

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian

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

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan
- c. Sosial.
- d. Psikososial, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri
- e. Sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- f. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Dalam meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat lebih memberikan kekuatan, harapan, dorongan, hiburan, dukungan dan bantuan. 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 (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

1. Definisi Gangguan Rasa Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau

potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan jaringan tubuh (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Nyeri adalah pengalaman sensori 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 (SDKI PPNI, 2016).

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat ditarik kesimpulan nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, presepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Presepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda.

2. Fisiologi rasa nyaman nyeri

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, presepsi, dan relaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

3. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasi menjadi nyeri akut dan nyeri kronis

Tabel

Nyeri akut	Nyeri kronis
Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang	Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga

berlangsung kurang dari kurang 3 bulan.	berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.
Penyebab nyeri akut antara lain: <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis:inflamasi,iskemia, meoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar,bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis:abses,amputasi, terbakar,terpotong,mengangkat berat,prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	Penyebab nyeri kronis antara lain: <ol style="list-style-type: none"> 1.Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5.Ketidakseimbangan neuromedulator, dan reseptor 6.Gangguan imunitas (mis: neuropati terkait HIV, virus vericella-zoster) 7. Gangguan fungsi metabolismik 8. Riwayat posisi kerja statis 9.Peningkatan indeks massa tubuh 10.Kondisi pasca trauma 11.Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan (mis: fisik, psikologis, seksual) 13.Riwayatpenyalahgunaan obat/zat.

Sumber: (SDKI PPNI,2016)

4. Respon terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri terdiri atas respons fisiologis, psikologis, dan perilaku yang terjadi setelah mempresepsikan nyeri.

a. Reaksi fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi “flight-atau-fight”, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ viseral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respons fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

b. Reaksi psikologis

Respons psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai sesuatu yang “negatif” cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang “positif” cenderung menerima nyeri yang dialaminya (Zakiyah, 2015).

c. Respons perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respons perilaku terhadap nyeri. Respons tersebut seperti: menkerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak juga mengalami kesulitan secara verbal dalam mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Sedangkan pasien yang berusia lanjut, memiliki risiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

b. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri.

c. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah presepsi nyeri.

d. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi presepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

e. Makna nyeri

Individu akan mempresepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

f. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan presepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

g. Gaya coping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempresepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempresepsikan faktor lain di dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa.

h. Keletihan

Rasa keletihan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan prespsi nyeri.

i. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa datang.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

6. Efek yang ditimbulkan oleh nyeri

Nyeri merupakan kejadian ketidaknyamanan yang dalam perkembangannya akan mempengaruhi berbagai komponen dalam tubuh. Efek nyeri dapat berpengaruh terhadap fisik, perilaku, dan pengaruhnya pada aktivitas sehari-hari (Andarmoyo, 2017).

a. Tanda dan gejala

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

b. Efek fisik

1) Nyeri akut

Pada nyeri akut, nyeri yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan diluar ketidaknyamanan yang disebabkannya. Selain merasakan

ketidaknyamanan dan mengganggu, nyeri akut yang tidak kunjung mereda dapat memengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Andarmoyo, 2017).

2) Nyeri kronis

Seperti halnya nyeri akut, nyeri kronis juga mempunyai efek negatif dan merugikan. Supresi atau penekanan yang terlalu lama pada fungsi imun yang berkaitan dengan nyeri kronis dapat meningkatkan pertumbuhan tumor (Andarmoyo, 2017).

c. Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespons secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, immobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

d. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan higiene normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

7. Penanganan nyeri

a. Penanganan nyeri farmakologis

1) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivate opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf

pusat. Namun penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

b. Penanganan nyeri non farmakologis

1) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri. Berikut jenis-jenis teknik distraksi:

a) Distraksi visual/penglihatan

Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan visual atau melalui pengamatan.

b) Distraksi audio/pendengaran

Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan melalui organ pendengaran.

c) Distraksi intelektual

d) Yaitu pengalihan perhatian selain nyeri yang dialihkan ke dalam tindakan-tindakan dengan menggunakan daya intelektual yang pasien miliki (Andarmoyo, 2017).

2) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekhalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Pada saat perawat mengajarkan ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya. Napas yang lambat, berirama, juga dapat digunakan sebagai teknik distraksi. Hampir semua orang dengan nyeri mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri akut dan yang meningkatkan nyeri (Andarmoyo, 2017).

