

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN KONSEP KEBUTUHAN DASAR

1. Definisi Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri

Rasa nyaman dibutuhkan disetiap individu. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. Salah satu kebutuhan klien adalah bebas dari rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespons rasa nyeri dengan beragam cara, misalnya berteriak, menangis, dan lain-lain. Oleh karena nyeri bersifat subjektif, maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dirasakan klien. Itulah sebabnya diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri (Susanto, fitriana, 2017).

2. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain.

3. Etiologi Nyeri

Agen cedera sebagai berikut :

- a. Biologis : penyebab nyeri karena kerusakan fungsi organ atau jaringan tubuh
- b. Zat kimia : penyebab nyeri karena bahan kimia
- c. Fisik : penyebab fisik karena trauma fisik

- d. Psikologi : penyebab nyeri yang bersifat psikologi seperti kelainan organik, nekrosis traumatic, dan eulzofronia. (SDKI, 2017)

4. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan

a. Nyeri Berdasarkan Tempat

- 1) Pheriperal pain yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
- 2) Deep pain yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) Referred pain yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang di transmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) Central pain yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, hipotalamus, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifat

- 1) Incidental pain yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) Steady pain yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
- 3) Paroxymal pain yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi.

c. Nyeri Berdasarkan Berat Ringannya

- 1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
- 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

d. Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan

- 1) Nyeri akut

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

2) Nyeri kronis

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

5. Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri mencangkup ujung-ujung saraf bebas yang berespon terhadap berbagai rangsangan termasuk tekanan mekanik, deformasi, suhu yang ekstrim dan berbagai bahan kimia. Pada rangsangan yang intensif, reseptor-reseptor lain misalnya badan panici dan misner yang mengirim informasi yang dipersepsikan sebagai nyeri. Zat-zat kimia yang memperparah nyeri antara lain adalah histamine, bradikini serotonin, beberapa prostagladin, ion kalium, dan ion hidrogen. Masing-masing zat tersebut tertimbun ditempat cidera hipoksi atau kematian sel. Nyeri cepat (fastpain) disalurkan kekorda spindlis oleh serat A delta, nyeri lambat (slowpain) disalurkan kekorda spinalis oleh sera C lambat (Kolawak, 2013)

6. Manifestasi klinis

a. Tanda dan gejala nyeri akut (SDKI,2016)

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Tampak meringis

- 3) Bersikap protektif
 - 4) Frekuensi nadi meningkat
 - 5) Gelisah
 - 6) Sulit tidur
 - 7) Tekanan darah meningkat
 - 8) Pola nafas berubah
- b. Tanda dan gejala nyeri kronis (SDKI,2016)
- 1) Mengeluh nyeri
 - 2) Merasa depresi (tertekan)
 - 3) Tampak meringis
 - 4) Gelisah
 - 5) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
 - 6) Merasa takut mengalami cedera ulang
 - 7) Bersikap protektif
 - 8) Waspada
 - 9) Pola tidur berubah
 - 10) Anoreksia

7. Intensitas Nyeri atau Skala Peringkat

Dalam Kozier,dkk, 2020. Perawat cenderung menggunakan cara yang kurang dapat diandalkan untuk mengkaji nyeri, faktor utama yang diidentifikasi oleh perawat dipengaruhi secara budaya.

Selain itu, studi menunjukkan bahwa pemberi perawatan kesehatan dapat merendahkan atau melebih-lebihkan intensitas nyeri, pengguna skala intensitas nyeri adalah metode mudah dan reliabel dalam menentukan intensitas nyeri klien. Saat mencatat intensitas nyeri sangat penting untuk menentukan setiap faktor terkait yang dapat mempengaruhi nyeri. Apabila intensitas nyeri berubah, perawat perlu mempertimbangkan kemungkinan penyebab. Misalnya, hilangnya nyeri abdomen akut secara mendadak dapat mengidentifikasi ruptur appendiks. Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi intensitas : jumlah

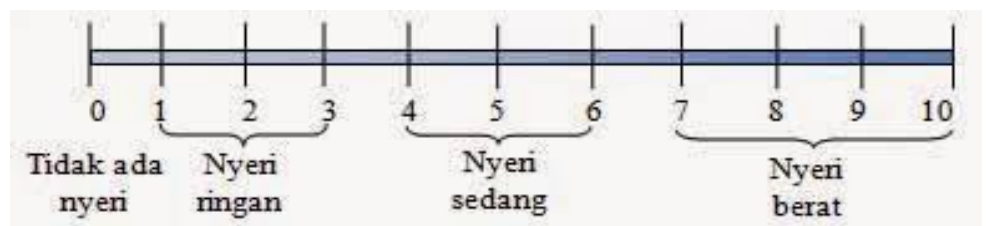
distraksi atau konsentrasi klien pada kejadian lain, keadaan kesadaran klien, tingkat aktivitas, dan harapan klien.

8. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Numeric Rating Scale

Dimana intensitas nyeri diukur dalam skala 10, dengan nilai 0 dinyatakan tidak nyeri dan nilai 10 dinyatakan nyeri yang amat sangat dan tidak tertahankan lagi.

Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri

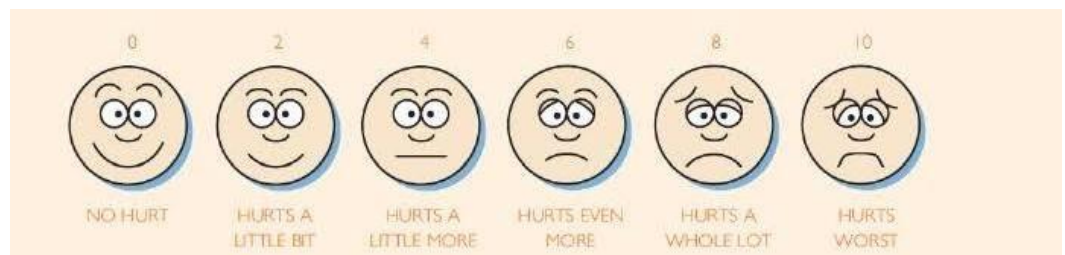


Sumber: mubaramunnal & Anugroho (2018)

Skala intensitas nyeri 10 poin dengan keterangan kata skala pada numeric rating scale dan interpretasinya intensitas nyeri pada skala 1-3 disebut nyeri ringan, 4-6 disebut nyeri sedang, dan 7-10 dikatakan nyeri berat.

b. Face Pain Rating Scale

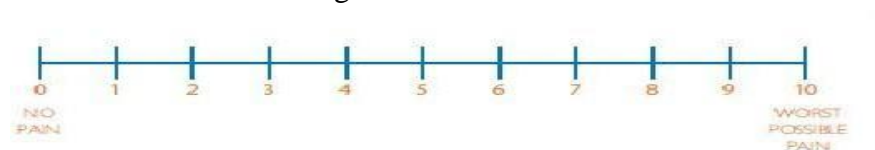
Gambar 2.2 Skala peringkat wajah Face Pain Rating Scale



Sumber: Ikawati & Anurogo (2018)

c. Visual Analog Scale (VAS)

Gambar 2.3 Visual Analog Scale



Sumber: Ikawati & Anurogo (2018)

Selain menentukan intensitas nyeri, perlu diidentifikasi juga onset, durasi, karakteristik, rasa nyerinya, seperti apakah nyerinya tajam, tumpul, berdenyut, dll. Intensitas nyeri pada saat ada aktivitas tubuh juga sebaliknya dinilai. Misalnya, pasien diminta nyerinya ketika dia batuk, bernafas dalam-dalam, atau berbaring.

9. Penatalaksanaan Nyeri Pasca Operasi

Upaya mengatasi nyeri ini dapat dilakukan antara lain dengan metode serta teknik distraksi dan relaksasi. Adapun praktiknya sebagai berikut :

a. Teknik distraksi

Teknik ini merupakan pengalih perhatian pasien dari rasa nyeri

- 1) Perawat meminta pasien untuk bernapas lambat serta berirama teratur
- 2) Perawat meminta pasien untuk bernyanyi dengan irama sambil menghitung ketukannya
- 3) Perawat meminta pasien untuk mendengarkan musik
- 4) Perawat mengajak pasien berimajinasi dan
 - a) Atur posisi pasien supaya nyaman
 - b) Minta pasien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu menggunakan semua indera
 - c) Minta pasien untuk tetap fokus pada bayangan yang menyenangkan, sambil merelaksasikan tubuh
 - d) Jika pasien tampak rileks, maka perawat tidak perlu bicara lagi
 - e) Jika pasien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah atau tidak nyaman, maka perawat harus segera menghentikan latihan serta memulai lagi ketika pasien siap.

b. Teknik relaksasi

Teknik ini didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh merespons pada ansietas. Hal inilah yang merangsang pikiran sehingga

menyebabkan rasa nyeri. Teknik relaksasi memiliki beragam jenis, salah satunya yaitu relaksasi autogenik. Relaksasi ini lebih mudah dilakukan serta tidak berisiko. Pada prinsipnya pasien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra atau doa dalam hati, sambil melakukan ekspirasi udara paru. Tujuannya untuk menurunkan tegangan fisiologis

- 1) Baringkan tubuh pasien dengan kepala disangga dengan bantal serta ,memejamkan mata
- 2) Atur napas sehingga menjadi lebih teratur
- 3) Tarik napas sekuat-kuatnya, lalu buang secara perlahan-lahan, sambil mengatakan dalam hati “ saya damai dan tenang”.

(Susanto dan Fitriana, 2017)

10. Efek yang Ditimbulkan oleh Nyeri

a. Tanda dan gejala fisik

Respon fisiologis terhadap nyeri dapat menunjukkan keberadaan dan sifat nyeri dan ancaman yang potensial terhadap kesejahteraan klien. Apabilaklien merasakan nyeri, perawat harus mengkaji tanda-tanda vital, melakukan pemeriksaan fisik terfokus, dan mengobservasi keterlibatan sistem sarafotonom. Tanda fisiologis dapat menunjukan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau tidak mengakui ketidaknyamanan. Tidak ada suatutingkatan atau ekstensi perubahan yang dapat diperkirakan dalam kondisi klien yang mengindikasikan nyeri.

b. Efek perilaku

Apabila seorang klien mengalami nyeri, maka perawat mengkaji kata- kata yang diucapkan, respons vokal, gerakan wajah dan tubuh, serta interaksi sosial. Laporan verbal tentang nyeri merupakan bagian vital pada pengkajian. Perawat harus bersedia mendengarkan dan berusaha memahami klien

c. Pengaruh pada sehari-hari

klien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin. pengkajian pada perubahan ini menunjukkan sejauh mana kemampuan dan proses penyesuaian klien diperlukan untuk membantunya berpartisipasi dalam perawatan diri.

B. TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. Definisi asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidahkaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dapat di pertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan restruktur (Muhlisin, 2011). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2011).

Asuhan profesional dituntut untuk dapat melaksanakan proses keperawatan dengan tepat dan benar. Pemahaman mahasiswa terhadap proses perawatan sangat penting, karena topik ini akan menjadi bagian yang amat penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Perbedaan asuhan yang profesional dengan asuhan tradisional terletak pada penggunaan proses keperawatan. Kemampuan perawat dalam menerapkan proses keperawatan dalam asuhannya sudah tidak dapat ditawar lagi apabila ia meyakini bahwa asuhannya adalah asuhan yang professional.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar

pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012). Proses keperawatan adalah salah satu metoda efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah.

2. Tujuan asuhan keperawatan

Ada beberapa tujuan dan manfaat pemberian asuhan keperawatan diantaranya yaitu :

- a. Membantu individu untuk mandiri.
- b. Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan.
- c. Membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya.
- d. Membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Selain itu, proses keperawatan pun mempunyai fungsi dan fungsinya antara lain adalah :

- a. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
- b. Memberi ciri profesionalisasi pemberian asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efisien.
- c. Memberi kebebasan pada klien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dalam kemandiriannya di bidang kesehatan.

3. Tahapan proses asuhan keperawatan

a. Pengkajian keperawatan

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang menyenangkan yang diakibatkan adanya kerusakan jaringan aktual atau potensial. Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen penting, yaitu:

Riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien, dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien.

Untuk itu, dalam mengkaji nyeri pada pasien dipastikan menggunakan instrumen atau alat ukur yang tepat. Salah satu alat ukur yang paling banyak digunakan dalam mengkaji nyeri adalah metode mnemonic PQRST. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif.

Tabel 2.1 Peningat Pengkajian Nyeri

Mnemonik untuk pengkajian nyeri
P : Provokasi (apa yang menyebabkan nyeri)
Q : Quality atau kualitas
R : Radiasi/region (area)
S : Severity atau keparahan
T : Timing atau waktu

Sumber: Kozier, dkk (2010)

1) Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini membuat perawat lebih mudah memahami makna nyeri bagi klien sendiri dan cara ia berkkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri terdapat beberapa aspek, yaitu :

a) Lokasi

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

b) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien biasanya menggunakan skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

c) Kualitas nyeri

Nyeri bisa terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”

d) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir muncul.

e) Faktor presipitasi

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

f) Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare.

g) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

h) Sumber coping

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

i) Respon afektif

Respon afektif terhadap nyeri ini bervariasi, tergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

2) Observasi respon perilaku dan fisiologis

Banyak respon non verbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satunya yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membuka lebar-lebar, menggigit bibir bawah, dan seringkali wajah dapat mengindikasikan nyeri selain ekspresi wajah, respon perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi, imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan, dll

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Hermdman, 2021).

Penegak diagnosa keperawatan yang akurat untuk klien yang mengalami nyeri dilakukan berdasarkan pengumpulan data dan analisis data yang cermat. Seorang perawat tidak bisa mendiagnosa

klien yang mengalami nyeri dengan sederhana hanya karena menyangka klien mengalami ketidaknyamanan. Diagnosa akurat dibuat hanya setelah pengkajian lengkap semua variabel. Dalam contoh diagnosa nyeri, untuk membantu perawat dapat mengkaji perilaku klien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku, klien mengeluh, ungkapan verbal ketidaknyamanan klien. Diagnosa keperawatan harus berfokus pada sifat khusus nyeri untuk membantu perawat mengidentifikasi jenis intervensi yang paling berguna untuk menghilangkan nyeri dan meminimalkan efek intervensi itu pada gaya hidup dan fungsi klien.

