

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. T DENGAN
MASALAH UTAMA ASAM URAT PADA NY. K
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nur Hidayati Sugiharti

NIM. 893312892

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2010

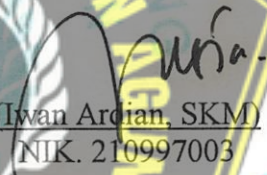
HALAMAN PERSETUJUAN

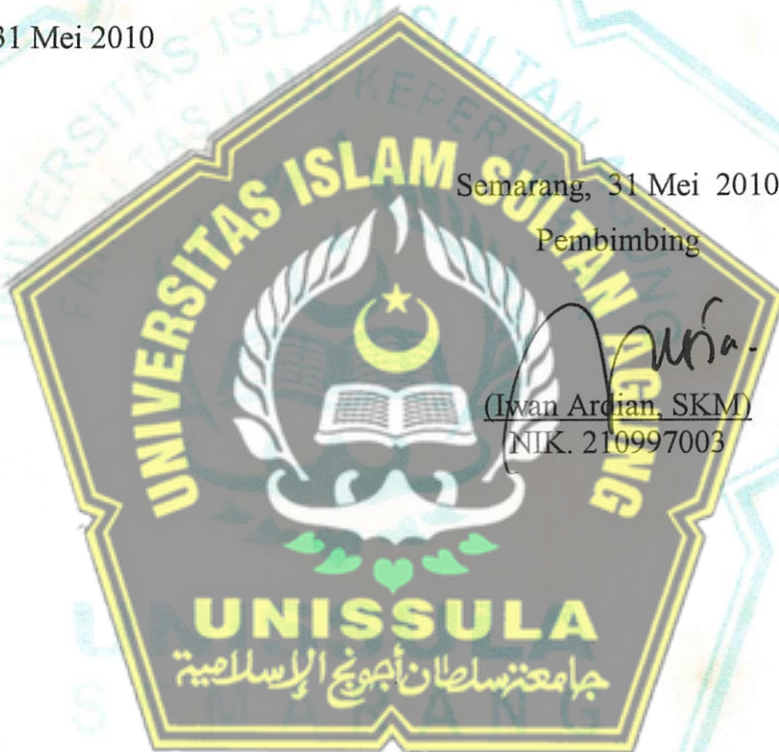
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010
Pembimbing


(Iwan Ardian, SKM)
NIK. 210997003



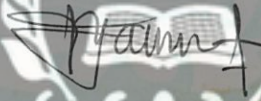
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 04 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 04 Juni 2010

Tim Penguji

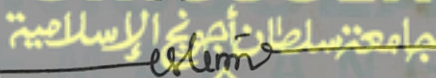
Penguji I



(Moch. Aspihan, S. Kep., Ns)

NIK. 210900008

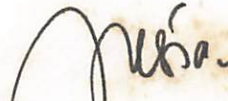
Penguji II



(Iskim Luthfa, S. Kep., Ns)

NIK. 210909014

Penguji III



(Iwan Ardian, SKM)

NIK. 210997003

MOTTO

- ❖ Berusaha, berdoa dan berikhtiar adalah sebuah kunci menuju kesuksesan.
- ❖ Hari ini harus lebih baik dari hari yang lalu dan jadikan kegagalan sebagai motivasi untuk meraih kesuksesan yang akan datang.



PERSEMBAHAN

- ❖ Bapak dan Ibu tercinta yang selalu berdo'a untuk kesuksesan anak-anaknya.
- ❖ Nindy kecilku yang selalu memberikan senyuman terbaiknya selama ini sebagai semangat.
- ❖ Sahabat-sahabatku yang selalu ada disaat suka maupun duka.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. T DENGAN MASALAH UTAMA ASAM URAT PADA NY. K DI DESA MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG”.

Adapun penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan. Selama penyusunan laporan ini, penulis tidak dapat berjalan sendiri tanpa bantuan dari berbagai pihak baik itu berupa pengarahan, pemberian informasi, saran-saran serta bimbingan yang kesemuanya sangat berarti bagi penulis. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang mendalam atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada kami selama menyusun laporan akhir ini, kepada yang terhormat:

1. Prof. Loade M. Kamaliddin, M.Sc, M.Eng., P.hd, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula serta pembimbing yang sudah banyak membantu dalam terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

3. Ibu Endang Setyowati, SKM, S. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula.
4. Bapak Ns. Moch. Asphian, S. Kep dan Ns. Iskhim, S. Kep selaku Penguji.
5. Keluarga Tn. T di Kelurahan Muktiharjo Kidul yang sudah berkenan untuk dikaji dan dilakukan implementasi sebagai asuhan keperawatan keluarga.
6. Bapak dan Ibu yang selama ini telah memberikan semua yang dibutuhkan, baik secara moril, materiil dan do'a yang tak pernah terputus.
7. Mas Hari, Mas Ardi dan Mbak Indah yang selalu memberikan semangat.
8. Sahabat-sahabatku Ning, Wina, Ratih, Indah, dan Henny yang selama ini berjuang bersama-sama.
9. Apip yang selalu memberi motivasi dan semangat yang tak pernah henti.
10. Semua pihak yang sudah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari pembaca yang dapat menjadi perbaikan untuk penulis yang akan datang.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	5
BAB II KONSEP DASAR	
A. Konsep Dasar Keluarga.....	6
1. Pengertian Keluarga	6
2. Tipe Keluarga	7
3. Fungsi Keluarga.....	8
4. Tugas Perkembangan Keluarga.....	11
5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga... .	13
6. 5 Tugas Keluarga Dalam Kesehatan	18

5. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga... .	13
6. 5 Tugas Keluarga Dalam Kesehatan	18
B. Konsep Dasar Medis.....	20
1. Pengertian.....	20
2. Etiologi.....	20
3. Manifestasi Klinik.....	21
4. Patofisiologi.....	23
5. Komplikasi.....	24
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	27
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian.....	28
B. Analisa Data.....	36
C. Skoring dan Prioritas Masalah.....	37
D. Intervensi Keperawatan.....	39
E. Implementasi Keperawatan	43
F. Evaluasi.....	44
BAB IV PEMBAHASAN,	
PEMBAHASAN.....	46
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	58
B. Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asam urat adalah penyakit yang sering kita jumpai pada lansia. Biasanya lansia mengeluhkan rasa nyeri pada sendi-sendi mereka khususnya didaerah sekitar kaki. Banyak orang yang mengatakan nyeri itu adalah rematik. Padahal mereka salah dengan anggapan itu belum tentu itu adalah rematik. Tidak semua nyeri yang dirasakan pada persendian itu adalah penyakit rematik.

Rematik umumnya menyerang pada hampir seluruh sendi-sendi yang ada. Sedangkan untuk asam urat ini hanya menyerang pada bagian sendi tertentu antara lain pada pergelangan kaki dan pada jari-jari.