3) Imajinasi terbimbing

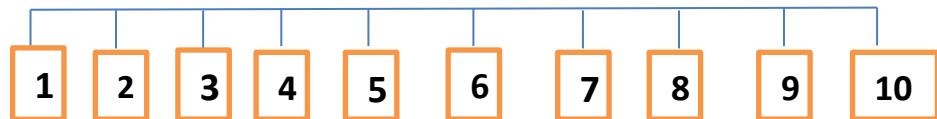
Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu

dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya (Andarmoyo, 2017).

8. Pengukuran nyeri

- Skala penilaian numerik Numerical Rating Scale (NRS) menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini sangat efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Gambar 2.1 pengukuran



Keterangan:

Tabel skala nyeri

0	Tidak ada nyeri (merasa normal)
1	Nyeri hampir tidak terasa (nyeri sangat ringan). Sebagian besar tidak pernah berpikir tentang rasa sakit, seperti gigitan nyamuk.
2	Tidak menyenangkan. Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
3	Bisa ditoleransi. Nyeri sangat terasa, seperti suntikan oleh dokter.
4	Menyedihkan. Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit darisengatan lebah.
5	Sangat menyedihkan. Kuat dalam, nyeri yang menusuk, seperti kaki terkilir.
6	Intens. Kuat dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampak memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
7	Sakit intens. Sama seperti skala 6, rasa sakit benar-benar mendominasi indra, tidak mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri.
8	Benar – benar mengerikan. Nyeri sangat kuat dan sangat mengganggu sampai sering mengalami perubahan perilaku jika nyeri terjadi.
9	Menyiksa tak tertahan. Nyeri sangat kuat, tidak bisa ditoleransi dengan terapi.
10	Bayangan dan tak dapat diungkapkan. Nyeri sangat berat sampai tidak

Dikelompokan menjadi:

Tabel Pengelompokan Skala Nyeri

Skala Nyeri	Grade	Interpretasi
1-3	Nyeri ringan	Nyeri bisa ditoleransikan dengan baik/tidak mengganggu aktivitas
4-6	Nyeri sedang	Mengganggu aktivitas
7-9	Nyeri berat	Tidak mampu melakukan aktivitas
10	Nyeri sangat berat	<i>Malignan/</i> nyeri sangat hebat dan tidak berkurang dengan terapi/ obat-obatan pereda nyeri dan tidak dapat melakukan aktivitas

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahapan proses keperawatan selanjutnya. Pengkajian pada pasien scabies dengan gangguan pola tidur sebagai berikut:

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data pengkajian yang muncul dari kasus scabies adalah gangguan pola tidur yang mengalami nyeri faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Gangguan rasa aman nyaman nyeri pada scabies.

a) Adapun gejala dan tanda mayor yaitu :

- 1) Mengeluh gejala distres
- 2) Tampak merintis

b) Gejala dan tanda minor

- 1) Merasa gatal
- 2) Mengeluh lelah
- 3) Tidak mampu rileks

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria atau hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria, yang diperkirakan atau diharapkan, dan intervensi keperawatan(Andarmoyo, 2013).

Komponen pengkajian nyeri

P (provoking incident)	1. Faktor pencetus atau penyebab 2. Faktor yang meringankan: teknik atau keadaan yang dapat menurunkan nyeri 3. Faktor yang memperberat: teknik atau keadaan yang dapat meningkatkan nyeri
Q (Quality/Quantity)	Deskripsi nyeri yang dirasakan seseorang, karakteristik nyeri.
R (Region/Relief)	Regio yang mengalami nyeri, dapat ditunjukkan dengan gambar.
S (Severity)	Kekuatan dari nyeri dengan menggunakan skala nyeri.
T (Time)	Waktu timbul nyeri, periode (durasi) nyeri dirasakan.
Penatalaksanaan nyeri saat ini	Penatalaksanaan yang digunakan untuk mengontrol nyeri, hasil, dan keefektifan.
Riwayat penatalaksanaan nyeri sebelumnya	Riwayat penatalaksanaan nyeri, baik intervensi medis maupun nonmedis.
Dampak nyeri	Perubahan gaya hidup seperti tidur, nutrisi, dan sebagainya.
Tujuan mengontrol nyeri	Harapan tentang tingkat nyeri, toleransi, dan pemulihan.

