

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep teori penyakit

1. Pengertian Gout arthritis

Gout arthritis merupakan penyakit yang menyebabkan gangguan aktivitas dan gerak dikarenakan nyeri akibat peradangan pada sendi. Gangguan gerak ini diakibatkan oleh konsumsi makanan tinggi purin seperti tahu, tempe, kacang panjang, minuman bersoda hingga jeroan Astuti (2018).

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya gout arthritis adalah karena adanya deposit/ penimbunan kristal asam urat pada sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolik dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dariginjal. Menurut Syamsiyah (2017), faktor pencetus terjadinya endapan kristal asam urat antara lain:

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

3. Patofisiologi Gout Arthritis

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

- a. Jalur *de novo* melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekursor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat

- yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin
- b. (asam inosinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosilpirofosfat (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).
 - c. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur *de novo*. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian di eksresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin. Pada penyakit gout, menurut Astuti (2018) terdapat gangguan keseimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:
 - a) Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
 - b) Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
 - c) Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan cellular turnover).
 - d) Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
 - e) Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi

4. Manifestasi klinis

- a. Stadium I adalah hiperurisemia asimtomatik. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl.
- b. Stadium II Adalah arthritic gout akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera, sendi-sendi lain dapat terserang, termasuk sendi jari tangan dan siku, serangan gout akut biasanya akan pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10-14 hari.

c. Stadium III Adalah serangan gout akut (gout interitis) adalah tahap interikritis, Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati. Stadium IV Adalah gout kronik , dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya Kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri ,sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak, tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubitas relatif asam urat., tendon achiles, permukaan ekstensor lengan bawah ,bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihinggapi tofi. Pada masa ini tofi aka menghilang dengan terapi yang tepat. Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat akan bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam interstitium medulla, papilla, dan pyramid, sehingga timbul proteinuria dan gout atrithis ringan (Mubarak, 2015).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Nurhayati (2014) ada 4 tanda dan gejala penderita gout:

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

5. Pemeriksaan penunjang

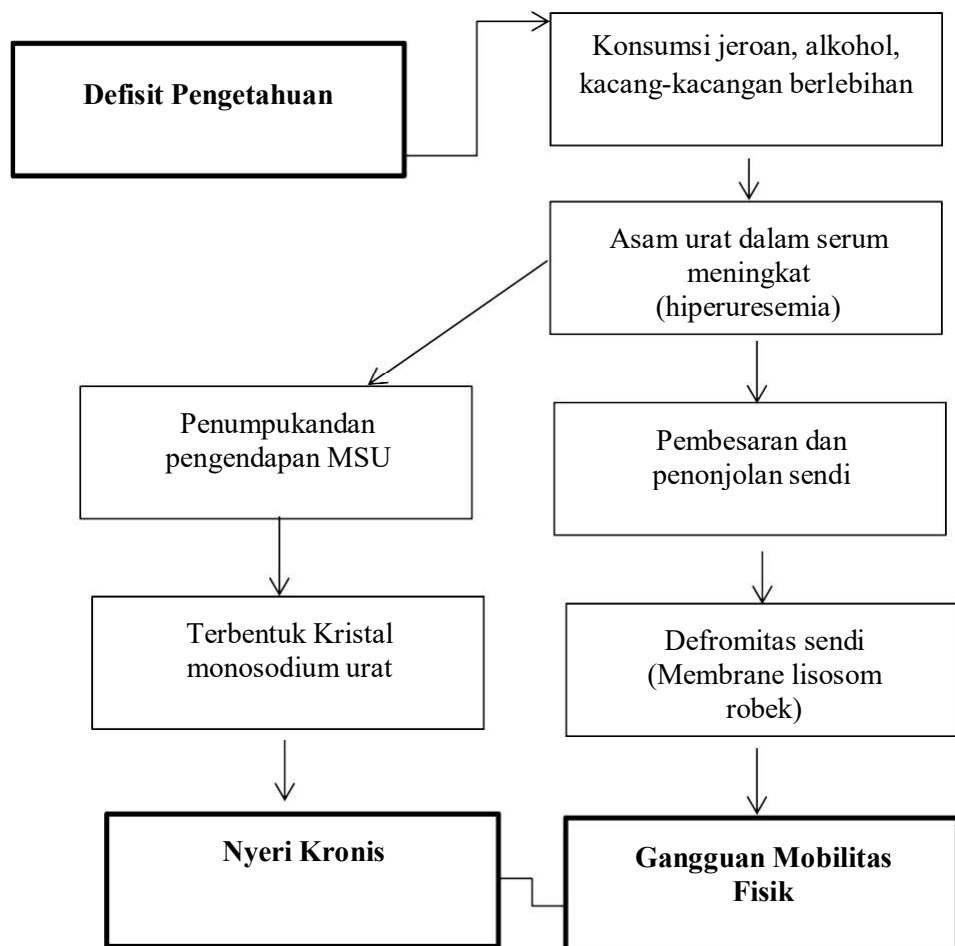
Menurut Nurhayati (2014) ada 5 pemeriksaan penunjang untuk memastika asam urat:

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

6. Komplikasi

Meskipun penyakit asam urat jarang menimbulkan komplikasi, namun tetap patut diwaspadai. Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi diantaranya sebagai berikut (Guanabara et al., n.d.).

- a. Munculnya benjolan keras (tofi/kristal asam urat) disekitararea yang meradang
- b. Kerusakan sendi permanen akibat radang yang terus berlangsung. Kerusakan permanen ini biasanya terjadi pada kasus penyakit asam urat yang mengabaikan selama bertahun-tahun.



Sumber : Nurarif (2015)

Gambar 2.1 *Pathway Gout Atritis*

B. Konsep Kebutuhan Dasar

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

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

Kebutuhan dasar Maslow disusun berdasarkan kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum yang lainnya dipenuhi adapun kebutuhan yang dimaksud meliputi



Sumber : Nurhayati (2014)

Gambar 2. 2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling penting dasar dan menjadi prioritas tertinggi dalam Hirarki Maslow. Contoh kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa aman nyaman dan perlindungan

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya adalah bebas dari rasa takut dan kecemasan serta bebas perasaan terancam.

c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima kasih sayang, rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, mendapat kehangatan, mendapat persahabatan, perasaan dimiliki, dan diterima oleh kelompok sosial.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan ini meliputi perasaan yang membuat rasa puas akan dirinya, bangga dan merasa dihargai karena kemampuan dan perbuatannya, harga diri membantu orang mampu mengembangkan keterampilan yang dapat dipelajari dan dilatih oleh siapapun.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk memberikan kontribusi pada orang lain atau lingkungan dan mencapai potensi diri sepenuhnya. Kebutuhan ini meliputi mengenal dan memahami diri, belajar memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, tidak emosional, kreatif, dan percaya diri. Berdasarkan teori Maslow, kasus *gout* mengalami gangguan kebutuhan dasar Rasa aman nyaman yang disebabkan oleh Gangguan nyeri kronis. Kebutuhan Rasa aman nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan (Nurhayati, 2014).

Menurut Mubarak et al.(2013) kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Organ tubuh penunjang mobilitas fisik Kemampuan tersebut menyerupai berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Melakukan

aktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernapasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persyarafan dan sistem muskuloskeletal yang adekuat.

Tulang adalah jaringan sebagai perpanjangan dari jaringan tubuh yang membentuk otot tubuh. Sendi yang menyebabkan mobilitas antara lain sinarthrosis (sendi yang tidak bergerak), amphiarthrosis (sendi yang gerakannya terbatas pada satu gerakan saja, seperti tulang belakang), dan diarthrosis (sendi yang tidak bergerak, seperti sendi bahu.) ada tiga macam faktor yang menyebabkan kemunduran mobilitas fisik, dimulai dari kesehatan fisik ketika seseorang mengalami gangguan muskuloskeletal. Penyakit bawaan atau postur tubuh yang buruk dapat menghambat pergerakan seseorang. Kesehatan mental juga bisa berpengaruh. Dan terakhir, gaya hidup di mana seseorang yang menjaga pola hidup sehat atau kebiasaan makan yang baik tidak mengalami pembatasan gerak. ada beberapa penyebab masalah kinerja, seperti: Rusaknya integritas tulang, perubahan metabolisme, kelemahan fisik, penurunan kontrol otot, penurunan massa otot. Penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, indeks massa tubuh (BMI) di atas persentil ke-75 untuk usia, efek agen farmakologis, program aktivitas fisik, nyeri, kecemasan, kurang aktivitas fisik, gangguan kognitif, keengganan untuk bergerak.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut (Mubarak, 2015) perawat saat mengkaji data tentang masalah aktivitas, menggunakan metode pengkajian terkait aktivitas klien meliputi riwayat keperawatan dapat pemeriksaan fisik tentang kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan massa otot, toleransi aktivitas, masalah terkait mobilitas, serta kebugaran fisik. Pengkajian untuk klien dengan

