan.

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orang tua, kakek dan nenek
- 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak

- 6) Konseling KB post partum 6 minggu
  - 7) Menata ruang untuk anak
  - 8) Menyiapkan biaya *Child bearing*
  - 9) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
  - 10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin
- c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah  
Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan-6 tahun  
Tugas perkembangan keluarga:
- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
  - 2) Mensosialisasikan anak
  - 3) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
  - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
  - 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
  - 6) Pembagian tanggung jawab
  - 7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak
- d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah  
Keluarga dengan anak pertama berusia 6-13 tahun  
Tugas perkembangan keluarga:
- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
  - 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
  - 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
  - 4) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
  - 5) Menyediakan aktivitas untuk anak
- e. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- 2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah.

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- 2) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- 3) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- 6) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya

g. Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- 4) Persiapan masa tua/pensiun

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 7) Melakukan *life review* masa lalu (Padila, 2015).

#### 4. Tugas Keluarga

- a. Mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit
- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat, pentingnya *hygiene* sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat, 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 (Padila, 2015).

## 5. Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

### a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang di alami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

### c. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna

memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

d. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak di harapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

e. Fungsi Perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Sumirah Budi Pertami, 2015).

Pengkajian nyeri yang akurat untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka 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 (Wahit & Nurul, 2008).

**Tabel 3** Mnemonik untuk Pengkajian Nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang munculnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (mis. Tumpul,tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	<i>Severity</i> atau keganasan, yaitu intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

Sumber : Wahit & Nurul (2008)

a. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri (Wahit & Nurul, 2008). Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

1) Lokasi

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

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien.

3) Kualitas nyeri

Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

4) Pola

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

5) Faktor presipitasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

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

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

8) Sumber koping

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

9) Respon afektif

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

b. 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 (Wahit & Nurul, 2008).

## 2. Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono & Sumirah Budi Pertami, 2015). Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan nyaman nyeri adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
  - 1) 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.
  - 2) Tanda dan gejala
    - Subjektif :
      - a) Mengeluh nyeri
    - Objektif :
      - a) Tampak meringis

- b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
  - c) Gelisah
  - d) Frekuensi nadi meningkat
  - e) Sulit tidur
- b. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis
- 1) Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan.
  - 2) Tanda dan gejala
    - Subjektif :
      - a) Mengeluh nyeri
      - b) Merasa depresi (tertekan)
    - Objektif :
      - a) Tampak meringis
      - b) Gelisah
      - c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

### 3. Intervensi

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) intervensi keperawatan yang bisa digunakan sesuai dengan diagnosis diatas adalah sebagai berikut :

**Tabel 4**  
**Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)**  
**Intervensi Nyeri Akut (D.0077)**

Diagnosa keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)  Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri	1. Edukasi manajemen nyeri 2. Edukasi teknik nafas 3. Kompres panas 4. Latihan pernapasan 5. Pemantauan nyeri

<p>a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</p> <p>b. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</p> <p>c. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat</p> <p>d. Keluhan nyeri menurun</p>	<p>non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan 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 pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (seperti. TENS (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>), hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><i>Edukasi</i></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 untuk mengurangi nyeri</p>	<p>6. Pemberian obat</p> <p>7. Terapi relaksasi</p>
---	--	---

--	--	--

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

#### 4. Implementasi

Implementasi 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 (Budiono & Sumirah Budi Pertami, 2015). 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.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono & Sumirah Budi Pertami, 2015). Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

**Tabel 5**  
**Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) Kontrol Nyeri (L.08063)**

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali penyebab nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis	1	2	3	4	5
Dukungan orang terdekat	1	2	3	4	5

Kriteria	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, SLKI, 2019).

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

### **1. Pengkajian**

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model Family Center Friedman, yaitu :

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

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan telepon
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan genogram

Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga tersebut, tempat tanggal lahir/umur, pekerjaan dan pendidikan (Padila, 2015).

Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Untuk hal tersebut, maka genogram

keluarga harus memuat informasi tiga generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orangtua) (Padila, 2015).

6) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut (Padila, 2015). 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.

7) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padila, 2015).

8) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

9) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (Padila, 2015).

10) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2015).

## **b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

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

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Tahap perkembangan usia lanjut, yaitu:

- 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

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa di gunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

### 4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (Padila, 2015).

## **c. Pengkajian Lingkungan**

### 1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic

tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah (Padila, 2015).

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat (Padila, 2015).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat (Padila, 2015).

**d. Struktur Keluarga**

1) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat.

2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- a. Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas
- b. Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan
- c. Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan
- d. Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga

- e. Pola yang digunakan dalam komunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)
  - f. Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga.
- 3) Struktur kekuatan keluarga  
Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.
  - 4) Struktur peran  
Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
  - 5) Nilai atau norma keluarga  
Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2015).

