

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan maupun kesehatan. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri dan aktualisasi diri (Wahit *et al*, 2015).

Virginia Henderson membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 14 komponen yang kemudian dijadikan pilar dari model keperawatan. 14 kebutuhan dasar manusia tersebut meliputi:

- a. Bernafas dengan normal.
- b. Makan dan minum yang cukup.
- c. Eliminasi (BAB dan BAK).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat yang cukup.
- f. Memiliki pakaian yang tepat dan sesuai.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan (mandi).
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari bahaya orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, dan kekhawatiran.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya.
- l. Bekerja untuk membiayai kebutuhan hidupnya.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

2. Konsep Nyeri

a. Definisi nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut beberapa ahli, nyeri dapat diartikan sebagai berikut:

- 1) Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wofl Weitzel Fuerst (1974), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Arthur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi tubuh, timbul ketika jaringan sedang di rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu pengalaman sensori yang tidak menyenangkan dan menyakitkan bagi tubuh sebagai respon karena adanya kerusakan atau trauma pada jaringan maupun gejala psikologis yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya. (Kasiati & Wayan, 2016).

b. Fisiologi nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, yang

merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada vicera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamine, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis. (Kasiati & Wayan, 2016)

c. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Klasifikasi ini berdasarkan pada waktu atau durasi terjadinya nyeri.

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Awitan gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Wahit & Nurul, 2008).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. (Wahit & Nurul, 2008).

Tabel 2.1

Perbedaan nyeri akut dan kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama

Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun – tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit di evaluasi.
Gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas.	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala.
Pola	Terbatas	Berlangsung terus menerus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

Sumber: Kasiati & Wayan, 2016

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Etnik dan nilai budaya

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

2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibanding orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia

lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3) Lingkungan dan individu pendukung.

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

4) Pengalaman nyeri sebelumnya.

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

5) Ansietas dan stress

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

e. Pengukuran Intensitas Nyeri

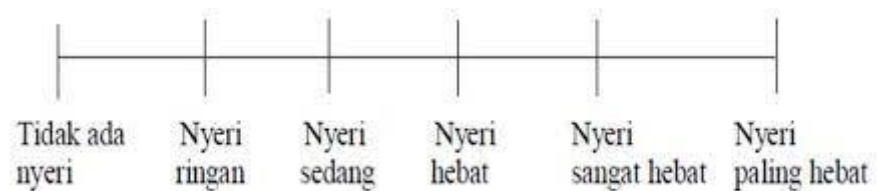
Intensitas nyeri adalah gambaran untuk mendeskripsikan seberapa parah nyeri yang dirasakan klien. Pengukuran nyeri sangat subjektif

dan bersifat individual sehingga intensitas nyeri yang dirasakan akan berbeda dengan individu lainnya (Wiarto, 2017).

Beberapa alat ukur dapat digunakan untuk menilai skala nyeri pasien (Tamsuri, 2007) yaitu:

1) Skala Verbal Descriptive Scale (VDS)

Menurut Potter dan Perry, skala yang digunakan dalam mengkaji nyeri yaitu skala intensitas nyeri deskriptif. Pengkajian akan lebih akurat apabila klien dapat mendeskripsikan sensasi yang dirasakan. Perawat juga dapat memberikan klien daftar istilah untuk mendeskripsikan nyeri kemudian skala deskriptif juga bermanfaat bukan saja dalam mengkaji tetapi juga mengevaluasi perubahan kondisi klien (Cahyasari, 2015).



Gambar 2.1 skala nyeri deskriptif sederhana

Karakteristik nyeri dengan skala deskriptif

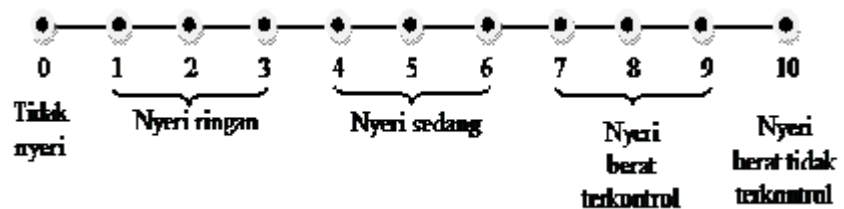
- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik).
- 4-6 : Nyeri sedang (secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik).
- 7-9 : Nyeri berat terkontrol (secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat

mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan distraksi).