Sumber: (Zakiyah,2015)

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan yaitu tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Perry dan Potter, 2005)

5. Evaluasi

Mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2005). Evaluasi adalah aspek penting proses

keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat segera memodifikasi intervensi.

Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut Menurut SIKI 2018

Diagnosis keperawatan	intervensi keperawatan	Intervensi pendukung
1.Nyeri akut , intervensi utama: a. Manajemen nyeri b. Pemberian analgesik	<p>Manajemen nyeri, yaitu mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal. 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri. 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), teknik distraksi dan teknik relaksasi. 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 	<ol style="list-style-type: none"> 1)Dukungan pengungkapan kebutuhan. 2)Edukasi efek samping obat. 3)Edukasi manajemen nyeri. 4)Edukasi proses penyakit. 5) Edukasi teknik napas 6)Manajemen kenyamanan lingkungan. 7) Pemantauan nyeri. 8) Pemberian obat. 9)Pengaturan posisi. 10)Teknik distraksi 11)Teknik relaksasi 12)Teknik imajinasi terbimbing.

	<p>3) Fasilitasi istirahat & tidur.</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) Jelaskan penyebab, metode, 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 non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	
--	--	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018.

1. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Pengertian keperawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*) dapat dinyatakan berdasarkan berbagai sumber sebagai berikut:

- 1) Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya dan umum meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998)

b. Tipe keluarga

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

- 1) Keluarga tradisional
 - a) Keluarga inti (nucler family), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri anak kandung maupun anak angkat.

- b) Keluarga besar (extended family), yaitu keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman, bibi.
- c) Keluarga Dyad, yaitu yaitu keluarga terdiri dari suami istri yang tanpa anak.
- d) Single parent, yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orangtua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan oleh perceraian maupun kematian.
- e) Single adult, yaitu rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.
- f) Keluarga usia lanjut, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah berusia lanjut.

2) Keluarga non tradisional

- a) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- b) Orangtua (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

Tahapan perkembangan keluarga menurut duvall & miller (1985): Carter&Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dalam membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan 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 memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orangtua kakek, nenek dan mensosialisasikan dengan keluarga besar masing-masing pasangan.

- 3) Tahap III, keluarga dengan usia anak pra-sekolah (anak tertua umur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III, yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan 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 keluarga pada tahap IV, yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (usia anak pertama 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V, yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi terbuka antara orangtua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

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

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

7) Tahap VII, orangtua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan pada keluarga tahap VII yaitu, menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti pada orangtua 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 atau lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu, mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, menerusakan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti: berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

d. Tugas Keluarga

Menurut Achjar (2010) tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah yang biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaftif 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 sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga meyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system 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 pada keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, seperti 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 memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan, apakah layanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

1. Asuhan Keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Data Umum

- a) Identitas kepala keluarga
- b) Nama kepala keluarga (KK)
- c) Umur (KK)
- d) Perkerjaan kepala keluarga (KK)
- e) Pendidikan kepala keluarga (KK)
- f) Alamat dan nomor telepon

b. Komposisi keluarga

Tabel

Nama	Umur	Sex	Hub. Dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

c. Genogram

Genogram harus menyangkut minuimal 3 generasi, harus tertera nama,umur,kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (friedman,1998)

d. Tipe keluarga

Menurut allender & spradley tahun 2001 (dalam achjar,2010) tipe keluarga tradisional dan non tradisional, da yang terpilih yaitu:

1) Keluarga tradisional

Keluarga inti atau nuclear family adalah keluarga yang terdiri dari ayah,ibu dan anak anak

e. Suku bangsa

- 1) Asal suku bangsa keluarga
- 2) Bahasa yang dipakai keluarga
- 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f. Agama

- 1) Agama yang dianut keluarga

- 2) Kepercayaan yang mempengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

g. Status sosial ekonomi keluarga

- 1) Rata rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- 2) Jenis pengeluaran tiap bulan
- 3) Tabungan khusus kesehatan
- 4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (transportasi,perabotan)

h. Aktivitas rekreasi keluarga

i. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- 1) Tahapan perkembangan keluarga saat ini masih ditentukan oleh orang tua

Tahapan perkembangan keluarga yaitu remaja 20 ke masa dewasa

- 2) Tahapan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Perkembangan ini dapat dilihat dari

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
 - b) Mempertahankan hubungan antara ayah ibu dan anak

- 3) Riwayat keluarga inti:

