

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan konsep dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, dalam mempertahankan keseimbangan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subjek. (Haswita dan Sulistyowati, 2017).

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow disebut dengan Hierarki kebutuhan dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minum), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

c. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan

kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

d. **Kebutuhan harga diri**

Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Kolcaba (2012) di dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati (2017). Kenyamanan suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transeden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subyektifitas yang sama dengan nyeri.

Kenyamanan meski dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu fisik (berhubungan dengan sensasi tubuh), sosial (berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, sosial), psikospiritual (berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan), dan lingkungan (berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya) (Potter & Perry, 2006).

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kenyamanan

a. Usia

Ini erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu. Anak-anak biasanya belum mengetahui tingkat bahaya dari suatu lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan lansia umumnya akan mengalami penurunan sejumlah fungsi organ yang dapat menghambat kemampuan mereka untuk melindungi diri, salah satunya adalah kemampuan persepsi-sensorik.

b. Gaya hidup

Faktor gaya hidup yang menempatkan klien dalam risikobahaya diantaranya lingkungan kerja yang tidak aman, tinggal di daerah yang tingkat kejahatannya tinggi, ketidakcukupan dana untuk membeli perlengkapan keamanan, adanya akses dengan obat-obatan berbahaya.

c. Mobilisasi Dan Status Kesehatan

Klien dengan kerusakan mobilitas akibat paralisis, kelemahan otot, gangguan keseimbangan/koordinasi memiliki risiko untuk terjadinya cedera.

d. Gangguan Persepsi Sensori

Sensori persepsi yang akurat terhadap stimulus lingkungan sangat penting bagi keamanan seseorang. Klien dengan gangguan persepsi rasa, dengar, raba, cium, dan lihat, memiliki risiko tinggi untuk cedera.

e. Tingkat kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan untuk menerima stimulus lingkungan, reaksi tubuh dan berespon tepat melalui proses berfikir dan tindakan. Klien yang mengalami gangguan kesadaran diantaranya klien yang kurang tidur, klien tidak sadar atau setengah sadar, klien disorientasi, klien yang menerima obat-obatan tertentu seperti narkotik, sedatif dan hipnotik.

f. Status Emosional

Status emosi yang ekstrim dapat mengganggu kemampuan klien menerima bahaya lingkungan. Contohnya situasi penuh stres dapat

menurunkan konsentrasi dan menurunkan kepekaan pada stimulus eksternal. Klien dengan depresi cenderung lambat berfikir dan bereaksi terhadap stimulus lingkungan.

g. Kemampuan Komunikasi

Klien dengan penurunan kemampuan untuk menerima dan mengemukakan informasi juga berisiko untuk cedera. Klien afasia, klien dengan keterbatasan bahasa, dan klien yang buta huruf, atau tidak bisa mengartikan simbol-simbol tanda bahaya.

h. Pengetahuan Pencegahan Kecelakaan

Informasi adalah hal yang sangat penting dalam penjagaan keamanan. Klien yang berada dalam lingkungan asing sangat membutuhkan informasi keamanan yang khusus. Setiap individu perlu mengetahui cara-cara yang dapat mencegah terjadinya cedera.

i. Faktor Lingkungan

Lingkungan dengan perlindungan yang minimal dapat berisiko menjadi penyebab cedera baik di rumah, tempat kerja, dan jalanan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4. Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat Individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi di pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu.

Menurut Internasional Association for Study of Pain (IASP), Nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. (Tamsuri, 2007. dalam Haswati dan Renin sulistyowati, 2017)

5. Fisiologi nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu

transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Menurut (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017) terdapat empat proses fisiologi nyeri,yaitu:

a. Proses transduksi

Transduksi nyeri adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.

b. Proses transmisi

Transmisi adalah proses terlibatnya tiga komponen saraf yaitu sarafsensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*),dari medulla spinalis kebatang otak dan thalamus yang terakhir hubungan timbal balik antara *thalamus* dan *cortex*.

c. Prosesmedulasi

Proses medulasi adalah aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis.Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.

d. Proses persepsi

Proses persepsi adalah proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas.Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

6. Sifat nyeri

Nyeri adalah sebuah pengalaman universal. Diketahui bahwa nyerisangat bersifat subjektif dan individual dan bahwa nyeri adalah salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah.Nyeri tidak ditangani menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya. McCaffery & Pasero mendefinisikan nyeri sebagai “apapun pengalaman yang dikatakan seseorang, ada kapanpun orang mengatakannya” (Koizer et al,2011 dalam Wahyuningsih et al, 2011)

7. Klasifikas inyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua,yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan,yang berlangsung lebih dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016).