Menurut studi, konsentrasi asam urat, berkorelasi dengan umur, kadar kreatinin dalam serum, kadar nitrogen urea dalam darah, gender laki-laki, tekanan darah, berat badan, dan konsumsi alkohol. Ada korelasi langsung antara kadar asam urat dalam serum dengan insidensi dan prevalensi gout. Pada tahun 1999, menurut penelitian, prevalensi gout dan hiperurisemia di USA adalah 41 per 1000, dan di UK prevalensi gout adalah 14 per 1000. Angka kejadian gout saat ini antara 20-35 per 100.000 orang, dan prevalensi secara keseluruhan 1,6-13,6 per 1000. Laju prevalensi tahunan dari gout dan hiperurisemia meningkat, terutama pada manula. Gout atau asam urat terjadi makin sering pada laki-laki dibanding perempuan, pada usia lebih tua, pada

kadar asam urat lebih tinggi dan ada kaitannya dengan hipertensi. Ternyata 18% penderita gout mempunyai sejarah keluarga (genetika) dengan hiperurisemia, dan terjadiya gout cenderung meningkat bila kadar asam urat meningkat (Dipiro and Robert, 2005).

Menurut dr. Caecilia R. Padang, Ph.D., FACR, konsultan reumatologi dari Pusat Rematik Indonesia, Jakarta. Indonesia penyakit asam urat diderita pada usia lebih awal dibandingkan dengan di negara Barat. Di Indonesia 32% serangan gout terjadi pada pria usia di bawah 34 tahun. Sementara di luar negeri rata-rata diderita oleh kaum pria di atas usia tersebut. Pada mereka yang setiap hari menenggak alkohol tradisional (tuak atau tape), menurut Caecilia, faktor risiko asam urat menjadi 50%. Pada mereka yang minum alkohol lebih dari seminggu sekali faktor risikonya 40%. Demikian pula mereka yang kebiasaan sehari-hari makan makanan laut (udang, kepiting, tiram, remis), jeroan, kaldu kental (soto), daging anjing, kelelawar, dan kambing.

Keluarga yang mempunyai riwayat positif penyakit asam urat, menurut Caecilia, 60% anggota keluarganya terkena serangan gout, dan hampir 47,4% di antaranya kaum pria. Pria gemuk punya kecenderungan lebih tinggi ketimbang yang kurus. Sebaliknya, gout lebih sedikit diderita pada anak-anak atau wanita di bawah usia menopause.

Penyakit asam urat sering kali disertai penyakit tekanan darah tinggi (22%) dan batu ginjal (13%). Ada kalanya, gout juga menjadi pemicu penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus atau kencing manis. Sekitar 86% gangguan ginjal ditemukan pada penderita penyakit asam urat di Minahasa.

Namun, belum jelas apakah gangguan ginjal menyebabkan kadar asam urat meninggi atau sebaliknya. Perlu pula diteliti apakah tekanan darah tinggi yang sulit turun juga ada hubungannya dengan faktor gangguan ginjal. Jadi, faktor risiko terjadinya penyakit asam urat bisa karena sejarah keluarga, pola makan, kegemukan, serta gangguan ginjal.

Kalau dulu penyakit gout dikatakan hanya diderita kaum pria golongan menengah ke atas, penelitian terakhir menunjukkan, penyakit itu tidak mengenal kelas status ekonomi seseorang.

Sekali terkena penyakit ini, seseorang harus memperhatikannya seumur hidup. Dengan mempelajari riwayat penyakit keluarga, mengatur pola makan, rajin mengontrol serta mengobati secara teratur, penyakit asam urat akan mengalami masa remisi. Artinya, bila asam urat tetap dipertahankan pada kadar normal, serangan gout diharapkan tidak akan berulang kembali (Nanny, 2008).

Dari hasil data-data diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit asam urat dapat menyerang semua golongan status ekonomi. Sehingga penulis menyusun dengan judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. T dengan Masalah Utama Asam Urat Pada Ny. K Di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan gambaran asuhan keperawatan keluarga pada Ny. K dengan masalah asam urat di Desa Dempel Lor RT 04 RW 14, Kelurahan Muktiharjo Kidul, Kecamatan Pedurungan, Semarang Timur.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu menjelaskan mengenai konsep dasar keperawatan keluarga yang meliputi pengertian, tipe keluarga, tahap perkembangan keluarga, fungsi keluarga, prinsip penatalaksanaan keperawatan dan lima tugas kesehatan keluarga.
- b. Mampu menjelaskan mengenai konsep dasar penyakit yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi penyakit, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik dan komplikasi penyakit.
- c. Mampu menjelaskan mengenai resume keperawatan keluarga pada Ny. K yang menderita penyakit asam urat.
- d. Mampu menganalisa masalah dan menentukan diagnosa keperawatan keluarga Tn. T khususnya pada Ny. K yang menderita penyakit asam urat.
- e. Mampu melaksanakan intervensi dan implementasi keperawatan keluarga Tn. T khususnya pada Ny. K yang menderita penyakit asam urat.

- f. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada keluarga Tn. T khususnya Ny. K yang menderita penyakit asam urat.

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah yang dibuat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak - pihak terkait, antara lain :

1. Keluarga

Sebagai bahan acuan dan pemberian asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn. S tentang asam urat.

2. Penulis

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis, baik dari segi konsep dasar asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan medis dengan masalah keluarga pada anggota keluarga dengan asam urat.

3. Klien

Sebagai pedoman serta meningkatkan pengetahuan klien yang mengalami asam urat.

4. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan keluarga dengan masalah asam urat.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterkaitan aturan dan emosional serta mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998).

Menurut pakar konseling keluarga yaitu Sayekti (1994) dalam buku Suprajitno, S. Kep bahwa keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan yang hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anak sendiri ataupun anak adopsi, dan tinggal dalam satu rumah (Suprajitno, 2004).

Keluarga merupakan suatu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul serta tinggal dalam suatu tempat berada dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Riyadi, Sujono & Sukarmin, 2009).

Jadi keluarga adalah suatu kumpulan dua orang atau lebih yang hidup atas dasar perkawinan yang tinggal dalam satu atap dalam keadaan saling berketergantungan dengan anak kandung, anak adopsi, dan anggota yang lain.

2. Tipe Keluarga

Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai macam tipe keluarga yang ada.

Tipe keluarga dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu :

a. Tipe Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau angkat).
- 2) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti yang ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah. Misalnya : kakek, nenek, keponakan, paman dan bibi.
- 3) Keluarga “Dyad”, yaitu keluarga yang terbentuk dari suami dan istri tanpa anak.
- 4) “*Single Parrent*”, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 5) “*Single Adult*”, yaitu orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

b. Tipe Keluarga Non Tradisional.

- 1) *The Unmerriedteeneger mather*, yaitu keluarga yang terdiri dari orangtua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa pernikahan.

- 2) *The Stepparent family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) *Commune family* yaitu, Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- 4) *The non marital heteroseksual cohabitang family*, yaitu keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Gay dan lesbian family* adalah seseorang yang memiliki persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami-istri (marital partners) (Setyowati, 2007).

3. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

Komponen yang harus dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektifnya adalah :

- 1) Saling mengasuh ; cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya akan tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung.