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis., Inflamasi, iskemia, neoplasma
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis., terbakar bahan kimia iritan); dan
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis., abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, dan latihan fisik berlebihan.

c. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan menurut SIKI

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.</p> <p>Defiisi:</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosioal yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p>	<p>Manajemen Nyeri:</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hipnosis diri - Dukungan pengungkapan kebutuhan - Edukasi efek samping obat - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi proses penyakit - Edukasi teknik napas - Kompres dingin - Kompres panas - Konsultasi - Latihan pernapasan - Manajemen efek samping obat - Manajemen kenyamanan lingkungan - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi

<ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu meng-gunakan teknik nonfarma-kologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) - Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen terapi radiasi - Pemantauan nyeri - Pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral - Pemberian obat intravena - Pemberian obat topikal - Pengaturan posisi - Perawatan amputasi - Perawatan kenyamanan - Teknik distraksi - Teknik imajinasi Terbimbing - Terapi Akupresur - Terapi akupuntur - Terapi bantuan hewan
---	--	---

<p>prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi pembedahan - Cedera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut - Glaukoma 	<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu. <p>Pemberian Analgesik:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat - Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSASID) dengan tingkat keparahan nyeri - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapi humor - Terapi murattal - Terapi musik - Terapi pijatan - Terapi relaksasi - Terapi sentuhan - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
---	---	--

	<p>pemberian analgesik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor efektifitas analgesik <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien - Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan - 	
--	---	--

	<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi 	
--	--	--

<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas</p> <p>Definisi:</p> <p>Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).</p> <p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan integritas kulit dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan sirkulasi - Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) - Kekurangan/kelebihan volume cairan - Penurunan mobilitas - Bahan kimia iritatif - Suhu lingkungan yang ekstrem - Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 	<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan perawatan diri - Edukasi perawatan diri - Edukasi perawatan kulit - Edukasi perilaku upaya kesehatan - Edukasi pola perilaku kebersihan - Edukasi program pengobatan - Konsultasi latihan rentang gerak - Manajemen nyeri - Pelaporan status kesehatan - Pemberian obat - Pemberian obat intradermal - Pemberian obat intramuskular - Pemberian obat intravena - Pemberian obat kulit - Pemberian obat subkutan - Pemberian obat tropikal - Penjahitan luka - Perawatan area insisi - Perawatan imobilitas - Perawatan kuku - Perawatan luka bakar - Perawatan luka tekan - Perawatan pasca seksio sesaria - Perawatan skin graft - Teknik latihan penguatan otot dan sendi - Terapi lintah - Skinning kanker
---	--	--

atau faktor		
-------------	--	--

<p>elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efek samping terapi radiasi - Kelembaban - Proses penuaan - Neuropati perifer - Perubahan pigmentasi - Perubahan hormonal - Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hematoma - Kondisi Klinis Terkait: - Imobilisasi - Gagal jantung kongestif - Gagal ginjal - Diabetes melitus - 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya <p>Perawatan Luka:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Cukur rambut di daerah sekitar luka, jika perlu - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoxic sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien - Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, Vitamin C, zinc, asam amino, sesuai indikasi) - Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous) jika perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi 	
---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik) jika perlu - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu. 	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>Definisi:</p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meningkat dalam aktivitas fisik - Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. - Memperagakan penggunaan alat - Bantu untuk mobilisasi (walker) <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan integritas struktur tulang - Perubahan metabolisme - Ketidakbugaran fisik - Penurunan kendali otot - Penurunan massa otot - Penurunan kekuatan otot - Keterlambatan perkembangan - Kekakuan sendi 	<p>Dukungan Ambulasi:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi - Monitor teraupetik fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) <p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri: BAB/BAK - Dukungan keperawatan diri: berpakaian - Dukungan keperawatan diri: makan/minum - Dukungan perawatan diri: mandi - Edukasi latihan fisik - Edukasi teknik ambulasi - Dukungan teknik transfer - Konsultasi via telepon - Latihan otogenik - Manajemen energi - Manajemen lingkungan - Manajemen mood - Manajemen nutrisi - Manajemen nyeri - Manajemen medikasi - Manajemen program latihan - Manajemen sensasi perifer - Pemantauan neurologis - Pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pembidaian

<ul style="list-style-type: none"> - Kontraktur - Malnutrisi - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular - Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75sesuai usia - Efek agen farmakologis - Program pembatasan gerak - Nyeri - Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik - Kecemasan - Gangguan kognitif - Keengganan melakukan pergerakan - Gangguan sensoripersepsi <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku - Gerakan tidak terkontaminasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisiklainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukanmobilisasi <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alatbantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidurke kursi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan jatuh - Pencegahan luka tekan - Pengaturan posisi - Pengekangan fisik - Perawatan kaki - Perawatan sirkulasi - Perawatan tirah baring - Perawatan traksi - Promosi berat badan - Promosi kepatuhan program latihan - Promosi latihan fisik - Teknik latihan penguatan otot - Teknik latihan penguatan sendi - Terapi aktivitas - Terapi pemijatan - Terapi relaksasi otot progresif
--	--	---

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Nurafif & Kusuma (2015).

d. Implementasi

Fase tindakan implementasi adalah lakukan, informasikan, dan tuliskan. Dalam melakukan asuhan keperawatan dengan dan untuk klien, menginformasikan hasil dengan cara berkomunikasi dengan klien dan anggota tim layanan kesehatan lain, secara individual atau dalam konferensi perencanaan. Dalam menuliskan

informasi dengan cara mendokumentasikannya sehingga penyedia layanan kesehatan selanjutnya dapat melakukan tindakan dengan tujuan dan pemahaman. Selalu ingat bahwa komunikasi dan dokumentasi yang adekuat akan memfasilitasi kontinuitas asuhan (Rosdahl dan Kowalski, 2017)

e. Evaluasi

Klien adalah fokus evaluasi. Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Langkah-langkah dalam pengevaluasian asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan di masa depan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu :

- 1) Subyektif : Dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan
- 2) Obyektif : Data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan
- 3) Assesment : Kesimpulan dari data subyektif dan obyektif yang biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan
- 4) Planning : Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya (Dinarti, Dkk, 2013)

C. TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

1. Definisi Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa

keperawatan, penyusunan perencanaan, perencanaan asuhan dan penilaian. (Padila, 2012)

a. Pengkajian Keperawatan Keluarga

Model pengkajian keluarga terdiri dari 6 kategori yang luas, yaitu: mengidentifikasi data, tahap dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress koping dan adaptasi keluarga. (Friedman, 2012)

1. Pengkajian Keluarga

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga, perawat diharapkan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti yaitu bahasa yang digunakan dalam aktivitas keluarga sehari-hari.

1) Identifikasi data

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- a) Nama kepala keluarga (KK)
- b) Alamat dan telepon
- c) Pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga
- d) Komposisi keluarga
- e) Genogram
- f) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.

g) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan

h) Agama

Mengkaji agama yang dianut keluarga beserta

kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan

i) Status sosial ekonomi keluarga

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

j) Aktivitas dan reaksi keluarga

Reaksi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat reaksi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas reaksi.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas tersebut belum terpenuhi.

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, di jelaskan mulai lahir hingga saat ini yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (status imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri. (Andarmoyo, 2012).

3) Data lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabot rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan berpindah tempat.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga interaksinya dengan masyarakat.

e) Sistem pendukung keluarga

Jumlah keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis, atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

b) Struktur keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

d) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan kesehatan.

5) Fungsi Keluarga

a) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.

b) Fungsi sosialisasi

Hal yang perlu dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan pelaku.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan dapat meningkatkan

kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas yang terdapat di lingkungan setempat, (Andarmoyo, 2012).

6) Stres dan koping keluarga

a) Stresor jangka pendek

Stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan

b) Stresor jangka panjang

Stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stresor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stresor.

d) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stres

e) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stres.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik yang di klinik.

b. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman

(Friedman, 2010).

Tipologi dari diagnosa keperawatan adalah:

- 1) Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)
- 2) Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan
- 3) Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Tabel 2.3 Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Bobot	Nilai
1	Sifat masalah : a. Aktual b. Resiko c. Keadaan sejahtera	1	3 2 1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2	2 1 0
3	Potensi masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	1	3 2 1
4	Menonjolnya masalah : a. Masalah berat harus segera ditangani. b. Ada masalah tapi tidak harus ditangani c. Masalah tidak	1	2 1 0

	dirasakan		
--	-----------	--	--

Sumber : Andarmoyo, (2012: 100)

Menurut Andarmoyo (2012) cara menentukan prioritas masalah:

- a) Tentukan skor untuk setiap criteria
 - b) Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot
 - c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Intervensi Keperawatan Keluarga

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan, pernyataan keluarga, dan perencanaan keluarga dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi, intervensi alternatif, dan sumber serta menentukan prioritas intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja (Friedman, 2010). Lain halnya menurut Padila (2012) intervensi keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum, tujuan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, rasional dan menunjukkan waktu.

5) Implementasi Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. (Parida, 2012)

6) Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan sebelum perencanaan dikembangkan dan dimodifikasi, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakan-tindakan keperawatan tertentu, apakah tindakan keperawatan tersebut benar-benar membantu. (Sulistyo Andarmoyo, 2012)

D. TINJAUAN KONSEP PENYAKIT

1. Definisi Appendisitis

Appendisitis adalah suatu keadaan dimana terjadinya peradangan pada apendiks vermiformis, dalam kehidupan bermasyarakat biasa dikenal dengan istilah usus buntu. Apendiks memiliki panjang 6 sampai 9 cm, ujung dasarnya melekat pada sektum dan memiliki beberapa posisi yang kemungkinan berada di retrosekal, pelvis, antesekal, preileal, retroileal, atau perikolik kanan (Anonym,2014). Apendiks adalah organ yang berbentuk tabung yang berpangkal di sekum, memiliki lumen yang sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal, penyakit appendisitis ini dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun sangat jarang dilaporkan, insiden tertinggi pada kelompok umur 20 – 30 tahun, setelah itu menurun (Sjamsuhodajat,2010). Infeksi pada apendiks terjadi karena tersumbatnya lumen oleh fekalit (batu fases), hiperflasi jaringan limfoid, dan cacing usus. Appendisitis merupakan peradangan pada apendiks yang berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera akan terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams dan wilkins dalam Indri Dkk, 2014)

2. Etiologi

Appendisitis pada umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang

terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. Penelitian epidemiologi menunjukkan peranan kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya penyakit apendiksitis (Mardalena, 2018)

3. Klasifikasi

a. Appendiksitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberikan tanda setempat, radang mendadak diumbai cacing yang memberikan tanda, disertai atau tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.

b. Appendisititis rekurens

Jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian bawah kanan yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisititis akut pertama sembuh spontan.

c. Appendisititis kronis

Diagnosis appendiksitis kronis baru dapat ditegakkan jika terdapat tiga hal yaitu :