- a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang diderita anak

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 pelayanan kesehatan apa saja yang pernah di askes, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan

kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

j. Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah :
 - a) Ukuran rumah (luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah
 - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
 - f) Air bersih
 - g) Pengelolaan sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi/toilet
 - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal:
 - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesempatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat memperngaruhi kesehatan
- 3) Mobilitas geografis rumah
 - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga(apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
 - a) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap
- 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat jika keluarga mengalami masalah

k. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga:

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

- (1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
- (2) Cara keluarga memecahkan masalah

2) Struktrur kekuatan keluarga :

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

- a) Respon keluarga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
- b) Siapa yang membuat keputusan ?
- c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut ?
- d) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (oteriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu ?)
- e) Power yang digunakan keluarga

3) Struktur peran (formal dan informal)

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

4) Peran seluruh anggota keluarga

4) Nilai dan norma keluarga

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

l. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif :
 - a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
 - b) Perasaan saling memiliki
 - c) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - d) Saling menghargai, kehangatan
- 2) Fungsi sosialisasi :
 - 1) Bagaimana mengenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - 2) 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 lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

m. Stress dan coping keluarga

- 1) Stressor jangka panjang dan jangka pendek serta kekuatan keluarga

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.
- 2) Respon keluarga terhadap stres

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Bakri Maria.H, 2017)
- 3) Strategi coping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan jika menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008)

4) Strategi adaptasi yang disfungsional :

Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

Jelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalah (Setiadi,2008)

5) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

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

n. Pemeriksaan fisik (head to toe):

- 1) Tanggal pemeriksaan fisik yang dilakukan
- 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata, mulut , THT, leher, thorax, abdomen, ekstrermitas atas dan bawah, sistem genitalia.

o. Pemeriksaan fisik:

a) Aktivitas/istirahat

Gejala :

- (1) Kelemahan
- (2) Letih
- (3) Nafas pendek
- (4) Gaya hidup

b) Tanda :

- (1) Frekuensi jantung meningkat
- (2) Perubahan irama jantung
- (3) Takipnea

b) Integritas ego

Gejala :

- (1) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi
- (2) Faktor stres multiple (hubungan, keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda :

(1) Letupan suasana hati, gelisah, penyempiatan kontinu perhatian, tangisan yang meledak

(2) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, ernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

c) Eliminasi

Gejala:

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

d) Makanan/cairan

Gejala:

1) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol

2) Mual, muntah

3) Perubahan BB akhir-akhir ini (meningkat/menurun)

Riwayat penggunaan diuretic

Tanda :

(1) BB normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria

e) Neurosensori

Gejala :

(1) Episode kebas dan/ atau kesemutan tangan dan kaki, hilang sensasi jari tangan, pembengkakan pada sendi serta kelemahan pada satu sisi tubuh

(2) Gangguan penglihatan (diplopia,penglihatan kabur).

Episode epitaksis.

Tanda :

(1) Status mental : perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses pikir, memori (ingatan)

(2) Respon motorik : penurunan kekuatan genggaman tangan dan refleks.

f) Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala : sakit dibagian persendian tulang yang pernah terjadi sebelumnya.

g) Pernafasan

Gejala :

- (1) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja
- (2) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal
- (3) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum
- (4) Riwayat merokok

Tanda :

- (1) Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis.

h) Keamanan

Gejala:

- (1) Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postura

i) Pembelajaran/penyuluhan

Gejala :

- (1) Faktor resiko keluarga : Gout Arthritis, Hipertensi, Aterosklerosis, Penyakit Jantung, DM.
- (2) Penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alkohol.

p. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (aspiani 2014)

3. Analisa data

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

a. Diagnosa sehat/wellness

Diganosis sehat/ wellness, digunakan apabila keluarga memiliki 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. Dignosis ancaman (risiko)

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

c. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, didikung 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) Sejauh mana 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 dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
- c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
- d) Sikap keluarga terhadap yang sakit

4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan meliputi :

- a) Keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan
- b) Pentingnya higgiene sanitasi
- c) Upaya pencegahan penyakit

5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, 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.

Tabel
Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Bobot	Skor
1.	Sifat masalah :	1	Aktual =1 Risiko = 2 Potensial = 1
2.	Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
3.	Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi =3 Cukup = 2 Redah = 1
4.	Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

4. 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

5. Intervensi keperawatan keluarga

Tahap berikutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & Mc Farlene,2000)

Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penentuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= measurable/ dapat diukur, A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/punya limit waktu.