- 2) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan juga hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif, maka fungsi afektif akan tercapai.
 - 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat untuk memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mampu mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anaknya dapat meniru tingkah laku yang positif dari orang tuanya (Setyowati, 2007).
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
 - c. Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) yaitu keluarga berfungsi untuk mempertahankan generst dan menjaga kelangsungan keluarga.
 - d. Fungsi ekonomi (*the economi function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkat penghasilan untuk memenuhi kebutuhan kelurga.

- e. Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Namun, dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrilisasi, fungsi keluarga telah berkembang menjadi :

- a. Fungsi ekonomi, yaitu keluarga diharapkan menjadi keluarga yang produktif yang mampu menghasilkan nilai tambah ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga.
- b. Fungsi mendapatkan status sosial, yaitu keluarga yang dapat di lihat dan di kategorikan strata sosialnya oleh keluarga lain yang berada disekitarnya.
- c. Fungsi pendidikan, yaitu keluarga yang mempunyai peran dan tanggung jawab yang besar terhadap pendidikan anak-anaknya untuk menghadapi kehidupan dewasanya.
- d. Fungsi pemenuhan kesehatan, yaitu keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan yang primer dalam rangka melindungi dan pencegahan terhadap penyakit yang mungkin dialami keluarga.
- e. Fungsi sosialisasi bagi anaknya, yaitu orang tua atau keluarga diharapkan mampu menciptakan kehidupan sosial yang mirip dengan luar rumah.
- f. Fungsi religius, yaitu keluarga merupakan tempat belajar tentang agama dan mengamalkan ajaran keagamaan.

- g. Fungsi reproduksi, bukan hanya mengembangkan keturunan, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal (menyeluruh). Diantaranya seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks bagi anak, dan lain-lain.
- h. Fungsi rekreasi, yaitu keluarga merupakan tempat untuk melakukan kegiatan yang dapat mengurangi ketegangan akibat berada diluar rumah.
- i. Fungsi afek, yaitu keluarga merupakan tempat yang utama untuk pemenuhan kebutuhan psikososial sebelum anggota keluarga berada diluar rumah (Suprajitno, 2004).

4. Tugas Perkembangan Keluarga

Menurut Duval (1997) dalam buku yang ditulis oleh Sudiarto, daur kehidupan terdiri dari delapan tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan risiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya

- a. Tahap 1, pasangan baru menikah (keluarga baru). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membina hubungan perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan harmonis dengan saudara dan kerabat, dan merencanakan keluarga (termasuk merencanakan jumlah anak yang diinginkan).
- b. Tahap 2, menanti kelahiran (*child bearing family*) atau anak tertua adalah bayi berusia kurang dari 1 bulan. Tugas perkembangan keluarga pada tahapan ini adalah menyiapkan anggota keluarga baru (bayi dalam keluarga), membagi waktu untuk individu, pasangan dan keluarga.

- c. Tahap 3, keluarga dengan anak pra sekolah atau anak tertua 2,5 tahun sampai 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyatukan kebutuhan masing-masing anggota keluarga, antara lain ruang atau kamar pribadi dan keamanan, mensosialisasi anak-anak, menyatukan keinginan anak-anak yang berbeda, dan mempertahankan hubungan yang “sehat” dalam keluarga.
- d. Tahap 4, keluarga dengan anak sekolah atau anak tertua berusia 7 tahun sampai 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mensosialisasikan anak-anak termasuk membantu anak-anak mencapai prestasi yang baik disekolah, membantu anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan masing-masing anggota keluarga.
- e. Tahap 5, keluarga dengan remaja atau anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturnitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua dan anak-anak remaja.
- f. Tahap 6, keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anak yang telah dewasa,

menata kembali hubungan perkawinan, menyiapkan datangnya proses penuaan, termasuk timbulnya masalah-masalah kesehatan.

g. Tahap 7, keluarga usia pertengahan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan kontak dengan anak dan cucu, memperkuat hubungan perkawinan, dan meningkatkan usaha promosi kesehatan.

h. Tahap 8, keluarga dengan usia lanjut. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menata kembali kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan perkawinan, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat, dan menemukan arti hidup.

5. Prinsip Dasar Pelaksanaan Keperawatan Keluarga

Intervensi atau penatalaksanaan adalah suatu proses dengan berbagai segi. Dalam bekerja dengan keluarga, berbagai intervensi digunakan secara fleksibel dan dinamis. Enam strategi intervensi keperawatan keluarga antara lain, yaitu : mengajar, konseling, menegakkan kontrak, manajemen kasus, kolaborasi, dan konsultasi

a. Partisipasi keluarga aktif

Partisipasi aktif keluarga adalah suatu pendekatan esensial yang dimasukkan dalam setiap strategi intervensi keperawatan keluarga. Keterlibatan keluarga dalam tahap implementasi biasanya dimaksudkan dalam pemecahan masalah mutual. Serta digunakan

untuk menentukan pendekatan-pendekatan yang tepat untuk keberhasilan dalam mencapai tujuan.

Menyertakan anggota keluarga sebanyak mungkin dalam sesi konseling / suportif dan pendidikan yang terencana bersifat sangat membantu. (Doherty dan Campbell, 1988: Drotar, Crawford dan Bush, 1984). Cara ini memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk mengekspresikan diri mereka sendiri dan mendukung satu sama lain. Juga merangsang diskusi kelompok dan umpan balik yang sangat diperlukan serta menjamin bahwa semua anggota keluarga yang hadir memperoleh informasi yang dibutuhkan.

b. Penyuluhan

Mengajar keluarga tentang sistem kesehatan, sakit, dan sistem kesehatan dan manusia, dinamika keluarga, pengasuhan anak, perlakuan perawatan kesehatan, dan bidang-bidang terkait lainnya merupakan sebuah intervensi pada sebuah keluarga. Tujuan dari belajar yaitu mendukung perilaku-perilaku sehat dan mengubah perilaku-perilaku tidak sehat meskipun perubahan-perubahan tidak langsung diabsorpsi.

Tujuan-tujuan penyuluhan kesehatan

- 1) Untuk memberikan informasi sehingga klien membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.

- 2) Untuk membantu klien agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien beradaptasi terhadap realita penyakit dan pengobatannya.
- 4) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

c. **Konseling**

Konseling dianggap sebagai perawatan bagi mereka dalam perawatan kesehatan mental-psikiatri. Akan tetapi, kini sudah diterima secara luas bahwa konseling merupakan inti perawatan kesehatan keluarga, disebutkan bahwa konseling keluarga merupakan mewawancarai keluarga.

Patterson dan Zderad (1976) dalam buku yang ditulis oleh Friedman, deskripsi mereka tentang keperawatan yang humanistik, menyatakan secara tegas bahwa inti dari keperawatan adalah eksistensi dari suatu dialog autentik antara perawat dan pasien dan bahwa tujuan dari dialog ini adalah untuk peningkatan pertumbuhan dan nurturansi potensi umat manusia. Konseling dan strategi-strategi intervensi yang bersifat suportif sangat cocok dengan ide-ide menyangkut peran dan tujuan-tujuan dari keperawatan.

d. Kontrak

Sebuah cara yang efektif untuk seorang perawat dalam membantu keluarga dan individual secara realita untuk ikut serta dalam perawatan diri yaitu melalui kontrak.