8. Manifestasi klinis nyeri

a. Nyeri akut

1) Tanda mayor

Klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Tanda minor

Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu.

b. Nyeri kronis

1) Tanda mayor

Klien mengeluh nyeri dan merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.

2) Tanda minor

Klien merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPPPP PNI, 2016).

9. Faktor yang memengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen ilmiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas. (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017)

2) Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017)

3) Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya. (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017)

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017).

5) Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan sietas. Pola bangkit anotonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan. (Haswita dan Reni sulistyowati, 2017)

8) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, mambantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkinan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal

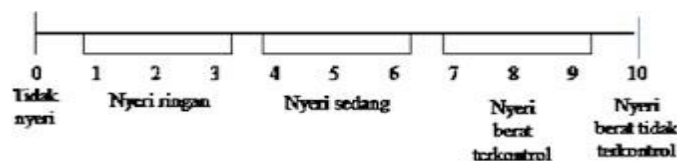
yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

10. Pengukuran skala nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Gambar 2.1 Skala nyeri menurut Hayward



Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

2) Skala nyeri menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Skala nyeri menurut McGill dapat ditulis sebagai berikut:

- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri Ringan
- 2 = Nyeri Sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri diwajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2 Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Sumber: Haswita & Sulistyowati(2017).

11. Respon tubuh terhadap nyeri

Nyeri akut akan menimbulkan perubahan-perubahan didalam tubuh. Impuls nyeri oleh serat *efferent* selain diteruskan ke sel-sel neuron non isepsi di kornu dorsalis medulla spinalis, akan diteruskan ke sel-sel neuron di kornu enterolateral dan kornu anterior nedulla spinalis. Nyeri akut pada dasarnya berhubungan dengan respon stress sistem neuro endokrin yang sesuai dengan intensitas nyeri yang ditimbulkan.

Mekanisme timbulnya nyeri melalui serat saraf *efferent* diteruskan melalui sel-sel neuron non isepsi dikornu dorsalis medulla spinalis dan juga diteruskan melalui sel-sel di kornu anterolateral dan kornu enterior medulla spinalis memberikan respon segmental seperti peningkatan *musclespasm* (hipoventilasi dan penurunan aktivitas), *vasospasm* (hipertensi), dan menginhibisi fungsi organ visera (distensi abdomen, gangguan saluran pencernaan, hipoventilasi). Nyeri juga mempengaruhi respon supra segmental yang meliputi kompleks hormonal, metabolik dan imunologi yang menimbulkan stimulasi yang *noxious*. Nyeri juga berespon terhadap psikologis pasien seperti interprestasi nyeri,marah,dan takut(Wiarto, 2017 dalam Meilania Feron, 2019)

12. Penatalaksanaan nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri.Melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologis adalah tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien dan tindakan farmakologis adalah tindakan kolaborasi (Koizer et al,2004 dalam Wahyuningsih,2011)

Menurut (Wahyudi,2016 dalam Meilania Feron, 2019) terdapat beberapa cara penanganan nyeri

yaitu:

a. Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri.

Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan kedalam:

1) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

2) Analgesik non narkotik

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

Dibawah ini terdapat penjelasan menurut (Kasim,2017 dalam Meilania Feron, 2019) mengenai obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada sendi,yaitu:

- a) Analgesik opioid (narkotik) nama obat yang digunakan adalah MST Continus. Morfin sulfat 10 mg, 15 mg, 30 mg. Awal 10-15mg efek obat selama 12 jam. Nyeri tidak dapat dikontrol

dengan opioid: awal 20-30 mg tiap 12 jam. Mengonsumsi obat ini dengan cara ditelan utuh tidak dibagi, dikunyah, dan dihancurkan.

b) Pengobatan nyeri pada sendi jenis NSAID adalah aspirin dan ibuprofen (Apren). Indikasinya untuk nyeri ringan hingga sedang, nyeri pasca operasi, penyakit rheumatoid dan nyeri otot. Dosis aprean dewasa 400 mg 3-4 x/hr. Sebagai analgesik 200-400mg 3-4 x/hr. Efek sampingnya ialah pasien akan merasa mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri abdomen atau rasa panas terbakar sementara pada lambung, ruam kulit, bronkospasme atau trombositopenia.

b. Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

1) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi padanyeri.

2) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

3) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

Selain penjelasan diatas, penanganan nyeri secara non farmakologi menurut (Nampira et al, 2014) dapat dengan cara:

a) Aplikasi panas dan dingin

Aplikasi panas dan dingin dengan cara kompres panas yaitu reseptor panas dan dingin mengaktifasi serat-serat A-beta ketika temperatur berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Pemberian kompres panas merupakan cara yang baik dalam menurunkan atau meredakan nyeri sehingga disetujui ke dalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat). Kompres hangat dapat diaplikasikan dengan jahe merah.

Menurut (Mumpuni,2016 dalam Meilania Feron, 2019) kompres panas dapat diaplikasikan bersama jahe merah. Jahe merah banyak manfaatnya dan banyak didapat dimasyarakat. Jahe merah sangat ampuh untuk anti peradangan, meningkatkan nafsu makan dan memperlancar sistem pencernaan dan pernapasan. Jahe merah membantu mengurangi peradangan sendi dan membuang tumpukan asam urat dengan memperlancar sirkulasi darah. Jahe merah juga mempunyai beberapa komponen volatile (minyak atsiri) dan non volatile (oleoresin) paling tinggi jika dibandingkan dengan jenis jahe yang lain yaitu kandungan minyak atsiri sekitar 2,58-3,90% dan oleoresin 3%. Simpulan, jahe merah dapat menurunkan kadar asam urat. [J Agromed Unila 2015; 2(4):530-535]

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya

terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Achjar,K.A. 2010)

2. Tipe Keluarga

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

- a. Keluarga tradisional
 - a) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami,istri dan anak kandung atau anak angkat.
 - b) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek,nenek,paman dan bibi.
 - c) Keluarga *dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri,tanpa anak.
 - d) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tuadengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - e) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
 - f) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- b. Keluarga non tradisional
 - a) Commune family yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - c) Homo seksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985);

Carter & McGoldrick (1998), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I, keluarga pasangan baru

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

2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meningkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20

tahun)

Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

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

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

- 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

- 8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuhcucu. (Achjar, K.A. 2010).

4. Tugas Keluarga

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

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

keluarga(Achjar,K.A. 2010).

C. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk pengumpulan data atau informasi, analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan klien, kekuatan serta memutuskan diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga tahap yaitu pengumpulan, pengelompokan, dan pengorganisasian serta menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan (Mubarak,Wahit I,dkk,2015 dalam Kamelia, 2020)

Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST:

P : *Provokes* atau pemicu,yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri

Q : *Quality* atau kualitas nyeri (mis,tumpul,tajam)

R : *Region* atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain

S : *Severety* atau keganasan yaitu intensitasnya

T : *Time* atau waktu,yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

Adapun beberapa hal perlu dikaji adalah sebagai berikut:

a. Identitas umum

Perlu diketahui disini meliputi: nama, alamat, umur, jenis kelamin, agama/suku, warganegara, bahasa yang digunakan,penanggung jawab / orang yang bisa dihubungi (nama,alamat,hubungan dengan klien), cara masuk, alasan masuk, tanggal masuk, diagnosa medis, dan lain sebagainya.

b. 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 akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum,

pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek antara lain:

- 1) Lokasi. Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Cara ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.
- 2) Intensitas nyeri. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10. Angka "0" menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri "terhebat" yang dirasakan klien.
- 3) Kualitas nyeri. Terkadang nyeri bisa terjadi seperti "dipukul-pukul" atau "ditusuk-tusuk" perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.
- 4) Pola. Pola nyeri meliputi waktu, awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berubah, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.
- 5) 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), stresor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.
- 6) Gejala yang menyertai. Gejala ini meliputi, mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.
- 7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari. Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek

kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas dirumah, aktivitas diwaktu senggang, serta status emosional.