6. 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 diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

7. 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 (Tarpwoto & wartona, 2015).

F. TINJAUAN KONSEP PENYAKIT

1. Pengertian

Scabies adalah erupsi kulit yang disebabkan infestasi dan sensitasi oleh kutu Sarcoptes scabiei var. Hominis dan bermenfestasi lesi populer, pustul, vesikel; kadang-kadang erosi serta krusta, dan terowongan berwarna abu-abu yang disertai keluhan yang sangat gatal terutama pada daerah lipatan kulit (Aisah, 2006).

Kudis adalah kondisi kulit yang sangat gatal akibat tungau kecil. Rasa gatal itu disebabkan oleh tungau, telur tungau dan kotorannya yang menempel ditubuh.

2. Etiologi

Penyakit skabies/kudis adalah infestasi tungau Sarcoptes scabiei. Sarcoptes scabiei termasuk filum Arthropoda, kelas *Arachnida*, ordo *Ackarima*, super famili *Sarcoptes*. Parasit skabies yang menginfeksi manusia disebut *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Terdapat pula varian yang hidup pada hewan seperti anjing dan babi. Varian hewan ini bisa saja berpindah ke manusia melalui kontak langsung dengan hewan dan menyebabkan gejala gatal, tetapi tidak dapat melanjutkan siklus hidupnya pada manusia. Penyakit infeksi kronik lainnya adalah kusta atau lepra. (aisah,2006)

Secara morfologi, tungau berukuran kecil dengan panjang sekitar 0,5 mm dan berbentuk oval, punggung cembung, dan bagian perutnya rata. Tungau ini translusen, berwarna putih kotor, dan tidak bermata. Tungau betina berukuran lebih besar, berkisar antara 330-450 mikron x 250-350 mikron, sementara tungau jantan berukuran 200-240 mikron x 150-200 mikron. Bentuk dewasa memiliki 4 pasang kaki. Baik tungau maupun produk sekresi dan ekskresi tungau dapat menyebabkan sensitasi dan gejala pada kulit manusia (hamzah 2007).

3. Siklus Hidup

Setelah kopulasi (perkawinan) yang terjadi diatas kulit. Yang jantan akan mati, kadang kadang masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh betina. Tunggu betina yang telah dibuahi mempunyai kemampuan untuk membuat terowongan dengan kecepatan 0,5-5 mm perhari. Di dalam terowongan ini tungau betina akan bertelur perhari sebanyak 2-3 butir. Seekor tungau dalam 30 hari akan bertelur sebanyak 40-50 butir selama hidupnya. Telur kana menetas dan berubah menjadi nimfa dalam waktu 3-4 hari dan setelah itu menjadi tungau dewasa. Siklus hidup tungau memerlukan waktu 8-12 hari dari bertelur hingga dewasa.(hamza 2007)

4. Epidemiologi

Skabies merupakan penyakit endemi pada banyak masyarakat. Penyakit ini dapat mengenai semua ras dan golongan di seluruh dunia. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak dan orang dewasa muda, tetapi dapat mengenai semua umur. Insidens sama pria dan wanita. Insidens skabies di negara berkembang menunjukkan siklus fluktuasi yang sampai saat ini belum dapat dijelaskan. Interval antar akhir dari suatu epidemi dan permulaan epidemi berikutnya kurang lebih 10-15 tahun (Harahap, 2000).

Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, antara lain: sosial ekonomi yang rendah, hygiene yang buruk, hubungan seksual yang sifatnya promiskuitas, kesalahan diagnosis, dan perkembangan demografik serta ekologik. Penyakit ini dapat dimasukkan dalam P.H.S (Penyakit Akibat Hubungan Seksual).