10 : Nyeri sangat tidak terkontrol (pasien sudah tidak mampu berkomunikasi).

2) Skala intensitas nyeri longitudinal Hayward

Hayward mengembangkan alat ukur nyeri dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk keadaan nyeri paling hebat).



Gambar 2.2 skala nyeri longitudinal Hayward

Pengkajian dilakukan dengan cara PQRST yaitu P (Provocative), yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri. Q (quality) dari nyeri, seperti apakah rasanya tajam, atau tersayat. R (region), yaitu daerah perjalanan nyeri, S (severity) adalah keparahan atau intensitas nyeri. T (time) adalah lamanya waktu serangan atau frekuensi nyeri. (Hidayah, 2017).

B. Tinjauan Konsep Keluarga

a. Definisi keluarga

Menurut Friedman (1998) keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, memepertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI (1988) keluarga merupakan suatu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri

dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan.

b. Tipe keluarga

Ada beberapa tipe keluarga, yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga non tradisional. (Siti & Wahyu, 2016).

1) Tipe keluarga tradisional, yaitu terdiri atas:

- a) *The Nuclear Family* (Keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
- b) *The Dyad Family* (Keluarga Dyad), keluarga ini merupakan keluarga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Keluarga ini merupakan keluarga yang belum memiliki anak atau tidak mempunyai anak.
- c) *Single Parents* (Orangtua Tunggal), yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak kandung maupun angkat. Kondisi ini dapat disebabkan karena perceraian atau kematian.
- d) *Single Adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
- e) *Extended Family*, yaitu keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah dengan keluarga lainnya seperti paman, bibi, kakek, nenek dan sebagainya.

2) Tipe keluarga non tradisional, tipe keluarga nontradisional ini umumnya tidak lazim ada di Indonesia, yang terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut:

- a) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
- b) *Cohabiting couple*, yaitu orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan karena beberapa alasan tertentu.
- c) *Gay and Lesbian Family*, yaitu seseorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.

- d) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*, yaitu keluarga yang hidup bersama berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- e) *Foster Family*, yaitu keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saatorang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

c. Fungsi keluarga

Menurut Friedman, ada lima fungsi keluarga, antara lain:

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif meliputi presepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab dan harga diri.

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi dimulai sejak saat lahir dan diakhiri saat meninggal dunia. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara *kontinyu* mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Fungsi sosialisasi ini berkembang seiring dengan interaksi sosial dan pembelajaran – pembelajaran yang ada.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi artinya adalah keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan dalam keperawatan keluarga antara lain sebagai berikut:

- a) Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
 - c) Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
 - e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan.
- (Siti & Wahyu, 2016).

d. Tahap perkembangan keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga, antara lain:

1) Keluarga baru menikah

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- b) Membina hubungan persaudaraan, teman dan kelompok sosial.
- c) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

2) Keluarga dengan bayi baru lahir.

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap dalam mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga.
- b) Rekonsiliasi tugas – tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- d) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran orang tua dan kakek nenek.

3) Keluarga dengan anak pra sekolah.

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan.
- b) Mengajarkan sosialisasi pada anak.
- c) Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain.
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

4) Keluarga dengan anak usia sekolah.

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Mensosialisasikan anak – anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- c) Memenuhi kebutuhan yang sehat dalam keluarga maupun di luar keluarga.

5) Keluarga dengan anak remaja.

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
- b) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
- c) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak.

6) Keluarga melepas anak usia dewasa muda.

Tugas perkembangannya yaitu:

- a) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak.
- b) Melanjutkan untuk menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
- c) Membantu orang tua lanjut usia dari suami atau istri.

7) Keluarga dengan usia pertengahan.