Membuat kontrak dengan klien telah digunakan dalam keperawatan sejak tahun 1970an dan telah terbukti efektif ketika bekerja dengan kelompok individual klien tertentu.

Kontrak adalah persetujuan kerja yang dibuat antara dua orang atau lebih, dalam hal ini seorang perawat dan sebuah keluarga.

Komponen-komponen dasar dalam membuat kontrak dengan klien:

- 1) Maksud dan tujuan-tujuan kontrak; jangka pendek atau jangka panjang.
- 2) Implementasi : aktifitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan oleh siapa.
- 3) *Priorities in terms of goal or activietes.*
- 4) Penghargaan yang diberikan ketika tujuan-tujuan tercapai.
- 5) Parameter waktu : kapan aktifitas akan diselesaikan.
- 6) Waktu evaluasi ulang untuk menemukan kemajuan.
- 7) Penandatanganan dan tanggal : anggota keluarga dan perawat.

e. Management Kasus

Managemen kasus dipandang sebagai suatu strategi dan proses pengambilan keputusan klinis. Ada konsesus bahwa proses ini meliputi langkah penting : pengkajian klien, perencanaan, menghubungkan

(rujukan, koordinasi, dan advokasi), pemantauan, dan mengevaluasi. Sebagai suatu proses untuk penentuan, pengintegrasikan, dan pemantauan kebutuhan-kebutuhan klien yang kompleks. Manajemen kasus berupaya membuat seimbang kualitas dari hasil-hasil perawatan dengan pemanfaatan sumber-sumber yang ada secara efisien.

f. Kolaborasi

Kolaborasi atau perawatan kesehatan kolaboratif mengacu kepada perawatan yang diberikan oleh sejumlah profesional dalam bidang perawatan kesehatan yang bekerja bersama-sama secara erat untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terintegrasi. Kolaborasi dianggap sebagai intervensi terpisah dari perawatan keluarga dan sebagai sebuah strategi penting yang digunakan dalam manajemen kasus. Kolaborasi menekankan hubungan profesional, kolega yang didalamnya terjalin hubungan saling menghargai dan kebersamaan paham dan pembuatan keputusan bersama.

g. Konsultasi

Konsultasi mengacu kepada kegiatan memberikan nasihat-nasihat atau pelayanan-pelayanan. Dalam keperawatan selalu mengambil bentuk perundingan bersama tentang sebuah kasus tertentu atau tentang seorang klien dan memberikan usulan/informasi tentang klien dengan masalah-masalah keperawatan tertentu. Atau konsultasi boleh jadi meliputi interview sebuah keluarga dan melakukan

pengkajian terhadap keluarga dan menyediakan kebutuhan-kebutuhannya.

Lewis dan Levy (1982) dalam buku Friedman (1998) menggolongkan proses konsultasi menjadi dua tipe yaitu :

- 1) Tipe pertama adalah sebuah konsultasi yang tidak langsung, dimana pertemuan tentang sebuah kasus dilakukan dan keluarga tidak diinterview oleh konsultan.
- 2) Tipe yang kedua adalah dimana keluarga langsung diinterview dan kepadanya diberikan opini kedua. Model ini digunakan secara luas dalam pengobatan.

6. 5 Tugas Keluarga Dalam Kesehatan

a. Mengetahui masalah kesehatan.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak dapat diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan itu terjadi, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

b. Melakukan tindakan yang tepat.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga,

dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan ini dilakukan agar mampu menentukan hal yang tepat agar masalah kesehatan keluarga dapat teratasi.

c. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Sering keluarga telah mengambil tindakan yang benar dan tepat, namun keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan yang tepat dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan yang ada sesuai dengan kemampuan keluarga.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Tugas ini dimaksudkan bahwa keluarga harus mampu untuk menata rumah bertujuan untuk menghindari risiko cedera serta memberikan kenyamanan pada anggota keluarga yang sakit.

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

Apabila keluarga tidak mampu untuk memenuhi salah satu dari keempat tugas tersebut, maka sebaiknya anggota keluarga yang sakit lebih baik dibawa ke fasilitas kesehatan yang terdekat (Suprajitno, 2004).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Asam urat adalah asam yang terbentuk akibat metabolisme purin dalam tubuh. Purin berasal dari makanan yang mengandung protein. Sedangkan penyakit asam urat adalah suatu penyakit yang timbul akibat kadar asam urat dalam darah berlebihan. Sedangkan yang menyebabkan asam urat darah berlebih adalah produksi asam urat yang lebih banyak daripada pembuangannya (dr. Nyoman Kertia, 2009)

Asam urat adalah hasil produksi oleh tubuh, sehingga keberadaannya bisa normal dalam darah dan urin. Akan tetapi sisa dari metabolisme protein makanan yang mengandung purin juga menghasilkan asam urat (Misnadiarly, 2007, 9).

Gout atau penyakit asam urat adalah suatu proses pengendapan kristal monosodium urate pada sendi dan tendon dari saturasi cairan tubuh yang mengalami *hiperuricemic* (asam urat darah tinggi) (DR. Faisal Yatim, 2006).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya Gout atau penyakit asam urat ini adalah :

- a. Faktor keturunan
- b. Penyakit Diabetes Melitus
- c. Adanya gangguan ginjal dan hipertensi
- d. Tingginya asupan makanan yang mengandung purin

Adanya defek (kelainan) metabolik sehingga sintesis asam urat menjadi berlebihan dan bersifat abnormal. Peningkatan biosintesis asam urat tersebut terjadi karena adanya perubahan genetik sehingga mekanisme kontrol sintesis purin menjadi terganggu.

Selain faktor genetik, proses biokimiawi juga ikut berperan pada penyakit ini yang berhubungan dengan metabolisme purin. Karena gout juga tergolong hiperurisemia maka dapat digolongkan sebagai penyakit gangguan metabolisme purin bawaan, sebagai akibat kekurangan enzim Hipoxantin-Guanin Phospho Ribosil-Transferase (HGPRT)

- e. Berat badan berlebih (obesitas).
- f. Jumlah alkohol yang dikonsumsi.
- g. Penggunaan obat-obatan kimia yang bersifat diuretik/analgetik dalam waktu lama.

3. Manifestasi Klinik

Gout akut biasanya terjadi pada pria sesudah lewat masa pubertas dan sesudah menopause pada wanita, sedangkan kasus yang paling banyak ditemui pada usia 50-60. Gout lebih banyak dijumpai pada pria, sekitar 95 persen penderita gout adalah pria. Urat serum wanita normal jumlahnya sekitar 1 mg per 100 mL, lebih sedikit jika dibandingkan dengan pria. Tetapi sesudah menopause perubahan tersebut kurang nyata. Pada pria hiperurisemia biasanya tidak timbul sebelum mereka mencapai usia remaja. Gout Akut biasanya monoartikular dan timbulnya tiba-tiba. Tanda-tanda awitan serangan gout adalah rasa sakit yang hebat dan peradangan

lokal. Pasien mungkin juga menderita demam dan jumlah sel darah putih meningkat. Serangan akut mungkin didahului oleh tindakan pembedahan, trauma lokal, obat, alkohol dan stres emosional. Meskipun yang paling sering terserang mula-mula adalah ibu jari kaki, tetapi sendi lainnya dapat juga terserang. Dengan semakin lanjutnya penyakit maka sendi jari, lutut, pergelangan tangan, pergelangan kaki dan siku dapat terserang gout. Serangan gout akut biasanya dapat sembuh sendiri. Kebanyakan gejala-gejala serangan akut akan berkurang setelah 10-14 hari walaupun tanpa pengobatan.