gangguan musculoskeletal salah satunya adalah klien yang terkena penyakit *Gout Arthritis*.

a. Biodata

Terdiri dari nama, umur biasanya asam urat sering terjadi pada usia diatas 45 tahun, jenis kelamin laki-laki lebih banyak terserang dari pada perempuan, pada perempuan sering terjadi pada saat menopause, agama, pendidikan, status, alamat, pekerjaan, penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berisi uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai keluhan utama yang dirasakan seperti misal pada gout arthritis sering mengeluh nyeri pada persendian, persendian yang sering terserang biasanya lutut kaki, pergelangan, jari-jari kaki, serta jari tangan. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa waktu sebelum pasien mengetahui dan merasakan perubahan pada sendi dan keterbatasan gerakan yang menyebabkan keterbatasan mobilitas.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji adanya riwayat kesehatan keluarga yang menderita penyakit yang sama, biasanya orang dengan riwayat keluarga yang menderita asam urat punya resiko lebih tinggi untuk terserang penyakit asam urat. Faktor ini lebih berisiko jika di dukung dengan pola hidup yang kurang baik.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi, lihat adanya kemerahan, pembengkakan, teraba hangat, serta perubahan bentuk. Pada kasus *gout* biasanya terjadi peradangan dan kemerahan pada area sendi yang terserang, dan teraba

hangat sementara jika parah akan mengalami perubahan bentuk (deformitas).

2) Lakukan pengukuran rentang pasif pada sendi

Catat bila terdapat keterbatasan gerak sendi dan adanya nyeri saat dilakukan pergerakan.

f. Riwayat Psikososial

Penderita gout arthritis mungkin merasa khawatir dan cemas mengalami deformitas terhadap sendinya.

g. Aktivitas/Istirahat

Mengalami rasa nyeri pada sendi karena pergerakan, kekakuan sendi pada pagi hari, dan nyeri tekan. Terjadi keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada aktivitas istirahat. Gejala lain seperti keletihan dan kelelahan.

h. Neurosensori

Terjadi hilangnya sensasi pada lutut dan kaki dan pembengkakan pada sendi.

i. Makanan/cairan

Ketidakmampuan mengkonsumsi makanan/cairan yang adekuat, menghindari makanan yang tinggi purin seperti kacang-kacangan, jeroan, sayuran hijau.

j. Integritas ego

Faktor stress akut maupun kronis seperti misalnya pekerjaan, finansial, keputusan, ketidakberdayaan, ancaman konsep diri, citra diri serta perubahan bentuk badan.

k. *Hygiene*

Aktivitas yang berat saja yang dibantu orang lain, masih mampu melakukan aktivitas perawatan secara mandiri.

l. Nyeri/Kenyamanan

Pada fase akut disertai/tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi, rasa nyeri kronis dan kekakuan di pagi hari.

- m. Keamanan
- n. Gejala berupa kulit mengkilat, tegang, kekeringan pada membran mukosa. Kesulitan dalam memegang kendali tugas/pemeliharaan rumah tangga.
- o. Intraksi Sosial
Adanya perubahan peran dan kerusakan interaksi dengan keluarga maupun orang lain.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kegiatan yang mengumpulkan gangguan atau masalah kebutuhan dasar yang dialami oleh klien dengan merumuskan ke dalam bentuk kalimat yang berstandar Suarni & Apriyani (2017).