Tugas perkembangannya adalah:

- a) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- b) Menyesuaikan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak – anak.
- c) Memperkokoh hubungan perkawinan.

8) Keluarga dengan usia lanjut (Lansia)

Tugas perkembangannya adalah:

- a) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
- b) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan.
- d) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
- e) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
- f) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup). (Siti & Wahyu, 2016).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Nyeri

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan asuhan keperawatan akan dilakukan, kegiatan yang dilakukan yaitu mengumpulkan data, mengelompokkan data, dan menganalisa data.

Pengkajian nyeri yang akurat penting dilakukan untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada tiap individu, sehingga perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien, dan observasi langsung pada respon perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif.

Tabel 2.2. Mnemonik untuk mengkaji nyeri

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

2. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberikan klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkopling terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek antara lain:

- a. Lokasi, untuk menentukan lokasi nyeri dengan spesifik minta klien menunjukan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri dan ini sangat bermanfaat terutama pada klien yang memiliki lebih dari satu daerah nyeri.
- b. Intensitas nyeri, menggunakan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri klien. Skala nyeri yang sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10. Angka 0 menandakan tidak ada nyeri dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.
- c. Kualitas nyeri, terkadang nyeri terasa seperti dipukul-pukul atau ditusuk-tusuk. Perawat perlu mencatat kata-kata yang diungkapkan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar terhadap diagnosis dan etiologi nyeri serta tindakan yang akan diambil.

- d. Pola, pole 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 terakhir kali nyeri 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 (lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), 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 prespektif klien tentang nyeri.
- h. Sumber coping, setiap individu memiliki strategi coping yang berbeda-beda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, agama atau budaya.
- i. Respon afektif, respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, tergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat juga perlu mengkaji adanya ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

3. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Ekspresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respon fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada.

4. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan actual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah actual berdasarkan respon klien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (SDKI:2016).

5. Rencana keperawatan

Tabel 2.3 Rencana keperawatan

SIKI: 2018

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Nyeri Akut	<p>1. 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 factor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping pemberian analgetik. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan. 4. Edukasi efek samping obat. 5. Edukasi manajemen nyeri. 6. Edukasi proses penyakit. 7. Edukasi teknik nafas. 8. Kompres dingin. 9. Konsultasi. 10. Latihan pernapasan. 11. Manajemen efek samping obat. 12. Manajemen kenyamanan lingkungan. 13. Manajemen medikasi. 14. Manajemen sedasi. 15. Manajemen terapi

	<p>mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <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 nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu. <p>2. Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi). 	<p>radiasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Pemantauan nyeri. 17. Pemberian obat. 18. Pemberian obat intravena. 19. Pemberian obat oral. 20. Pemberian obat topical. 21. Pengaturan posisi. 22. Perawatan kenyamanan. 23. Teknik distraksi. 24. Teknik imajinasi terbimbing. 25. Terapi akupresur. 26. Terapi akupunktur. 27. Terapi bantuan hewan. 28. Terapi <i>murattal</i>. 29. Terapi musik 30. Terapi relaksasi. 31. Terapi sentuhan.
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi riwayat alergi obat. - Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri. - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik. - Monitor efektifitas analgesik. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i>. - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum. - Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien. - Dokumentasikan respon 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, <i>sesuai indikasi</i>. 	
Nausea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Mual Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengalaman mual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hypnosis diri 2. Edukasi efek samping obat.

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. Bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur). - Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur). - Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan). - Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). - Monitor asupan nutrisi dan kalori. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak mengenakan). - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan). - Beri makanan dalam jumlah kecil dan menarik. - Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, <i>jika perlu</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Edukasi kemoterapi. 4. Edukasi manajemen nyeri. 5. Edukasi perawatan kehamilan. 6. Edukasi teknik napas. 7. Manajemen efek samping obat. 8. Manajemen kemoterapi. 9. Manajemen nyeri 10. Manajemen stress. 11. Pemberian obat. 12. Pemberian obat intravena. 13. Pemberian obat oral. 14. Terapi akupresur. 15. Terapi akupuntur. 16. Terapi relaksasi.
--	---	---