Perkembangan serangan akut gout biasanya merupakan kelanjutan dari suatu rangkaian kejadian. Pertama-tama biasanya terdapat supersaturasi urat dalam plasma dan cairan tubuh. Ini diikuti dengan pengendapan kristal-kristal urat di luar cairan tubuh dan endapan dalam dan sel sendi. Tetapi serangan gout sering merupakan kelanjutan trauma lokal atau ruptura tofi (endapan natrium urat) yang merupakan penyebab peningkatan konsentrasi asam urat yang cepat. Tubuh mungkin tidak dapat menanggulangi peningkatan ini dengan memadai, sehingga mempercepat proses pengeluaran asam urat dari serum. Kristalisasi dan endapan asam urat merangsang serangan gout. Kristal-kristal asam urat ini merangsang respon fagositosis oleh leukosit dan waktu leukosit memakan kristal-kristal urat tersebut maka respon mekanisme peradangan lain terangsang. Respon peradangan mungkin dipengaruhi oleh letak dan besar endapan kristal asam urat. Reaksi peradangan mungkin merupakan proses yang

berkembang dan memperbesar diri sendiri akibat endapan tambahan kristal-kristal dari serum.

Periode antara serangan gout akut dikenal dengan nama gout interkritikal. Pada masa ini pasien bebas dari gejala-gejala klinik. Gout kronik timbul dalam jangka waktu beberapa tahun dan ditandai dengan rasa nyeri, kaku dan pegal. Akibat adanya kristal-kristal urat maka terjadi peradangan kronik, sendi yang bengkak akibat gout kronik sering besar dan berbentuk nodular. Serangan gout akut dapat terjadi secara simultan disertai gejala-gejala gout kronik. Tofi timbul pada gout kronik karena urat tersebut relatif tidak larut. Awitan dan ukuran tofi sebanding dengan kadar urat serum. Yang sering terjadi tempat pembentukan tofi adalah bursa olekranon, tendon Achilles, permukaan ekstensor dari lengan bawah, bursa infrapatella dan helix telinga.

Tofi-tofi ini mungkin sulit dibedakan secara klinis dari rheumatoid nodul. Kadang-kadang tofi dapat membentuk tukak dan kemudian mengering dan dapat membatasi pergerakan sendi. Penyakit ginjal dapat terjadi akibat hiperurisemia kronik, tetapi dapat dicegah apabila gout ditangani secara memadai (Price & Wilson, 2006).

4. Patofisiologi

Hiperurisemia (konsentrasi asam urat dalam serum yang lebih besar dari 7,0 mg/dl) dapat menyebabkan penumpukan kristal

monosodium urat. Serangan gout tampaknya berhubungan dengan peningkatan atau penurunan mendadak kadar asam urat serum. Kalau kristal urat mengendap dalam sebuah sendi, respon inflamasi akan terjadi dan serangan gout dimulai. Dengan serangan berulang-ulang, penumpukan kristal natrium urat yang dinamakan tofus akan mengendap dibagian perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan dan telinga. Nefrolitiasis urat (batu ginjal) dengan penyakit renal kronik yang terjadi sekunder akibat penumpukan urat dapat timbul. Gambaran kristal urat dalam cairan sinovial sendi asimtomatik menunjukkan bahwa faktor-faktor non kristal mungkin berhubungan dengan reaksi inflamasi. Kristal monosodium urat yang ditemukan tersalut dengan imunoglobulin yang terutama berupa IgG. IgG akan meningkatkan fagositosis kristal dan dengan demikian memperlihatkan aktivitas imunologik (Brunner & Suddarth, 2002).

5. Komplikasi

a. Radang sendi akibat asam urat (*gouty arthritis*)

Komplikasi hiperurisemia yang paling dikenal adalah radang sendi (gout arthritis). Telah dijelaskan sebelumnya bahwa, sifat kimia asam urat cenderung berkumpul di cairan sendi ataupun jaringan ikat longgar. Meskipun hiperurisemia merupakan faktor resiko timbulnya gout namun, hubungan secara ilmiah antara hiperurisemia dengan serangan gout akut masih belum jelas. Atritis gout akut dapat terjadi pada keadaan konsentrasi asam urat serum yang normal. Akan tetapi,

banyak pasien dengan hiperurisemia tidak mendapat serangan artritis gout.

Gejala klinis dari Gout bermacam-macam yaitu, hiperurisemia tak bergejala, serangan akut gout, gejala antara(intercritical), serangan gout berulang, gout menahun disertai tofus.

Keluhan utama serangan akut dari gout adalah nyeri sendi yang sangat yang disertai tanda peradangan (bengkak, memerah, hangat dan nyeri tekan). Adanya peradangan juga dapat disertai demam yang ringan. Serangan akut biasanya puncaknya 1-2 hari sejak serangan pertama kali. Namun pada mereka yang tidak diobati, serangan dapat berakhir setelah 7-10 hari. Serangan biasanya berawal dari malam hari. Awalnya terasa nyeri yang sedang pada persendian. Selanjutnya nyerinya makin bertambah dan terasa terus menerus sehingga sangat mengganggu.

Biasanya persendian ibu jari kaki dan bagian lain dari ekstremitas bawah merupakan persendian yang pertama kali terkena. Persendian ini merupakan bagian yang umumnya terkena karena temperaturnya lebih rendah dari suhu tubuh dan kelarutan monosodium uratnya yang berkurang. Trauma pada ekstremitas bawah juga dapat memicu serangan. Trauma pada persendian yang menerima beban berat tubuh sebagai hasil dari aktivitas rutin menyebabkan

cairan masuk ke sinovial pada siang hari. Pada malam hari, air direabsorpsi dari celah sendi dan meninggalkan sejumlah MSU.

Serangan gout akut berikutnya biasanya makin bertambah sesuai dengan waktu. Sekitar 60% pasien mengalami serangan akut kedua dalam tahun pertama, sekitar 78% mengalami serangan kedua dalam 2 tahun. Hanya sekitar 7% pasien yang tidak mengalami serangan akut kedua dalam 10 tahun.

Pada gout yang menahun dapat terjadi pembentuk tofi. Tofi adalah benjolan dari kristal monosodium urat yang menumpuk di jaringan lunak tubuh. Tofi merupakan komplikasi lambat dari hiperurisemia. Komplikasi dari tofi berupa nyeri, kerusakan dan kelainan bentuk jaringan lunak, kerusakan sendi dan sindrom penekanan saraf.

b. Komplikasi Hiperurisemia pada Ginjal

Tiga komplikasi hiperurisemia pada ginjal berupa batu ginjal, gangguan ginjal akut dan kronis akibat asam urat. Batu ginjal terjadi sekitar 10-25% pasien dengan gout primer. Kelarutan kristal asam urat meningkat pada suasana pH urin yang basa. Sebaliknya, pada suasana urin yang asam, kristal asam urat akan mengendap dan terbentuk batu.