Cara penularan (Transmisi) :

- a. Kontak langsung (kontak dengan kulit), misalnya berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual.
- b. Kontak tak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, sprei, bantal, dan lain – lain. Penularan biasanya oleh Sarcoptes scabiei betina yang sudah dibuahi atau kadang oleh bentuk larva. Dikenal pula

Sarcoptes scabiei varanimalis

yang kadang-kadang dapat menulari manusia, terutama pada mereka yang banyak memelihara binatang peliharaan misalnya kucing, anjing (handoko, 2007)

4. Patogenesis

Kelainan kulit dapat disebabkan tidak hanya oleh tungau scabies, tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan. Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensasi terhadap skreta dan eksreta tungau yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infestasi. Pada saat itu kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya papul, vasikel, urtika, dan lain-lain. Dengan garukan dapat timbul erosi, ekskrosi, krusta, infeksi sekunder. Masa inkubasi skabies bervariasi, ada yang beberapa minggu bahkan berbulan-bulan tanpa menunjukkan gejala. Menunjukkan gejala dimulai 2-4 minggu setelah penyakit dimulai dari orang yang sebelumnya pernah menderita scabies maka gejala akan muncul 1 sampai 4 hari setelah infeksi ulang (Harahap, 2000)

5. Gambaran Klinik

a. Tanda Kardinal, yaitu:

- 1) Adanya terowongan yang sedikit meninggi, berbentuk garis lurus atau berkelok-kelok, panjangnya beberapa mili meter sampai 1 cm, dan pada ujungnya tampak vesikula, papula, atau pustula.
- 2) Tempat predileksi yang khas adalah sela jari, pergelangan tangan bagian vola, siku, lipat ketiak bagian depan, areola mammae, sekitar umbilikus, abdomen bagian bawah, genetalia eksterna pria. Pada orang dewasa jarang terdapat di muka dan kepala, kecuali pada penderita imunosupresif, sedangkan pada bayi, lesi dapat terjadi diseluruh permukaan kulit.
- 3) Penyakit ini menyerang manusia secara berkelompok, misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota keluarga terkena infeksi. Begitu pula dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian besar
- 4) Tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut. Dikenal keadaan hiposensitasasi yang seluruh anggota keluarganya terkena

Walaupun mengalami infestasi tungau, tetapi tidak memberikan gejala. Penderita ini bersifat sebagai pembawa (carrier).

- 5) Adanya gatal hebat pada malam hari. Bila lebih dari satu anggota keluarga menderita gatal, harus dicurigai adanya skabies. Gatal pada malam hari disebabkan oleh temperatur tubuh menjadi lebih tinggi sehingga akivitas kutu meningkat.

Bentuk-bentuk khusus Scabies, yaitu :

- a) Scabies pada orang bersih

Scabies yang terdapat pada orang yang tingkat kebersihannya cukup bisa salah didiagnosis. Biasanya sangat sukar ditemukan terowongan. Kutu biasanya hilang akibat mandi secara teratur.

- b) Scabies pada bayi dan anak Lesi

Scabies pada anak dapat mengenai seluruh tubuh, termasuk seluruh kepala, leher, telapak tangan, telapak kaki, dan sering terjadi infeksi sekunder berupa empitigo, eksima sehingga terowongan jarang ditemukan. Pada bayi, lesi terdapat dimuka.

- c) Scabies yang ditularkan oleh hewan

Sarcoptes scabiei varian *canis* dapat menyerang manusia yang pekerjaannya berhubungan erat dengan hewan tersebut. Misalnya peternak dan gembala. Gejal ringan, rasa gatal kurang, tidak timbul terowongan, lesi terutama terdapat pada tempat-tempat kontak. Dan akan sembuh sendiri bila menjauhi hewan tersebut dan mandi bersih.

- d) Scabies Noduler

Nodul terjadi akibat reaksi hipersensitivitas. Tempat yang sering terjadi adalah genetalia pria, lipat paha, dan aksila. Lesi ini dapat menetap beberapa minggu hingga beberapa bulan bahkan satu tahun walaupun telah mendapatkan pengobatan anti scabies.

- e) Scabies Inkognito

Obat steroid tropikal atau sistemik dapat menyamarkan gejala dan tanda scabies, sementara infestasi tetap ada. Sebaliknya, pengobatan dengan steroid topikal yang lama dapat pula menyebabkan lesi

bertambah hebat. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena penularan respon imun seluler.

f) Scabies terbaring ditempat tidur (bed-ridden)

Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus tinggal ditempat tidur dapat menderita scabies yang lesinya terbatas.

g) Scabies krustosa (Norwegian scabies)