- 8) Sumber kopping. Setiap individu memiliki strategi kopping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.
- 9) Respons afektif. Respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut lelah, depresi.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Standar diagnosis keperawatan Indonesia yang diterbitkan pada tahun 2016 oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), membagi diagnosa keperawatan nyeri menjadi 2, yaitu:

a. Nyeri Akut

a) Definisi

Nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

b) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (seperti inflamasi, iskemia, dan neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (seperti terbakar atau terkena bahan

kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (seperti abses, amputasi)

c) Gejala dan tanda

Terdapat gejala dan tanda nyeri akut yaitu mayor dan minor. Mayor terdiri dari data subjektif dan objektif. Data subjektif seperti mengeluh nyeri, sedangkan objektif seperti tampak menangis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Minor terdiri dari data subjektif seperti tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri.

d) Kondisi klinis terkait

a) Kondisi pembedahan

b) Cedera traumatis

c) Infeksi

d) Sindrom koroner akut

e) Glaucoma

b. Nyeri kronis

1) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari tiga bulan.

2) Penyebab

a) Kondisi muskuloskeletal kronis

b) Kerusakan sistem syaraf

c) Penekanan syaraf

d) Infiltrasi tumor

e) Ketidakseimbangan neuro transmitter, neuromodulator dan reseptor.

f) Gangguan imunitas

- g) Riwayat posisi kerja statis
 - h) Peningkatan indeks massa tubuh
 - i) Kondisi pasca trauma
 - j) Tekanan emosional
 - k) Riwayat penganiayaan
 - l) Riwayat penyalahgunaan obat atau zat
- 3) Gejala dan tanda

Terdapat gejala dan tanda nyeri kronik yaitu mayor dan minor. Mayor terdiri dari data subjektif dan objektif. Mayor terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif seperti mengeluh nyeri dan merasa tertekan sedangkan data objektif seperti meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Minor terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif seperti merasa takut mengalami cedera berulang sedangkan data objektif seperti bersikap proteksi, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada dirisendiri.

- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Kondisi kronis (arthritis)
 - b) Infeksi
 - c) Cedera medulla spinalis
 - d) Kondisi pasca trauma
 - e) Tumor

Intervensi adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Asam Urat

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Nyeri Kronis b.d ketidakmampuan	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	1. Aroma terapi 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan

	keluarga mengenal masalah tentang penyakit asam urat	<p>frekuensi, kualitas,intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Identifikasi factor yang Memperberat dan Memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping Penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik Non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hipnosis, kupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,Teknik imajinsi terbimbing, kompres hangat /dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Dukungan koping keluarga 4. Dukungan meditasi 5. Edukasi aktivitas/istirahat 6. Edukasi efek samping obat 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi manajemen stress 9. Edukasi manajemen nyeri 10. Edukasi proses penyakit 11. Edukasi teknik napas 12. Kompres dingin 13. Kompres panas 14. Konsultasi 15. Latihan pernapasan 16. Latihan rehabilitasi 17. Manajemen efek samping obat 18. Manajemen kenyamanan lingkungan 19. Manajemen terapi radiasi 20. Pemantauan nyeri 21. Pemberian analgesik 22. Pemberian obat 23. Pemberian obat intravena 24. Pemberian obat oral 25. Pemberian obat topikal 26. Pengaturan posisi 27. Promosi koping 28. Teknik distraksi 29. Terapi akupresur 30. Terapi akupunktur 31. Terapi humor 32. Terapi murattal 33. Terapi musik 34. Terapi pemijatan 35. Terapi sentuhan
--	--	---	--

Sumber:(Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018)

3. Implementasi keperawatan

Implementasi keparawatan adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan

mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto, 2015 dalam Meilania Feron, 2019)

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari tindakan keperawatan. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang kelak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Tarwoto & Wartinah, 2015).

Tabel 2.2 Evaluasi keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	LUARAN UTAMA					LUARAN TAMBAHAN
1	Tingkat Nyeri (SDKI, 2018)	Tingkat Nyeri Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Ekspetasi : Menurun Kriteria Hasil :					1. Fungsi gastrointestinal 2. Kontrol nyeri 3. Mobilitas fisik 4. Penyembuhan luka 5. Perfusi miokard 6. Perfusi perifer 7. Pola tidur 8. Status kenyamanan 9. Tingkat kecemasan
		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
Kemampuan menuntaskan aktivitas		1	2	3	4	5	
Keluhan nyeri		1	2	3	4	5	
Meringis		1	2	3	4	5	
Sikap protektif		1	2	3	4	5	
Gelisah		1	2	3	4	5	
Kesulitan tidur		1	2	3	4	5	
Menarik diri		1	2	3	4	5	
Berfokus pada diri sendiri		1	2	3	4	5	
Diaforesis		1	2	3	4	5	
Perasaan depresi (tertekan)		1	2	3	4	5	
Anoreksia		1	2	3	4	5	
Perinium terasa tertekan		1	2	3	4	5	
Uterus teraba membulat		1	2	3	4	5	