- 1) Pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu pada alternatif diagnosa lain
- 2) Setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang
- 3) Secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks

4. Gejala klinis

Gejala berkembang cepat, kondisi dapat didiagnosis dalam 4 sampai 6 jam setelah munculnya gejala pertama.

a. Nyeri perut

Beberapa tanda nyeri yang terjadi pada kasus apendiksitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri antara lain : rovsing's sign,

psoas sign, dan jump sign. Nyeri perut ini sering disertai mual serta satu atau lebih episode muntah dengan rasa sakit

- b. Umumnya nafsu makan menurun
- c. Konstipasi
- d. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang nilai normal
- e. Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendiksitis dan bising melemah jika terjadi perforasi
- f. Demam
- g. Temuan dari hasil USG berupa cairan yang berada di sekitar apendiks menjadi sebuah tanda sonografik penting

5. Patofisiologi

Tanda patogenik primer diduga karena obstruksi lumen dan ulserasi mukosa menjadi langkah awal terjadinya apendiksitis obstruksi lumen yang tertutup disebabkan oleh hambatan pada bagian proksimal. Selanjutnya, terjadi peningkatan sekresi normal dari mukosa apendiks yang distensi secara terus menerus karena multiplikasi cepat dari bakteri. Obstruksi juga menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus. Semakin lama, mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Infeksi memperberat pembengkakan apendiks (edema) dan trombosis pada pembuluh darah intramural (dinding apendiks) menyebabkan iskemik. Pada tahap ini mungkin terjadi appendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, serta bakteri akan menembus dinding bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang post apendiktomi menurut wijaya dan putri 2013, yaitu :

a. Laboraturium

Pada pemeriksaan ini leukosit meningkat rentang 10.000 hingga 18.000 / mm³ , kemudian neutrofil meningkat 75%, dan WBC meningkat sampai 20.000 mungkin indikasi terjadinya perforasi (jumlah sel darah merah))

b. Data Pemeriksaan Diagnostik

Radiologi yaitu pada pemeriksaan ini foto colon menunjukkan adanya batu feses pada katup. Kemudian, pada pemeriksaa barium enema menunjukkan apendiks terisi barium sebagian

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat di tempat tidur. Adapun penatalaksanaa ataupun tindakan yang dilakukan pada pasien dengan masalah appendiksitis menurut (wijaya dan putri 2013) sebagai berikut

a. Sebelum tindakan operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendiksitis seringkali belum jelas dalam keadaan observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya appendiksitis ataupun perioritas lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jelas diulang secara periodic, foto abdomen dan thoraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain, pada kebanyakan kasus diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan (Wijaya dan putri, 2013)

2) Antibiotik

Appendiksitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotic, kecuali appendiksitis ganggrenosa atau appendiksitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotic dapat mengakibatkan abses atau perforasi

b. Operasi

Appendiktomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablative atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit.

- 1) Appendiks dibuang, jika appendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci garam fisiologi dan antibiotic.
- 2) Abses appendiks diobati dengan antibiotika IV, masanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Appendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

c. Post operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (mansjoer, 2010)

8. Komplikasi

a. Perforasi

Insiden perforasi 10-32%, rata-rata 20% paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua, perforasi timbul 93% pada anak-anak dibawah umur 2 tahun, antara 40-75%, kasus usia diatas 60 tahun keatas. Perforasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak

awal sakit. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu $9,5^{\circ}\text{C}$ tampak toksin, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositis meningkat akibat perforasi dan pembentukan.

b. Peritonitis

Trombofobitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39°C sampai 40°C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang relatif jarang.

c. Hemoragi

Selama atau setelah pembedahan dapat memicu syok sehingga memerlukan transfusi darah atau pengganti cairan lain. Tindakan yang cepat dan tepat diperlukan dalam peristiwa hemoragi (pendarahan) karena pendarahan yang berlebihan dapat berakibatkan fatal.

d. Hipotensi

Tekanan darah mungkin rendah setelah pembedahan. Hal ini disebabkan oleh kehilangan darah tetapi juga dapat terjadi akibat menunda pemberian makanan, minuman, dan obat sebelum pembedahan.

e. Hipertensi pascaoperasi

Klien dapat juga memperhatikan tekanan darah tinggi setelah pembedahan. Ini mungkin akibat dari menunda obat anti hipertensi yang biasa diminum klien sebelum pembedahan atau disebabkan oleh trauma akibat pembedahan.

f. Hipoksia dan Hipoksemia

Anestetik dan obat praoperasi terkadang menekan pernapasan (hipoventilasi) dan mengganggu oksigenasi darah (hipoksemia)

g. Hipotermia

Klien yang sering kali mengeluhkan perasaan dingin setelah pembedahan. Ini umumnya dihubungkan dengan anestesia. Namun, menggigil berat dapat menyebabkan hipoksemia, hipoksia, dan stress jantung.