Gout dapat merusak ginjal, sehingga pembuangan asam urat akan bertambah buruk. Gangguan ginjal akut gout biasanya sebagai

hasil dari penghancuran yang berlebihan dari sel ganas saat kemoterapi tumor. Penghambatan aliran urin yang terjadi akibat pengendapan asam urat pada duktus koledokus dan ureter dapat menyebabkan gagal ginjal akut. Penumpukan jangka panjang dari kristal pada ginjal dapat menyebabkan gangguan ginjal kronik.

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan urin.
- b. Roentgen.
- c. Pemeriksaan mikroskopik dari cairan sendi atau tofus.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan tanggal 10 Mei 2010 pukul 09.00, diperoleh data umum klien Ny. K umur 55 tahun dengan pendidikan terakhir SMP bekerja sebagai pengasuh, berkebangsaan Indonesia suku Jawa. Komposisi keluarga Tn. T sebagi suami Ny. K umur 70 tahun bekerja sebagai buruh sampah dengan pendidikan terakhir SD dan memiliki 3 orang anak, anak pertama sudah berkeluarga dan tidak tinggal bersama dengan Ny. K. Anak kedua Tn. S umur 28 tahun bekerja sebagai wirausaha dan Nn. S umur 24 tahun bekerja sebagai buruh di salah satu perusahaan konveksi.

Klien/ Ny. K adalah anak ke enam dari 7 bersaudara menikah dengan Tn. T anak ke empat dari 5 bersaudara, mereka memiliki 3 orang anak. Anak yang pertama perempuan sudah menikah dan memiliki seorang anak perempuan. Anak yang kedua adalah laki-laki dan yang ketiga adalah perempuan. kedua anak tersebut masih tinggal 1 rumah dengan Tn. T dan Ny. K.

Keluarga Ny. K merupakan keluarga dengan tipe nuclear family (keluarga inti), dimana didalam keluarga hanya terdapat ayah, ibu dan anak. Kelurga Ny. K merupakan suku jawa, yang memiliki kebiasaan dalam keluarga bila terdapat anggota keluarga yang sakit hanya meminum obat yang dibeli diwarung, dalam keluarga Ny. K tidak mempunyai kepercayaan

tertentu mengenai pola kesehatan. Keluarga Ny. K mempunyai atau menganut satu ajaran agama yaitu agama Islam. Tn. T bersama Ny. K mengajarkan kepada anggota keluarganya untuk selalu melaksanakan ibadah sholat tepat waktu dan amalan-amalan agama lainnya yang sesuai dengan ajaran agama Islam, bila terdapat kegiatan di kampungnya, anggota keluarga aktif berperan dalam kegiatan yang ada di lingkungannya. Keluarga tidak hanya menggunakan fisik tetapi juga mental bila terdapat keluarga yang sedang sakit.

Penghasilan yang diperoleh Tn. T dari bekerja sebagai buruh sampah, penghasilan Ny. K sebagai pengasuh anak cukup serta tambahan penghasilan dari kedua anaknya cukup untuk membiayai kebutuhan sehari-hari walaupun terkadang kekurangan karena jika ada kebutuhan mendadak seperti ada sumbangan atau ada anggota keluarga yang tiba-tiba sakit. Keluarga tidak mempunyai kebiasaan rekreasi tertentu. Menonton TV biasanya yang lebih sering mereka lakukan bersama karena menurutnya rekreasi itu tidak penting yang terpenting adalah berkumpul bersama keluarga walaupun hanya menonton TV di rumah.

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.

Tahapan perkembangan untuk keluarga Tn. T adalah pada tahap yang ke enam yaitu tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa (pelepasan) dimana Tn. S dan Nn. S sudah cukup usia untuk menikah. Sedangkan tahap yang belum terpenuhi dan kendalanya adalah pada tahap perkembangan keluarga yang kelima yaitu tahapan keluarga dengan anak remaja dengan salah satu tugasnya adalah orang tua mampu melakukan komunikasi dengan

terbuka. Dikeluarga Tn. T anak-anaknya belum dapat sepenuhnya berkomunikasi secara terbuka dengan orang tua karena anak masih merasa malu.

Riwayat kesehatan saat ini yaitu didapatkan bahwa Ny. K sedang menderita penyakit asam urat sudah kurang lebih 3 hari namun tidak sampai dirawat di Rumah Sakit. Riwayat penyakit keturunan keluarga yang ada pada keluarga Tn. T didapatkan data ada riwayat hipertensi pada ibu Tn. T yang sekarang juga ditemukan riwayat pada Nn. S yang juga pernah menderita hipertensi namun tidak sampai dirawat dirumah sakit karena Nn. S mampu menjaga pola makan dan pola aktivitasnya. Sedangkan pada keluarga Ny. K juga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi dan asam urat.

Pengkajian Lingkungan.

Keluarga Tn. T tinggal dirumah milik sendiri yang sudah ditempatinya kurang lebih 20 tahun. Dengan luas rumah 19 x 5 m² dengan bangunan permanen yang memiliki 2 kamar tidur, ruang tamu, ruang TV atau ruang keluarga, kamar mandi dan WC, dapur, dan sumur yang sekaligus sebagai tempat mencuci. Rumah Tn. T ini memiliki kurang pencahayaan dan sirkulasi udara yang kurang baik karena hanya terdapat 2 jendela pada rumah bagian depan serta tidak ada genting kaca sebagai sumber pencahayaan pada saat siang hari. Walaupun keluarga Tn. T termasuk keluarga yang status ekonominya kurang namun untuk kebersihan rumah, Ny. K mengaku sangat menjaganya terlihat rumah yang tampak bersih dan semua perabotan ditata dengan rapi.

Struktur Keluarga.

Pola komunikasi dalam keluarga antara Tn. T dan Ny. K dengan anak-anaknya masih agak tertutup antara satu sama lain untuk hal-hal tertentu. Namun, untuk Tn. T dan Ny. K jika mereka berdua ada masalah selalu didiskusikan berdua tak jarang mereka juga melibatkan anak-anaknya. Tn. T termasuk orang yang mau menerima saran dan kritik serta lebih suka bermusyawarah bila ada masalah. Jika ada masalah dengan anak-anaknya Tn. T dan Ny. K menyerahkan sepenuhnya keputusan pada anak mereka hanya memberikan masukan dan motivasi.

Dalam keluarga Tn. T antara anggota saling menghormati, menghargai, tolong-menolong, dan menyayangi. Setiap anggota keluarga mampu merawat diri mereka masing-masing, namun untuk memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari selain Tn. T dan Ny. K bekerja mereka juga dibantu oleh Tn. S dan Nn. S. Karena Tn. S yang lebih banyak waktu di rumah sehingga jika Tn. T dan Ny. K merasa tidak enak badan mereka lebih sering berdiskusi dan minta tolong Tn. S tetapi, tak jarang jika Nn. S di rumah mereka meminta tolong Nn. S jika mereka membutuhkan bantuan yang menyangkut kondisi kesehatan mereka. Sehingga masalah dapat teratasi dengan segera.