Kompleksnya masalah sistem tubuh pada pasien dengan penyakit Stroke maka dapat muncul masalah kesehatan, antara lain Richard Oliver (2018) dalam Zeithml (2021) :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi mukoleketal kronis (D0078)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)

3. Rencana keperawatan

Pada tahapan ini perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari: Perencanaan tujuan (*Outcome*) dan perencanaan tindakan (*intervention*), Suarni & Apriyani, (2017).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskolesketal kronis ditandai dengan Data Mayor</p> <p>Subjektif: 1.Mengeluh nyeri 2.Merasa depresi (tertekan)</p> <p>Objektif: 1.Tampak meringis 2.Gelisah 3.Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p> <p>Data Minor: Subjektif: 1.Merasa takut mengalami cedera berulang</p> <p>Objektif: 1.Bersikap protektif(mis. Posisi menghindari nyeri) 2.Waspada 3.Pola tidur berubah 4.Anoreksia 5.Fokus menyempit 6.Berfokus pada diri sendiri</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066:145)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1.Keluhan nyeri menurun 2.Skala nyeri menurun 3.Sikap protektif menurun 4.Tekanan darah membaik 5.Meringis menurun</p>	<p>Manajemen nyeri (I.08238:201)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri 2.Identifikasi skala nyeri 3.Identifikasi respons nyeri non verbal 4.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5.Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 6.Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7.Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8.Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri <p>Terapeutik: 1.Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa</p>

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
			<p>nyeri(mis.tarik napas dalam)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk meredakan nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan</p> <p>Data mayor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menguluh sulit menggerakkan ekstermitas <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 	<p>Mobilitas fisik (L.05042:65)</p> <p>Selama dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173:30)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
			<p>Mobilisasi</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan</p> <p>Data mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Data minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah beraktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah 	<p>Toleransi aktivitas (L.03032)</p> <p>Selama dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Akral dingin menurun 3. Pucat menurun 4. Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik 5. Frekuensi nadi dan napas membaik 	<p>Manajemen energi (L.05178)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
	Objektif: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis		Teraupetik: 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Implementasi

Menurut Apriyani (2017), adalah penerapan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berlanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Adapun tujuan umum pada masalah mobilisasi adalah:

- a. Meningkatkan toleransi klien untuk melakukan aktivitas fisik.
- b. Mengembalikan dan memulihkan kemampuannya untuk bergerak atau berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari.
- c. Mencegah terjadinya cedera akibat jatuh atau akibat penggunaan

mekanika tubuh yang salah.

- d. Mencegah terjadinya komplikasi akibat imobilitas.
- e. Meningkatkan kesejahteraan sosial, emosional, dan intelektual.

5. Evaluasi

Menurut Suarni & Apriyani (2017) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana terkait kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Pada tahap ini untuk mengetahui masalah teratasi, teratasi sebagian, dan belum teratasi dapat digunakan komponen SOAP, yaitu sebagai berikut:

- a. Subjektif (S): informasi yang didapatkan dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. Objektif (O): informasi yang didapat dari hasil pengamatan, pengukuran, dan penilaian yang dilakukan perawat setelah dilakukan tindakan.
- c. Analisis (A): Membandingkan data subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil, kemudian disimpulkan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. Planning (P): proses perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan sesuai dengan kondisi klien.

D. Konsep Keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnosa keperawatan keluarga adalah diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan

keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI,SIKI . Hasil capaian adalah sebagai berikut :

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah domain capaian hasil :
Pengetahuan kesehatan dan perilaku meningkat yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.
2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan domain capaian hasil :
Yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.
3. TUK 3 : Mampu merawat domain capain hasil :
Kesehatan keluarga,kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalamperawatan, peranan care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.
4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan domain capaian hasil :
Kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.
5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan domain capaian hasil :
pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber Kesehatan.

Teori diatas sesuai dengan pernyataan Achjar (2012), menyatakan asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus.

Dalam IPKKI (2017) Friedman, Bowden dan Jones mengatakan Praktik keperawatan keluarga memiliki beberapa tingkatan keperawatan keluarga yang meliputi :

- a. Level 1, keluarga menjadi latar belakang individu dan fokus pelayanan adalah individu yang akan dikaji dan diintervensi.
- b. Level 2, keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya dan masalah kesehatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersamaan, masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah.