#### **e. Fungsi Keluarga**

- 1) Fungsi afektif  
Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- 2) Fungsi sosialisasi  
Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan  
Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga

mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

Hal yang perlu dikaji sejauhmana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga adalah:

- a) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah, maka perlu dikaji sejauhmana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan.
- b) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji:
  - (1). Se jauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah?
  - (2). Apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga?
  - (3). Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami?
  - (4). Apakah keluarga merasa takut akan dari penyakit?
  - (5). Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan?
  - (6). Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas yang ada?
  - (7). Apakah keluarga kurang percaya terhadap kesehatan yang ada?
  - (8). Apakah keluarga dapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah?
- c) Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit termasuk kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat, maka perlu dikaji :

- (1). Apakah keluarga mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan untuk mengulangi masalah kesehatan atau penyakit?
  - (2). Apakah keluarga mempunyai sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan?
  - (3). Apakah keterampilan keluarga mengenai macam perawatan yang diperlukan memadai?
  - (4). Apakah keluarga mempunyai pandangan negatif perawatan yang diperlukan ?
  - (5). Apakah keluarga kurang dapat melihat keuntungan dalam pemeliharaan lingkungan dimasa mendatang?
  - (6). Apakah keluarga mengetahui upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit?
  - (7). Apakah keluarga merasa takut akan akibat tindakan (diagnostik, pengobatan dan rehabilitas)?
  - (8). Bagaimana falsafah hidup keluarga berkaitan dengan upaya perawatan dan pencegahan?
- d) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat, maka perlu dikaji:
- (1). Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki?
  - (2). Sejauhmana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan?
  - (3). Sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya *hygiene* dan sanitasi?
  - (4). Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit?
  - (5). Bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap *hygiene* dan sanitasi?
  - (6). Sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga?

e) Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, maka perlu dikaji :

- (1). Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan?
- (2). Sejauhmana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan?
- (3). Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan?
- (4). Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan?
- (5). Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga?

#### 4) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah:

- a) Berapa jumlah anak?
- b) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- c) Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga?

#### 5) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah:

- a) Sejauhmana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan?
- b) Sejauhmana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga?

#### **f. Stress dan Koping Keluarga**

- 1) Stressor jangka pendek dan panjang
  - a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
  - b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.
- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespons terhadap stressor.
- 3) Strategi koping yang digunakan  
Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.
- 4) Strategi adaptasi disfungsional  
Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

#### **g. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (Padila, 2015).

#### **h. Harapan Keluarga**

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada (Padila, 2015).

### **2. Analisa Data**

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan simpton) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2015).

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (wellness).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga:

a. Diagnosa keperawatan keluarga: aktual

Contoh: Defisit nutrisi pada anak balita T keluarga bapak N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan kekurangan nutrisi. Ketidakmampuan keluarga merawat, dapat pula mencerminkan tiga etiologi atau lebih dari masalah yang sama, namun pada saat merumuskan tujuan dan intervensi harus melibatkan ketiga atau lebih etiologi tersebut (Padila, 2015). 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.

b. Diagnosa keperawatan keluarga: risiko (ancaman)

Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat dan lain sebagainya (Padila, 2015). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

c. Diagnosa keperawatan keluarga: sejahtera (potensial)

Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera merupakan suatu keadaan dimana keluarga didalam kondisi sejahtera sehingga

kesehatan keluarga dapat di tingkatkan (Padila, 2015). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign) tanpa komponen etiologi (E).

Setelah seluruh diagnose Keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut :

**Table 6**  
**Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual (tidak/kurang sehat)</li> <li>• Ancaman kesehatan</li> <li>• Keadaan sejahtera</li> </ul>	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah</li> <li>• Sebagian</li> <li>• Tidak dapat</li> </ul>	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi</li> <li>• Cukup</li> <li>• Rendah</li> </ul>	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah yang benar-benar harus ditangani</li> <li>• Ada masalah tetapi tidak segera ditangani</li> <li>• Masalah tidak dirasakan</li> </ul>	2 1 0	1

Sumber : Padila, 2015

**Cara melakukan skoring:**

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria

- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga.

Diagnosa yang mungkin muncul :

- 1) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. S khususnya Ny. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.
- 2) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. S khususnya Ny. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan.
- 3) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. S khususnya Ny. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien yang sakit.
- 4) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. S khususnya Ny. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman.
- 5) Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman : nyeri pada keluarga Tn. S khususnya Ny. H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

### 3. Perencanaan

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) di keluarga, 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

(Padila, 2015).

#### **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 planning yang akan datang setelah melihat respons keluarga.

### **E. Terapi Herbal**

#### **1. Daun salam**

Tanaman salam mengandung tanin, flavonoid, alkaloid, dan minyak atsiri yang terdiri dari sitrat dan eugenol. Daun salam mampu

memperbanyak produksi urin (diuretik) sehingga dapat menurunkan kadar asam urat darah (Pramukti dkk, 2019).

## 2. Jahe merah

Jahe termasuk dalam daftar prioritas WHO sebagai tanaman obat yang paling banyak digunakan didunia, rimpangnya yang mengandung zingiberol dan kurkuminoid terbukti berkhasiat mengurangi peradangan dan nyeri sendi. Pada studi invitro menunjukkan ekstrak air dari rebusan jahe dapat menghambat aktivitas siklo oksigenase, sehingga dapat menghambat metabolisme asam arakidonat dan agragasi platelet. Selain itu, jahe kering dapat digunakan untuk pengobatan reumatoid arthritis karena pada 75% pasien yang mengkonsumsi rimpang jahe sering terjadi penurunan rasa sakit dan bengkak. Mekanisme jahe kering dapat digunakan sebagai anti inflamasi terkait dengan kerjanya dalam menghambat dari biosintesis prostaglandin (Tri, 2015).

Cara kompres jahe:

- a. Siapkan jahe 100 gram
  - b. Cuci jahe dengan air sampai bersih
  - c. Parut jahe
  - d. Siapkan wadah dan air dengan air hangat suhu 40 -50 C secukupnya
  - e. Masukkan handuk kecil ke dalam air hangat tersebut kemudian tunggu beberapa saat sebelum handuk diperas
  - f. Peraskan handuk kemudian tempelkan ke daerah sendi yang nyeri
  - g. Tambahkan parutan jahe di atas handuk
  - h. Pengompresan dilakukan selama 10- 20 menit
- (Tri, 2015).