h. Komplikasi Neurologis

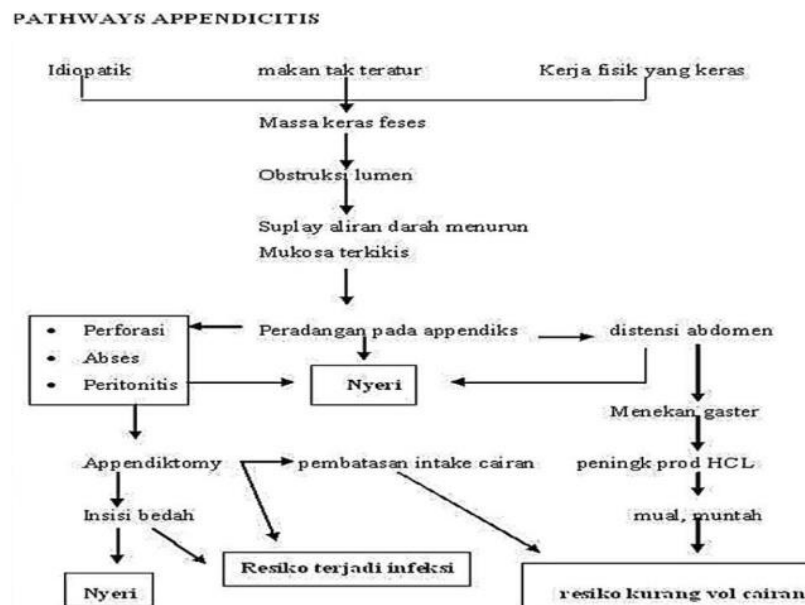
Komplikasi neurologis mencakup keterlambatan terjaga (tidak sadar dalam 60-90 menit), yang disebabkan oleh hipoksia, hipotermia, atau ketidakseimbangan elektrolit.

i. Ketidaknyamanan pasca operasi

Pada saat klien kembali dari PACU ke area penerimaan rawat jalan atau ke unit keperawatan, klien biasanya terjaga dan menyadari sejumlah ketidaknyamanan seperti nyeri, haus, atau distensi abdomen (Rosdahl dan Kowalski, 2017)

9. Pathway

Gambar 2.4 Pathway Appendisit



E. TINJAUAN KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

1. Definisi konsep keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010). Keluarga adalah suatu system sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Achjar, 2010). Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014)

2. Karakteristik Keluarga Sehat

Karakteristik keluarga sehat :

- a. Menunjukkan tingkat kemampuan keterampilan negosiasi yang tinggi dan menghadapi masalahnya terus menerus.
- b. Mengungkapkan berbagai perasaan, kepercayaan, dan perbedaan mereka dengan jelas, terbuka, dan spontan.
- c. Menghargai perasaan anggotanya.
- d. Mengharapkan anggota untuk memikul tanggung jawab pribadi terhadap tindakan yang mereka lakukan.
- e. Menunjukkan perilaku afiliasif (kedekatan dan kehangatan) satu sama lain. (Setiawati, 2010)

3. Karakteristik Keluarga Sejahtera

Berdasarkan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar, psikososial, ekonomi, dan aktualisasi keluarga dalam masyarakat keluarga dikelompokkan menjadi 5 tahap yaitu sebagai berikut :

a. Keluarga pra sejahtera

Yaitu kebutuhan pengajaran agama, pangan sandang, papan dan kesehatan atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator keluarga sejahteraan tahap 1.

b. Keluarga sejahtera tahap I

Keluarga yang telah memenuhi kebutuhan dasar secara minimal serta memenuhi kebutuhan sosial psikologinya, yaitu kebutuhan pendidikan, keluarga berencana (KB), interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal dan transportasi.

c. Keluarga sejahtera tahap II

Keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan secara minimal serta telah memenuhi seluruh kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

d. Keluarga sejahtera tahap III

Keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikososial dan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan baik internal atau keluarga, serta berfikir dengan menjadi pengurus lembaga masyarakat, yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olahraga, pendidikan dan sebagainya.

e. Keluarga sejahtera tahap III (plus)

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan baik yang bersifat dasar, sosial psikologis, pengembangan, serta telah mampu memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

4. Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

a. Tipe keluarga tradisional

- 1) Nuclear family atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami,istri dan anak.
- 2) Dyad family merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak
- 3) Single parent yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
- 4) Single adult adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah
- 5) Extended family merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya
- 6) Middle-aged or erdely couple dimana orang tua tinggal sendiri dirumah dikarenakan anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
- 7) Kit-network family, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan Bersama.

b. Tipe keluarga non tradisional

- 1) Unmarried parent and child family yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
- 2) Cohabiting couple merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
- 3) Gay and lesbian family merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri
- 4) Nonmarital Hetesexual Cohabiting family,keluarga yang hidup Bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan
- 5) Faster family, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara (Widagdo,2016).

5. Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan pola perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam situasi dan posisi tertentu. Adapun macam peranan dalam keluarga antara lain (Istiati, 2010):

a. Peran Ayah

Sebagai seorang suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, ayah berperan sebagai kepala keluarga, pendidik, pelindung, mencari nafkah, serta pemberi rasa aman bagi anak dan istrinya dan juga sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat di lingkungan di mana dia tinggal.

b. Peran Ibu

Sebagai seorang istri dari suami dan ibu dari anak-anaknya, dimana peran ibu sangat penting dalam keluarga antara lain sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, sebagai pelindung dari anak-anak saat ayahnya sedang tidak ada dirumah, mengurus rumah tangga, serta dapat juga berperan sebagai pencari nafkah. Selain itu ibu juga berperan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosial serta sebagai anggota masyarakat di lingkungan di mana dia tinggal.

c. Peran Anak

Peran anak yaitu melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial maupun spiritual.

6. Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Friedman dalam (Harmoko, 2012) sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, sertameminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesn, memberikanumpan balik, dan valid.

b. Struktur peran

Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, padastruktur peran bisa bersifat formal atau informal. Posisi/ status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai istri/ suami.

c. Struktur kekuatan

Kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Hak (legitimate power), ditiru (referent power), keahlian (exper power), hadiah (reward power), paksa (coercive power), dan efektif power.

d. Strukur nilai dan normaa

- 1) Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak dapat mempersatukan annggota keluarga..
- 2) Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilaidalam keluarga.
- 3) Budaya, kumpulan daripada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkandengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

Adapun Struktur Keluarga Lainnya:

- a. Patrilineal : Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarahdalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalurayah

- b. Matrilineal : Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu
- c. Matrilokal : Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluargasedarah ibu
- d. Patrilokal : Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarahsuam
- e. Keluarga kawinan : Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

7. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Families, 2010).

Fungsi keluarga menurut (Marilyn M. Friedman, 2010):

- a. Fungsi Afektif
Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
- b. Fungsi Sosialisasi
Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga
- c. Fungsi reproduksi
Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat
- d. Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya

e. Fungsi perawatan Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan Kesehatan

8. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap perkembangan keluarga menurut Friedman (2010) adalah :

- a. Tahap 1 : Keluarga pemula Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua).

- b. Tahap II : Keluarga yang sedang mengasuh anak Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berumur 30 bulan. Biasanya orang tua bergetar hatinya dengan kelahiran anak pertama mereka, tapi agak takut juga. Kekhawatiran terhadap bayi biasanya berkurang setelah beberapa hari, karena ibu dan bayi tersebut mulai mengenal. Ibu dan ayah tiba-tiba berselisih dengan semua peran-peran mengasyikkan yang telah dipercaya kepada mereka. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam keluarga).

- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
 - 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
 - d. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orangtua dan kakek-nenek.
- c. Tahap III : Keluarga yang anak usia prasekolah Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang, dengan posisi suami - ayah, istri – ibu, anak laki-laki – saudara, anak perempuan – saudari. Keluarga menjadi lebih majemuk dan berbeda.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan.
 - 2) Mensosialisasikan anak.
 - 3) Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas).
- d. Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan
 - 2) Mempertahankan hubungan perkawinan bahagia
 - 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat
 - 4) Meningkatkan komunikasi terbuka
- e. Tahap V : Keluarga dengan anak remaja Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga berumur 19 atau 20 tahun.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
 - 2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan
 - 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- f. Tahap VI : Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan

- 3) Membantu orang tua suami/isteri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
 - 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
 - 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga
- g. Tahap VII : Orang tua pertengahan Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga, tahap usia pertengahan dari bagi orangtua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir pada saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-8 tahun kemudian.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Mempertahankan kesehatan
 - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
 - 3) Meningkatkan keakraban pasangan
- h. Tahap VIII : Keluarga dalam masa pensiun dan lansia Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Adapun tugas perkembangan keluarga yaitu :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman, dll
- 3) Mempertahankan keakraban suami-isteri dan saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

9. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Hal yang terpenting untuk dicermati bahwa dalam kaitannya dengan perawatan kesehatan keluarga adalah sejauh mana keluarga secara mandiri mampu melakukan tugas kesehatannya yang meliputi :

a. Menenal Masalah Kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, kaji sejauh mana keluarga mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi : pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya dan persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Mengambil Keputusan Untuk Tindakan Keperawatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenal tindakan keperawatan yang tepat, hal yang perlu dirasakan oleh keluarga yaitu : sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah, apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga, apakah keluarga merasa menyerah kepada masalah yang dialami, apakah keluarga merasa takut akibat dari penyakit.

c. Melakukan Perawatan Dirumah Bagi Anggota Keluarga yang Sakit

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, yang perlu dikaji adalah sejauh mana keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran komplikasi, diagnosa dan cara perawatannya) sejauh mana keluarga mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sejauh mana keluarga mengetahui fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi Lingkungan rumah yang Memenuhi Syarat Kesehatan

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah sehat (dari segi fisik, psikis, sosial ekonomi) hal yang perlu dikaji sejauh mana mengetahui sumber-sumber yang dimiliki keluarga, sejauh mana keluarga memperoleh keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya dan sanitasi, sejauh mana keluarga mengenal upaya pencegahan penyakit, sejauh mana sikap atau pandangan keluarga hygiene dan sanitasi, dan sejauh mana kekompakan antara anggota keluarga.

e. Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, hal yang perlu dikaji : sejauh mana keluarga memahami keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, sejauh mana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang baik terhadap petugas Kesehatan dan apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.