	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup. - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual. - Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak. - Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi mual (mis. <i>Biofeedback</i>, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur). <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiemetik, <i>jika perlu</i>. <p>2. Manajemen Muntah</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi karakteristik muntah (mis. Warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi, dan durasi). - Periksa volume muntah. - Identifikasi riwayat diet (mis. Makanan yang disukai, tidak disukai, budaya). - Identifikais faktor penyebab muntah (mis. Pengobatan dan prosedur). - Identifikasi kerusakan esophagus dan faring posterior jika muntah 	
--	--	--

	<p>terlalu lama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh. - Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. Bau tak sedap, suara, dan stimulasi visual penyebab muntah). - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis. Kecemasan atau ketakutan). - Atur posisi untuk mencegah aspirasi. - Pertahankan kepatenan jalan nafas. - Bersihkan mulut dan hidung. - Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. Membantu membungkuk atau menundukkan kepala). - Berikan kenyamanan saat muntah (mis. Kompres dingin pada dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih). - Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah. 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak istirahat. - Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. <i>Biofeedback</i>, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur). <p>Kolaborasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiemetik, <i>jika perlu</i>. 	
--	--	--

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi yaitu intervensi dilaksanakan sesuai rencana, setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Menentukan evaluasi hasil dibagi 5 komponen yaitu:

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- d. Merangkum hasil dan kesimpulan.
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

D. Tinjauan Askep Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari lima langkah, yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi.

Menurut Friedman, dkk (2003) berpendapat bahwa komponen pengkajian keluarga terdiri dari beberapa pertanyaan, yaitu data pengenalan keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga (struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan) fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi dan reproduksi), dan koping keluarga. (Padila, 2012).

1. Pengkajian.

Pengkajian adalah tahap dimana perawat melakukan pengumpulan data atau informasi tentang kondisi atau masalah kesehatan keluarga.

a. Pengumpulan data

Sumber informasi dari tahap pengumpulan data dapat menggunakan metode wawancara, observasi. Misalnya tentang keadaan/fasilitas rumah, pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga secara *head to toe*, dan telaahan data sekunder seperti hasil laboratorium dan lain sebagainya.

Hal yang perlu dikumpulkan datanya dalam pengkajian keluarga adalah:

1) Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- a) Nama kepala keluarga (KK)
- b) Alamat dan nomor telepon.
- c) Pekerjaan kepala keluarga
- d) Pendidikan kepala keluarga.
- e) Komposisi keluarga.
- f) Genogram.

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

g) Suku bangsa.

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

h) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

i) Status sosial ekonomi keluarga

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

j) Aktivitas rekreasi keluarga

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

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

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

c) Riwayat keluarga inti

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

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

3) Pengkajian lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

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

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul dengan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

4) Struktur krluarga

a) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki

keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

b) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

c) Struktur kekuatan keluarga

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

d) Struktur peran

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

e) Nilai dan norma keluarga

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

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi efektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan dimiliki dan memiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga

mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan yang dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

Hal-hal yang perlu dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga adalah:

- (1) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, maka perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah.
- (2) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji sejauh mana kemampuan keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah, apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga, apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, dan apakah keluarga mendapatkan informasi yang salah dalam tindakan mengatasi masalah?
- (3) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit termasuk kemampuan memelihara lingkungan yang

menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat.

(4) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat.

(5) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan masyarakat.

d) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak, rencana keluarga yang berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan untuk mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan dan sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

6. Stress dan kopping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan panjang.

(1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.

(2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

c) Strategi koping yang digunakan.

Dikaji strategi koping yang digunakana keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress.

d) Strategi adaptasi disfungsional

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

7. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Metode yang digunakan sama seperti pemeriksaan fisik klinik.

8. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. **Diagnosis keperawatan keluarga**

Diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya mampu mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan berdasarkan standar praktek keperawatan dan etik keperawatan yang berlaku di Indonesia (Doenges, 2005).