Tn. T merupakan kepala keluarga yang bijak yang bertanggung jawab atas keluarganya walaupun hanya bekerja sebagai buruh sampah dan Ny. K adalah seorang pengasuh balita tetangganya namun Ny. K tidak melupakan tugasnya sebagai seorang ibu dan seorang istri. Tn. S merupakan anak kedua dan laki-laki yang masih tinggal bersama orang tua sehingga Tn. S harus

mampu menjaga keluarganya selain kesibukannya sebagai wirausahawan. Dan Nn. S sebagai anak perempuan yang sudah bekerja namun demikian Nn. S berusaha sebisa mungkin untuk membantu orang tua mereka jika ada masalah baik secara moril ataupun materil.

Keluarga Tn. T dan Ny. S sangat taat dalam menjalankan ajaran agama Islam yang mereka anut. Walaupun dalam keadaan sakit Ny. K masih mampu melaksanakan ibadah dengan segala kemampuannya. Dalam keluarga Tn. T menerapkan salah satu ajaran agama yaitu kebersihan adalah sebagian daripada iman serta menghormati orang tua.

Fungsi Keluarga.

Dalam fungsi afektif dalam keluarga Tn. T yaitu saling menyayangi satu sama lain karena mereka tinggal dalam satu rumah. Apabila ada anggota keluarga yang sakit mereka saling tolong menolong untuk merawat anggota keluarga yang sakit tersebut walaupun dengan keterbatasan pengetahuan yang mereka miliki.

Antara anggota keluarga mereka saling rukun dan saling menghormati satu sama lain sehingga interaksi dalam keluarga mereka terjalin dengan baik meskipun adanya keterbatasan waktu yang mereka miliki untuk bersama. Segala keputusan dalam keluarga Tn. T kekuasaan yang tertinggi dipegang oleh Tn. T walaupun demikian Tn. T tetap melakukan musyawarah dengan anggota keluarga yang lain. Kegiatan yang biasa dilakukan oleh keluarga Tn. T yaitu berkumpul bersama bila ada waktu luang walaupun hanya sebentar. Keluarga Tn. T termasuk keluarga yang mudah bersosialisasi karena seluruh

anggota keluarga Tn. T aktif dalam kegiatan masyarakat yang ada di wilayah RT 04 RW 14 Kelurahan Muktiharjo Kidul.

Pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga Tn. T tentang penyakit sangat terbatas. Ny. K mengatakan dulu pernah periksa kadar asam uratnya di Puskesmas Tlogosari Kulon dan hasilnya 8,2 mg/dL. Namun Ny. K tidak memahami banyak tentang penyakit yang dideritanya. Keluarga mengatakan mereka belum mengetahui dengan pasti apa itu penyakit asam urat, tanda dan gejalanya, penyebabnya, cara perawatan yang harus diberikan serta komplikasi apa saja yang bisa terjadi. Mereka hanya membeli obat diwarung karena biasanya setelah meminum obat tersebut rasa sakit itu bisa hilang. Keluarga hanya mengetahui makanan yang tidak boleh dikonsumsi antara lain kangkung, bayam, dan jeroan. Meskipun sakit itu sering terjadi keluarga dan Ny. K tidak pernah memeriksakan kesehatannya di pelayanan kesehatan terdekat karena keterbatasan waktu dan biaya. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit hanya sebatas membelikan obat diwarung dengan asumsi atau pemikiran mereka sendiri tentang penyakit yang dikeluhkan. Ny. K mengatakan badannya terasa pegal-pegal pada bagian pergelangan kaki khususnya serta Ny. K selalu melakukan aktivitas yang cukup melelahkan. Terkadang untuk makanan terkadang keluarga belum mampu untuk melaksanakannya seperti contoh Ny. K masih sering mengkonsumsi sayur bayam. Keluarga Tn. T dan Ny. K termasuk keluarga yang selalu menjaga kebersihan lingkungan rumahnya walaupun masih banyak kriteria yang belum mereka miliki terkait dengan rumah sehat.

Keluarga belum mampu sepenuhnya memanfaatkan sarana kesehatan yang ada dimasyarakat yaitu Puskesmas. Masalah yang terjadi yaitu jarak tempuhnya yang cukup jauh yaitu kurang lebih 2 km dari rumah Tn. T juga keterbatasan waktu karena antrian yang sangat panjang yang menurut mereka bisa mengganggu aktivitas anggota keluarga yang lain.

Dalam kehidupan sehari-hari Tn. T dan Ny. K dibantu dengan kedua anaknya yang sudah bekerja. Keluarga Tn. T mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka.

Stress dan Koping Keluarga.

Keluarga mengatakan pada saat ini Ny. K mengatakan nyeri pada bagian pergelangan kaki dan setelah dicek hasilnya cukup tinggi yaitu 9,6 mg/dL sehingga harus diperhatikan kondisi kesehatannya.

Keluarga juga mengatakan karena dalam keluarga mereka memiliki riwayat hipertensi dan asam urat maka mereka harus lebih berhati-hati dalam mengatur pola hidup mereka.

Dalam keluarga jika ada masalah mereka lebih sering melakukan musyawarah sehingga mampu memperoleh hasil yang diharapkan oleh semua anggota keluarga.

Pemeriksaan Fisik.

Untuk pemeriksaan kepala didapatkan data pada Tn. T rambut pendek, kulit kepala bersih, rambut sudah beruban; pada Ny. K rambut panjang, beruban, dan kulit kepala tampak bersih; pada Tn. S rambut pendek, hitam serta kulit kepala tampak bersih; sedangkan pada Nn. S rambut panjang,

hitam dan kulit kepala juga tampak bersih. Setelah dilakukan pemerisaan fisik didapatkan hasil pada Tn. T tekanan darah 140/100 mgHg, frekuensi nadi 86 x/menit, suhu badan 37°C; pada Ny. K didapatkan data tekanan darah 150/100 mmHg, frekuensi nadi 84 x/menit dan suhu badan 36,7°C; pada Tn. T tekanan darah 120/90 mmHg, frekuensi nadi 86 x/menit, suhu badan 36,8°C; dan untuk Nn. S yaitu tekanan darah 130/90 mmHg, frekuensi nadi 86 x/menit, dan suhu tubuh 36.7°C. Untuk pemeriksaan antropometri berat badan Tn. T 65 kg, tinggi badan 165cm; pada Ny. K tinggi badan 153 cm dan berat badan 67 kg; Tn. S tinggi badan 165 cm berat badan 62 kg dan Nn. S tinggi badan 155 cm berat badan 65 kg. Untuk pemeriksaan organ tubuh yang lain pada setiap anggota keluarga sama yaitu hidung simetris, tidak ada pembesaran polip, dan tidak ada lesi. Pada pemeriksaan mulut dan leher mukosa bibir lembab dan tidak ada stomatitis, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe atupun benjolan lain. Untuk pemeriksaan dada pada jantung dan paru normal. Pada bagian abdomen tidak didapatkan tanda-tanda ketidakknormalan. Sedangkan pada pemeriksaan ekstermitas didapatkan hasil turgor kulit baik, ekstermitas mampu untuk digerakkan, tidak ada benjolan yang tidak normal. Pada pemeriksaan ini Ny. K mengatakan merasakan nyeri pada bagian pergelangan kakinya.