Lesinya berupa gambaran eritrodemi, yang disertai skuamageneralisata, eritema, dan distrofi kuku. Krusta terdapat banyak sekali. Krusta ini melindungi Sarcotes scabiei dibawahnya. Bentuk ini sering salah didiagnosis, malah kadang diagnosisnya baru dapat ditegakkan setelah penderita menularkan penyakitnya ke orang banyak. Sering terdapat pada orang tua dan orang yang menderita retardasi mental (Down's syndrome), sensasi kulit yang rendah (lepra,syringomelia dan tabes dorsalis), penderita penyakit sistemik yang berat (leukimia dan diabetes), dan penderita imunosupresif (misalnya pada penderita AIDS atau setelah pengobatan glukokortikoid atau sitotoksik jangka panjang)

6. Prognosis

Dengan memperhatikan pemilihan dan cara pemakaian obat, serta syarat pengobatan, dan menghilangkan faktor predisposisi, penyakit ini dapat diberantas dan memberi prognosis yang baik.

a. Syarat obat yang ideal adalah :

- 1) Harus efektif terhadap semua stadium tungau
- 2) Harus tidak menimbulkan iritasi dan tidak toksik
- 3) Tidak berbau atau kotor serta tidak merusak atau mewarnai pakaian
- 4) Mudah diperoleh dan harganya murah (Hamzah,2007).

Cara pengobatannya ialah seluruh anggota keluarga harus diobati termasuk penderita yang hiposensitasi.

b. Macam-macam obat topikal :

1) Lindane (gamma benzene hexachloride = GBHC)

Merupakan obat pilihan untuk scabies oleh karena dapat membunuh tungau *S. Scabiei* (bersifat skabisid) dan nimfa serta mencegah menetasnya telur. Tersedia dalam bentuk krim, lotion, dan gel yang tidak berbau dan tidak bewarna dengan konsentrasi 1%. Pemakaiannya dengan mengoleskan ke seluruh tubuh, didiamkan selama 12-24 jam, lalu dicuci bersih. Penggunaan hanya satu kali dan dapat diulang seminggu kemudian dengan maksimum pengobatan 2 kali (interval 1 minggu) 2)

2) Permetrin

Tersedia dalam bentuk krim 5%, merupakan obat antiskabies yang relatif baru. Sifat skabisidnya sangat baik, merupakan sintesa piretroid, aman karena efek toksisitasnya terhadap mamalia sangat rendah, kemungkinan keracunan karena salah penggunaan sangat kecil. Untuk tidak dianjurkan pada bayi dibawah umur 2 bulan, wanita hamil, dan ibu menyusui. Efek samping berupa rasa terbakar, perih, dan gatal jarang ditemukan

3) Krotamiton (crotonyl-N-ethyl-O-toluidine) Tersedia dalam bentuk krim atau lotion 10%, bersifat skabisid, tetapi tidak mempunyai efektivitas yang tinggi terhadap scabies, tidak mempunyai efek sistematik serta aman digunakan pada bayi, wanita hamil, dan anak-anak.

4) Sulfur

Tersedia dalam bentuk parafin padat, lunak, dan bewarna dengan konsentrasi 10%, yang bila kontak dengan jaringan hidup akan membentuk hidrogen sulfida dan asam pentationat yang bersifat germisid dan fungisid. Umumnya aman dan efektif sehingga dapat dipakai pada bayi, anak-anak, serta wanita hamil dan menyusui dengan konsentrasi 2-4% (anak), 6-8% (wanita) dan 10% (laki-laki).

- 5) Benzil benzoat Tersedia dalam bentuk emulsi atau lotion dengan konsentrasi 25-30%. Pada anak-anak dilakukan pengenceran dengan 2 atau 3 bagian air. Cara pemakaian dengan dioleskan dan dibiarkan pada kulit berturut-turut dengan interval 1 minggu. Obat ini efektif dan secara kosmetik dapat diterima, walaupun dapat menimbulkan gatal dan iritasi.
- 6) Ivermektin
Bahan semi sintetik yang dihasilkan oleh *stryptomyces avermitili*, merupakan antiparasit yang strukturnya mirip antibiotik makrolid, diketahui aktif melawan ekto dan endo parasit. Merupakan suatu lakton makrosiklik dan ternyata sangat efektif sebagai anti parasit berspektrum luas untuk melawan berbagai jenis nematoda dan artropoda, termasuk kutu, tungau, dan kutu anjing.