Diagnosis keperawatan dapat dikelompokkan sebagai berikut yaitu:

- a. **Diagnosis aktual**, diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan. Hal ini didukung oleh batasan karakteristik (manifestasi tanda dan gejala) yang saling berhubungan.
- b. **Diagnosis risiko**, diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko yang mengalami masalah kesehatan. Label diagnosis risiko ini diawali dengan frase “Risiko”.
- c. **Diagnosis promosi kesehatan**, diagnosa ini menggambarkan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Label diagnosis promosi diawali dengan frase “kesiapan meningkatkan”.

Tabel 2.4
Penentuan prioritas masalah

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak/kurang sehat • Ancaman kesehatan • Krisis atau keadaan sejahtera 	3 2 1	1
Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> • Dengan mudah • Hanya sebagian • Tidak dapat 	2 1 0	2
Potensi masalah dapat dicegah <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Cukup • Rendah 	3 2 1	1
Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> • Masalah berat, harus segera ditangani • Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani. • Masalah tidak dirasakan 	2 1 0	1

3. Perencanaan keperawatan keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Friedman (1998) mengklasifikasi intervensi keperawatan keluarga menjadi:

a. Intervensi supplemental

Perawat sebagai pemberi perawatan langsung dengan mengintervensi bidang-bidang yang keluarga tidak dapat melakukannya.

b. Intervensi fasilitatif

Perawat berusaha memfasilitasi pelayanan yang diperlukan keluarga seperti pelayanan medis, kesejahteraan sosial, transportasi dan pelayanan kesehatan dirumah.

c. Intervensi perkembangan

Perawat melakukan tindakan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kapasitas keluarga dalam perawatan diri dan tanggung jawab pribadi. Perawat membantu keluarga memanfaatkan sumber-sumber perawatan untuk keluarganya termasuk dukungan internal dan eksternal.

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif dan psikomotor (prilaku). Semua intervensi baik berupa pendidikan kesehatan, terapi modalitas ataupun terapi kompelemter pada akhirnya ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan.

Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap atau psikomotr, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga, sehingga dalam menentukan standar antara klien satu dengan klien yang lain walaupun masalahnya sama, standarnya bisa jadi berbeda.

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawat kepada keluarga mencakup dapat berupa:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi: penyuluhan atau konseling.
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

- 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - 1) Mendemonstrasi cara perawatan.
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan yang nyaman:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Metode yang dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Penilaian atau evaluasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planing).

S : Hal-hal yang dikemukakan keluarga.

O : Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur.

A : Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan dignosa.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

E. Tinjauan Penyakit

1. Definisi

Dispepsia didefinisikan sebagai rasa nyeri atau rasa tidak nyaman yang berpusat pada perut bagian atas, yang dapat disertai dengan keluhan-keluhan lain seperti perut terasa cepat penuh, kembung, atau cepat merasa kenyang. (Putut, 2018)

2. Klasifikasi

Dispepsia dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Antara lain:
 - 1) Dispepsia tukak (*ulcus-like dyspepsia*). Gejala nya seperti nyeri ulu hati pada waktu makan atau saat perut kosong.
 - 2) Dispepsia tidak tukak, gejala yang ditimbulkan mirip dengan dispepsia tukak. Bisa pada pasien gastritis, duodenum tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda vital.
 - 3) Refluk gastroesofagus, gejala nya berupa rasa panas di dada dan regurgitas terutama setelah makan.
 - 4) Penyakit saluran empedu, gejalanya yaitu keluhan berupa nyeri mulut dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan atau punggung.
 - 5) Karsinoma, yaitu berupa:
 - a) Kanker esophagus, keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh pada perut, penurunan berat badan, anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
 - b) Kanker lambung, keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, anoreksia, dan perasaan kembung setelah makan.