		Ketegangan otot	1	2	3	4	5	
		Pupil dilatasi	1	2	3	4	5	
		Muntah	1	2	3	4	5	
		Mual	1	2	3	4	5	
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	
		Pola nafas	1	2	3	4	5	
		Proses berpikir	1	2	3	4	5	
		Fokus	1	2	3	4	5	
		Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	
		Perilaku	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		Pola tidur	1	2	3	4	5	

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,2018)

D. Konsep Asuhan keperawatan Keluarga

Menurut teori/model Family Centre Friedman, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

1. Pengkajian

a. Data Umum

- 1) Identitas, kepala keluarga
 - a) Nama kepala keluarga
 - b) Umur (KK)
 - c) Pekerjaan kepala keluarga
 - d) Pendidikan kepala keluarga
 - e) Alamat dan nomer telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.3 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

(Sumber: Achjar, K.A. 2010).

3) Genogram

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

4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih, yaitu:

a) Keluarga Tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

- 5) Suku bangsa
 - a) Asal suku bangsa keluarga
 - b) Bahasa yang dipakai keluarga
 - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 6) Agama
 - a) Agama yang dianut keluarga
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- 7) Status sosial ekonomi keluarga
 - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 - c) Tabungan khusus kesehatan
 - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- 8) Aktifitas rekreasi keluarga
(Achjar, K.A. 2010).

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini, yaitu:
Tahap perkembangan keluarga melepas anak dewasa dan perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan atau keduanya pensiun
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi perkembangan ini dapat dilihat dari:
 1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
 2. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
 3. Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
 4. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
 5. Melakukan life review (merenungkan hidupnya).
- 3) Riwayat keluarga inti
Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota

keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah diderita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria,2017 dalam Putri,2020)

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan.Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atauantisipasi(Maria,2017 dalam Putri,2020).

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

- a) Ukuran rumah(luas rumah)
- b) Kondisi dalam dan luar rumah
- c) Kebersihan rumah
- d) Ventilasi rumah Saluran pembuangan air limbah(SPAL)
- e) Air bersih
- f) Pengeluaran sampah
- g) Kepemilikan rumah
- h) Kamar mandi/wc
- i) Denah rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
- b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
- c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

3) Mobilitas geografis keluarga

- a) Apakah keluarga sering pindah rumah
- b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga

5) Sistem pendukung keluarga

- a) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

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

2) Struktur kekuatan keluarga

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

- a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
 b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
 c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Setiadi,2008 dalam Putri,2020)

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi,2008 dalam Putri,2020)

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang.
 b) Perasaan saling memiliki.
 c) Dukungan terhadap anggota keluarga.
 d) Saling menghargai,kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
 - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan
- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi /promosi).
 - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan,merawat anggota keluarga,memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)(Achjar,K.A. 2010).

f. Stress dan koping keluarga

- a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang
Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.
- b) Stressor jangka Panjang
Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria,2017 dalam Putri,2020)
- c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi,2008 dalam Putri,2020)
- d) Strategi koping yang digunakan
Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi,2008 dalam Putri,2020)
- e) Strategi adaptasi disfungsional
Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan(Setiadi,2008 dalam Putri,2020)

g. Pengkajian fisik

- a) Aktivitas/istirahat
Gejala:
 - (1)Kelemahan
 - (2)Letih
 - (3)Napas pendek

(4)Gaya hidup

Tanda:

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

b) Integritas ego

Gejala:

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

Tanda:

- (1)Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak
- (2) Gerakan tangan empati,otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

c) Eliminasi

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

d) Makanan/cairan

Gejala :

- (1)Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam,tinggi lemak,tinggi kolesterol
- (2)Mual,muntah
- (3)Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun) Riwayat penggunaan diuretic

Tanda:

- a) Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria.

e) Neuro sensori

Gejala:

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

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

Episode epitaksis.