- c. Level 3, fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, fokus intervensi adalah hubungan ibu dengan anak, hubungan perkawinan dan lain-lain.
- d. Level 4, pada level ini keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dari pengkajian dan perawatan. Keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang.
- e. Level 5, pada level ini keluarga dipandang sebagai bagian dari masyarakat. Keluarga menjadi sub sistem dalam masyarakat
Adapun tingkatan kemandirian yang dapat dilihat dari tujuh kriteria kemampuan yang telah dicapai keluarga meliputi :
 - 1) Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
 - 2) Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
 - 3) Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - 4) Kriteria 4: Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan sesuai anjuran
 - 5) Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana yang sesuai anjuran
 - 6) Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
 - 7) Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif

E. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

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

ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Achjar, 2017).

2. Tipe Keluarga

Menurut Achjar (2017), membagi tipe keluarga berdasarkan:

a. Keluarga tradisional

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

b. Keluarga non tradisional

- a) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- c) Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga
Tahap perkembangan keluarga menurut Perry, (2016), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

d) Tahap I, keluarga pasangan baru

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

e) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan) Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

f) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun) Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

g) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun) Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meningkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

h) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun) Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi

terbuka dua arah.

- i) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah) Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut. usia sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.
- j) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan,pensiun) Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua danlansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.
- k) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankanikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu Achjar,(2017).

3) Tugas Keluarga

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

- a. Ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk

bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber- sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya *hygiene* sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Aghadiati, 2017)

F. Proses Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian keperawatan keluarga

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota

keluarga (Dion & Betan, 2015) dalam (Wahyuni et al., 2021). Pengkajian yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi:

- a. Identitas pasien, meliputi : nama, umur, pekerjaan, suku, agama, dan,alamat (KK)
 - b. Data kesehatan pada pengkajian ini fokus utama pada yang sakit mencakup diagnosa, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian lakukan pemeriksaan fisik seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.
 - c. Data kesehatan lingkungan berupa uraian kondisi rumah yang meliputi: tipe rumah, ventilasi, pencahayaan, kelembapan, lingkungan rumah, kebersihan, serta bagaimana sarana MCK.
 - d. Struktur keluarga, pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga peran anggota keluarga, komunikasi dalam keluarga, sumber sumber kehidupan keluarga, dan sumber penunjang kesehatan lain nya.
 - e. Fungsi keluarga, pada bagian ini mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan berdasarkan kemampuan keluarga yaitu :
 - a)Kemampuan keluarga mengenal masalah , meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala penyakit.
 - b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, sifat negatif terhadap masalah kesehatan, informasi yang salah.
 - c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit,yaitu bagaimana keluarga menegtahui keadaan, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sikap keluarga terhadap yang sakit.
 - d) Kemampuan keluarga memelihara kesehatan, memodifikasi serta memelihara lingkungan.
 - e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.
2. Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosa ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat ditangani oleh perawat, dimana diagnosa nya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga Andarmoyo (2012) dalam Wahyuni et al., (2021)

Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- a. Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

$$\frac{\text{Skoring} \quad \times \text{bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$$

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978)

Gambar 2.2

Skoring skala prioritas

Tabel 2.3
Skala Prioritas Masalah

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat Masalah	1	Aktual :3 Risiko :2 Potensial:1
Kemungkinan Masalah Untuk Dipecahkan	2	Masalah :2 Sebagian:1 Tidak Dapat :0
Potensial masalah untuk dicegah	1	Tinggi :3 Cukup :2 Rendah : 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi : 2 Tidak segera di atasi : 1 Tidak di rasakan adanya masalah :0

Sumber achajar (2016)

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

- a. Kriteria sifat masalah: menentukan sifat masalah ini dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi di mana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bisa berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.
- b. Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah: Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

- c. Kriteria potensi pencegahan masalah: Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.
- d. Kriteria masalah yang menonjol: Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat prioritas yang harus ditangani berdasarkan : Masalah yang benar benar harus ditangani, ada masalah tetapi tidak dirasakan, ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.