8. Komplikasi

Bila scabies tidak diobati selama beberapa minggu atau bulan, dapat timbul dermatitis akibat garukan. Erupsi dapat berbentuk impetigo, eksima, selulitis, limfangitis, folikulitis, dan furunkel. Infeksi bakteri pada bayi dan anak kecil yang diserang scabies dapat menimbulkan komplikasi pada ginjal, yaitu glomerulonefritis. Dermatitis iritan dapat timbul karena penggunaan preparat antiskabies yang berlebihan, baik pada terapi awal atau pemakaian yang terlalu sering. Salep sulfur dengan konsentrasi 15% dapat menyebabkan dermatitis bila digunakan terus menerus selama beberapa hari pada kulit yang tipis. Benzil benzoat juga dapat menyebabkan iritasi bila digunakan 2 kali sehari selama beberapa hari, terutama disekitar genitalia pria. Gamma benzena heksaklorida sudah diketahui menyebabkan dermatitis iritan bila digunakan secara berlebihan (Harahap, 2000).

9. Pencegahan dan Penanggulangan

Pencegahan dan penanggulangan penyakit scabies dapat dilakukan dengan :

a. Sanitasi

Sangat diperlukan untuk menghilangkan atau mengawasi faktor-faktor lingkungan yang merupakan perantara pemindahan penyakit. Persyaratan mutlak bagi terciptanya kesehatan dasar ialah persediaan makanaan yang cukup. Menurut beberapa taksiran beban penyakit menular sedunia akan berkurang 80% jika setiap orang bisa mendapat air bersih dan menggunakan dengan baik demi sanitasi yang tepat. Penyediaan air bersih sangat penting karena air yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menjadi perantara dalam penularan scabies

b. Mandi Penyakit scabies juga disebabkan oleh kekurangan air bersih karena air lingkungan sudah tercemar. Kebiasaan membersihkan diri (mandi) yang bersih menggunakan air yang bersih merupakan cara terbaik untuk menghindari penyakit scabies (Wardhana, 2004).

c. Penyuluhan

Lakukan penyuluhan pada masyarakat dan komunitas kesehatan tentang cara penularan, diagnosis dini dan cara pengobatan penderita scabies dan orang-orang yang kontak (Aisah, 2007).

d. Pengobatan

Semua keluarga yang berkонтак dengan penderita harus diobati termasuk pasangan seksnya (Harahap, 2000).

10. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Scabies Pada Anak

a. Keadaan Iklim dan Geografis

Penderita scabies sering kali mengalami infeksi sekunder terutama di daerah tropis, khususnya pada anak-anak.

b. Keadaan Kulit Anak Kulit

anak bukanlah bentuk miniatur dari kulit dewasa, kulit bayi relatif tipis, tebalnya kurang lebih 1 mm, beratnya 6% berat badan dan luas permukaannya 1,21 m², dengan volume cairan sekitar 3,5 liter. Selain itu kulit belum berkembang lengkap demikian fungsinya, pH

kulit bayi cukup 6,34 setelah berumur 7-30 hari menjadi 4,7 kemudian berkisar antar 3,4-8,5. Secara histologis dapat dilihat papil-papil dermis lebih datar sehingga daya rekat antara sel-sel epidermis dengan membrané basalis lebih longgar. Apabila ada infestasi Sarcoptes scabiei tampak lebih hebat dibanding orang dewasa.

c. Tumbuh Kembang Masa

anak adalah kelompok umur kurang dari 12 tahun. Tetapi pada umumnya yang banyak dipakai untuk kepentingan medis masa anak-anak adalah kelompok umur kurang dari 14 tahun. Semakin besar anak lapisan tanduk semakin tebal dan daya pertahanan tubuh semakin baik.

d. Peranan Orang Tua atau Pengasuh Bayi Terhadap Kebersihan Perorangan Anak Bayi dan anak sepenuhnya masih dalam tanggung jawab orang tua. Ketergantungan pada pengasuh dan atau orang tua akan masalah kebersihan perorangan dan lingkungan yang merupakan faktor yang ikut berperan bagi kesehatan kulit.

e. Pola Kehidupan Anak Lingkungan dan Penularan scabies

Pola kehidupan anak dan lingkungan sulit dipisahkan dalam kehidupan sehari-hari. Scabies pada kasus-kasus yang higennya kurang baik dapat terlihat impetigo, eksima, selulitis, folikulitis, dan furunkulosis.

Penularan dapat melalui kontak langsung maupun tidak langsung melalui bersentuhan kulit, bermain bersama dengan teman yang terjangkit scabies, pakaian, tempat tidur, alat-alat tidur, handuk dan lain lain.