- c) Kanker pancreas, gejala umum yang ditimbulkan berupa penurunan berat badan, ikterik dan nyeri bagian pinggul atau epigastrik.
 - d) Kanker hepar, keluhannya berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar pada scapula, terjadi penurunan berat badan, epigastrik terasa penuh dan anoreksia.
- b. Dispepsia non organik atau dispepsia fungsional, yang memungkinkan adanya kelainan pada saluran cerna, penyebabnya antara lain:
- 1) Faktor asam lambung klien, kenaikan asam lambung pada klien biasanya dapat menimbulkan nyeri.
 - 2) Kelainan psikis, stress dan faktor lingkungan. Stress dan faktor lingkungan diduga berperan pada kelainan fungsional saluran cerna yang kemudian menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas klan vaskularisasi.
 - 3) Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas diantaranya pengosongan lambung yang lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal. Penyebab lain-lain seperti adanya kuman helicobacterioplory, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, mengkonsumsi makanan berlemak dalam jumlah yang banyak, kopi, alcohol, rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dikonsumsi secara berlebihan dan dalam waktu yang lama (Arif dan Sari, 2011).

3. Penyebab

Seringnya, dispepsia disebabkan oleh ulkus lambung atau penyakit acid reflux. Beberapa obat-obatan seperti anti inflammatory dapat menyebabkan dispepsia. Penyebab dispepsia secara rinci sebagai berikut:

- a. Menelan udara (aerofagi).
- b. Regurgitasi (alir balik, refluks) asam dari lambung.
- c. Iritasi lambung (gastritis)
- d. Ulkus gastrikum atau ulkus duodenalis.

- e. Kanker lambung.
- f. Peradangan kandung empedu.
- g. Intoleransi laktosa (ketidakmampuan mencerna susu dan produknya)
- h. Kelainan gerakan usus.
- i. Stress psikologis, kecemasan, atau depresi.
- j. Infeksi helicobacter pylory.

4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala klinis dispepsia antara lain:

- a. Nyeri ulu hati dan dada.
- b. Perasaan penuh setelah makan.
- c. Mual.
- d. Muntah
- e. Cepat kenyang.
- f. Tidak nafsu makan.
- g. Sering sendawa.
- h. Kembung setelah makan. (Putut, 2018)

5. Patofisiologi

perubahan pola makan yang tidak teratur, zat-zat seperti nikotin dan alcohol serta adanya kondisi kejiwaan berupa stress maka akan menimbulkan berkurangnya pemasukan makanan sehingga lambung menjadi kosong sehingga dapat menimbulkan erosi pada lambung akibat dari gesekan pada dinding lambung. Kondisi ini dapat menimbulkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls mual ataupun muntah.

6. Pemeriksaan diagnostik

Beberapa pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada penderita dispepsia antara lain:

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan lebih banyak ditekankan untuk menyingkirkan penyebab organik lainnya seperti, pankreatitis kronik, diabetes mellitus. Pada penderita dispepsia biasanya hasil laboratorium dalam batas normal.

b. Radiologi

Pemeriksaan radiologis banyak menunjang diagnostik suatu penyakit di saluran makan. Setidak-tidaknya perlu dilakukan pemeriksaan radiologis terhadap saluran cerna bagian atas dan menggunakan kontras ganda.

c. Endoskopi

Sesuai dengan definisi bahwa dispepsia fungsional memiliki gambaran endoskopi yang normal atau sangat tidak spesifik.

d. USG

Merupakan pemeriksaan yang tidak invasive, pemeriksaan ini tidak menimbulkan efek samping dan dapat digunakan setiap saat pada kondisi klien yang berat ataupun yang ringan.

7. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul pada pasien dengan dispepsia antara lain pendarahan gastrointestinal, stenosis pilorus, dan perforasi.

8. Pencegahan

Dispepsia dapat dicegah dengan cara pola makan yang teratur. Pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, tidak mengkonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi, makanan pedas, makanan atau minuman yang mengandung alcohol. Dan gunakan obat dalam batas wajar dan tidak mengganggu lambung.

9. Pengobatan

Pengobatan yang dapat diberikan untuk penderita dispepsia antara lain:

- a. Suportif, pengobatan ditujukan terhadap pola kebiasaan terutama pengontrolan jenis makanan yang berpengaruh.

- b. Farmakologis, beberapa terapi obat dapat diberikan misalnya antibiotic (jenis cefritazone, ampicillin ceftaridine), antagonis reseptor HZ, antasida (omeprazole), dan prokitenin. (Arif dan Sari, 2011).