Tanda:

(1) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori(ingatan).

(2) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggam Tangan dan/atau reflek.

f) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: Sakit dibagian persendian tulang yang pernah

Terjadi sebelumnya

g) Pernafasan

Gejala:

(1)Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

(2)Takipnea,ortopnea,dispnea nocturnal paroksismal

(3)Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum

(4)Riwayat merokok

Tanda:

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

h) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan,hipotensi postura.

i) Pembelajaran/penyuluhan

Gejala:

(1)Faktor risiko keluarga : Asam urat, Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM

(2)Penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alcohol

h. Harapan keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan keluarga

2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani,2014 dalam Putri,2020)

2. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

a. Diagnosa sehat/wellness

Diagnosa sehat/wellness, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (*problem*) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancaman (risiko)

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

c. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosa gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S). Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- b) Pengertian
- c) Tanda dan gejala
- d) Faktor penyebab
- e) Persepsi keluarga terhadap masalah

2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

- (1) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- (2) Masalah dirasakan keluarga
- (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
- (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- (6) Informasi yang salah

3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:

- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygien sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- (Achjar, K.A 2010)

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

Tabel 2.4 Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktual ▪ Risiko ▪ Potensi 	3 2 1	1
2.	Krisis Kemungkinan masalah dapat diubah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengan mudah ▪ Hanya sebagian ▪ Tidak dapat 	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk diubah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tinggi ▪ Cukup ▪ Rendah 	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segera diatasi ▪ Tidak segera diatasi ▪ Tidak dirasakan adanya masalah 	2 1 0	1

3. Skoring

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

- 1) Nyeri Kronis pada keluarga lansia khususnya bapak W berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah Gout Arthritis.
- 2) Nyeri Kronis pada keluarga lansia khususnya bapak W berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien Gout Arthritis.
- 3) Nyeri Kronis pada keluarga lansia khususnya bapak W berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien Gout Arthritis.
- 4) Nyeri Kronis pada keluarga lansia khususnya bapak W berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien Gout Arthritis.
- 5) Nyeri Kronis pada keluarga lansia khususnya bapak W berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien Gout Arthritis.

4. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S=*spesifik*, M=*measurable*/dapat diukur, A=*achievable*/dapat dicapai, R=*reality*, T=*timelimited*/punya limit waktu) (Achjar, K.A 2010)

5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2010).

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi
 - 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 konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - 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) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada.
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

f. Evaluasi

Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analisis, planning).

E. TINJAUAN KONSEP PENYAKIT

1. Definisi Gout Arthritis

Gout adalah penyakit metabolic yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi yang mengalami peradangan sehingga akan terjadi pembengkakan, nyeri, dan kaku pada persendian (Aspiani,2014 dalam Putri,2020). Dalam pendapat lain juga dikemukakan bahwa Gout Arthritis merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolis purin (hiperurisemia).

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya gout adalah karena adanya deposit/penimbunan Kristal asam urat pada sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolic dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal.

Faktor pencetus terjadinya endapan kristal urat adalah:

- a. Makanan tinggi purin.
- b. Penurunan filtrasi glomerulus.
- c. Pemberian obat direutik.
- d. Minum alkohol.
- e. Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi Gout Arthritis oleh ginjal.

3. Patofisiologi Gout Arthritis

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

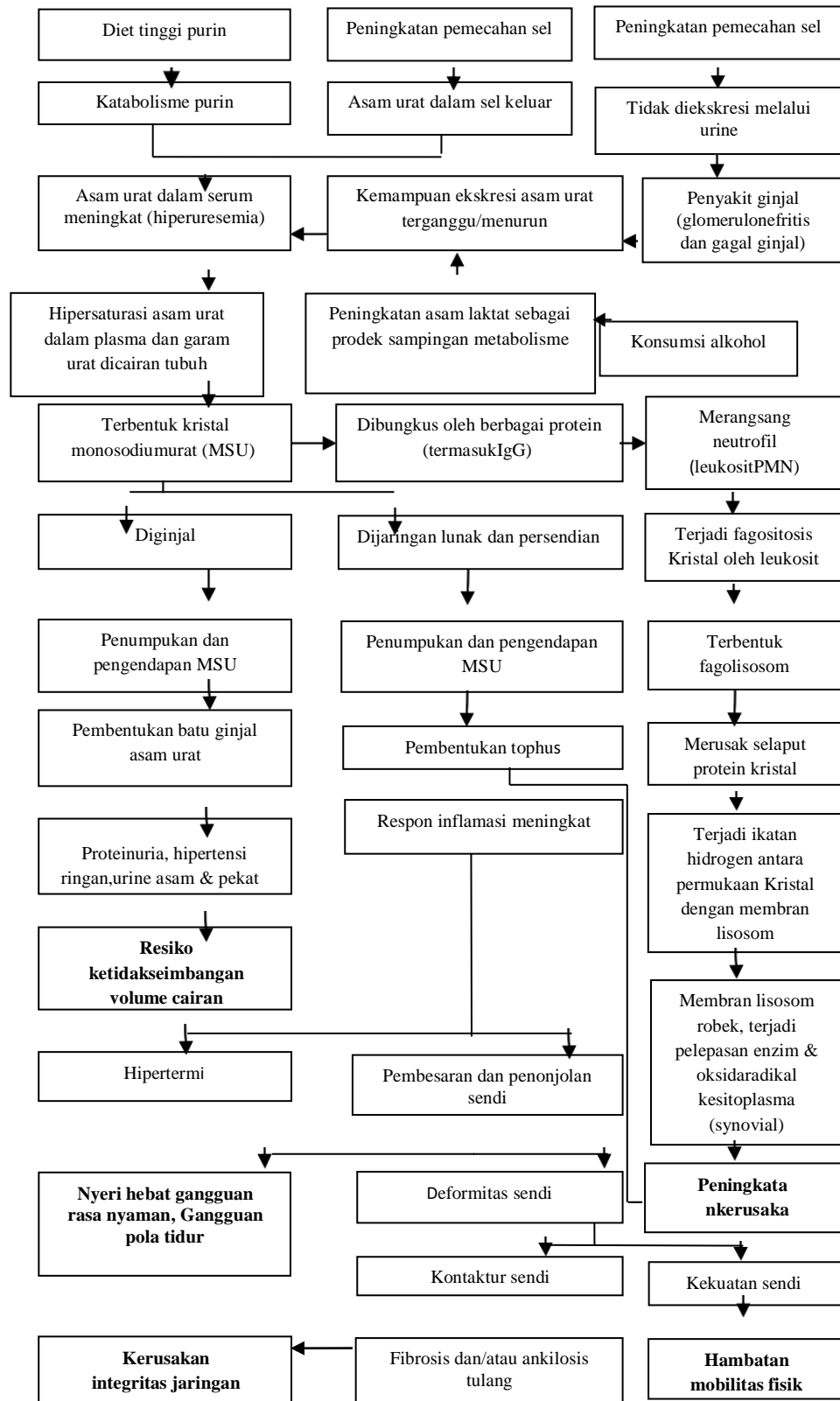
- a. Jalur de novo melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekursor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asamino sinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian

mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosilfirofosfat (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).

b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur *de novo*. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi ditubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian dieksresikan dinefrondistal dan dikeluarkan melalui urin. Pada penyakit gout, terdapat gangguan. Keseimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:

- 1) Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
- 2) Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
- 3) Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan *cellular turnover*).
- 4) Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
- 5) Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi.

4. Pathway



Gambar 2.3 Pathway
sumber : (Meilania Feron,2019)

5. Manifestasi klinis

- a. Stadium I adalah hiperursemia asimtomatik. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl.
- b. Stadium II Adalah arthritic gout akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera, sendi-sendi lain dapat terserang, termasuk sendi jari tangan dan siku, serangan gout akut biasanya akan pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10-14 hari.
- c. Stadium III Adalah serangan gout akut (gout interitis) adalah tahap interikritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
- d. Stadium IV Adalah gout kronik, dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya Kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak, tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubitas relatif asam urat. Awitan dan ukuran tofi secara proporsional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon, tendon achilles, permukaan ekstensor lengan bawah, bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihinggapi tofi. Pada masa ini tofi akan menghilang dengan terapi yang tepat. Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat akan bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam interstitium medulla, papilla, dan pyramid, sehingga timbul proteinuria dan hipertensi ringan.

6. Tanda dan Gejala

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

7. Pemeriksaan penunjang

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