Harapan Keluarga.

Harapan tentang kesehatan yaitu keluarga berharap penyakit Ny. K dapat segera sembuh dan dapat beraktifitas seperti biasa. Keluarga juga berharap agar petugas kesehatan mampu memberikan pelayanan yang sebaik mungkin.

B. Analisa Data

Data yang pertama yaitu data subjektif diperoleh Ny. K mengatakan dulu pernah memeriksakan kesehatannya dengan hasil kadar asam uratnya 8,2 mg/dL, keluarga khususnya Tn. S mengatakan dia dan keluarganya masih belum tahu tentang apa itu asam urat, tanda dan gejala, penyebab, dan lain-lain. Kemudian data objektifnya adalah Ny. K masih sering mengonsumsi sayur bayam dan kangkung. Pada tanggal 10 Mei 2010 pada pukul 10.00 hasil test asam uratnya 9,6 mg/dL. Dari data tersebut ditarik diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang sedang dialami Ny. K dengan asam urat.

Data yang kedua yaitu data subjektif didapatkan data Ny. K mengatakan kaki terasa nyeri terutama pada bagian pergelangan kaki, Ny. K juga mengatakan ia mengerjakan hampir semua pekerjaan rumah tangga sendiri. Data objektif adalah klien tampak lemas, keluarga yang menemani Ny. K yang tampak pada saat itu hanya Tn. S didukung dengan data lain tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84 x/menit dan suhu 36,8°C kadar asam urat 9,6 mg/dL. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah keletihan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit Ny. K dengan penyakit asam urat.

Dan data yang ketiga dengan data subjektif Ny. K dan keluarga mengatakan jika merasa sakit, mereka hanya membeli obat diwarung, klien juga sering merasa pusing dan sakit kepala dengan skala ringan yaitu 2. Dan

data objektifnya yaitu tersedianya obat yang habis dibeli Ny. K diwarung yaitu obat dengan jenis penghilang rasa nyeri, Ny. K juga tidak pernah memeriksakan kondisi kesehatannya di Puskesmas, keluarga tampak lebih suka membeli obat diwarung dari pada harus memeriksakan kesehatannya di pelayanan kesehatan dan keluarga Tn. T termasuk keluarga dengan status ekonomi yang kurang. Ketidakefektifan penatalaksanaan terapiutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

C. Prioritas Masalah dan Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh Ny. K dengan asam urat. Sifat masalah ini aktual dengan skor $3/3 \times 1 = 1$ dengan pembedaan masalah ini sedang terjadi ditemukan masalah pada klien dan keluarganya khususnya Tn. S belum mengetahui tentang asam urat. Kemungkinan masalah yang dapat diubah mudah dengan skor $2/2 \times 2 = 2$ pembedaannya adalah masalah ini mudah sebab keluarga dapat memperoleh informasi dari fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat. Potensial masalah untuk dicegah tinggi dengan skor $3/3 \times 1 = 1$ pembedaannya adalah masalah ini dapat dicegah karena sumber informasi bisa didapatkan dari para tenaga kesehatan yang ada dalam masyarakat. Menonjolnya masalah harus segera ditangani dengan skor $2/2 \times 1 = 1$ pembedaannya adalah masalah ini harus segera ditangani

agar keluarga mendapatkan informasi sehingga mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh Ny. K dengan asam urat. Jumlah skorring 5.

2. Keletihan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu Ny. K dengan asam urat. Sifat masalah aktual dengan skor $3/3 \times 1 = 1$ dengan pbenaran masalah ini sudah terjadi, Ny. K pegal-pegal serta hampir semua pekerjaan rumah dikerjakan sendiri. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan skor $2/2 \times 2 = 2$ dengan pbenaran masalah ini dapat diatasi mudah untuk diubah, namun keluarga harus mau dan mampu membantu Ny. K dalam menyelesaikan pekerjaan rumah. Potensial masalah untuk dicegah tinggi dengan skor $3/3 \times 1 = 1$ pbenarannya apabila masalah ini dibiarkan bisa menjadikan masalah yang parah untuk Ny. K tetapi kesibukan anggota keluarga yang lain mau tidak mau harus mau membagi tugas. Menonjolnya masalah harus segera ditangani skor $2/2 \times 1 = 1$ dengan pbenaran Ny. K sudah merasakan keletihan sehingga kondisi ini harus dihilangkan dengan cara Ny. K tidak boleh mengalami keletihan lagi. Jumlah skorring 5.
3. Ketidakefektian penatalaksanaan terapiutik pada penyakit asam urat yang diderita oleh Ny. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Sifat masalah aktual skor $3/3 \times 1 = 1$ dengan pbenaran masalah ini sudah terjadi dimana keluarga belum mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan skor $2/2 \times 2 = 2$ pbenaran

masalah pada Ny. K ini dapat diubah sebagian mudah karena jika ada kemauan keluarga tentang perlunya periksa ke puskesmas. Potensial masalah untuk dicegah rendah skor $2/3 \times 1 = 2/3$ pembenaran, masalah ini untuk mencegahnya cukup karena Tn. S berjulan didepan rumah. Menonjolnya masalah harus segera ditangani skor $2/2 \times 1 = 1$ pembenaran untuk masalah ini walaupun masih ancaman namun harus segera ditangani sebisa mungkin agar tidak menjadi masalah aktual. Jumlah skorring 4 2/3.

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan perawat untuk melakukan tindakan yang akan diberikan kepada klien dengan mencakup tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu keletihan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit yaitu Ny. K dengan asam urat. Pada intervensi ini memiliki tujuan jangka panjang keluarga mampu mengatakan tidak terjadi keletihan dan tujuan jangka pendeknya adalah keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit, keluarga mampu merawat anggota yang menderita penyakit asam urat. Setelah dilakukan kunjungan selama 2 x 45 menit diharapkan klien mampu mengatakan peningkatan energi, menunjukkan perbaikan kemampuan untuk beraktivitas, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Respon verbal yang diharapkan bersedia mengungkapkan keletihan yang dirasakan

klien karena aktivitas yang berlebih dan bersedia mengungkapkan perasaannya mengenai efek dari kelelahan yang dirasakan.

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu jelaskan sebab kelelahan individu, jelaskan kepada klien dan keluarga tentang aktivitas berlebih itu tidak baik, berikan kepada keluarga dan klien untuk bertanya tentang hal-hal yang belum jelas, beritahukan kepada dan klien untuk mengurangi aktivitas pada lansia, menanyakan kepada keluarga untuk menjelaskan kembali apa yang sudah disampaikan, dan memberikan reinforcement positif apabila keluarga dan klien mampu menjawab dengan benar.

Tujuan jangka pendek selanjutnya setelah dilakukan kunjungan selama 2 x 30 menit diharapkan keluarga mampu merawat Ny. K yang menderita penyakit asam urat dengan respon psikomotorik yang diharapkan keluarga mampu melakukan 2 dari 3 hal tentang cara perawatan penderita asam urat yang sudah dijelaskan oleh petugas. Intervensi yang dilakukan antara lain berikan penjelasan pada keluarga tentang cara perawatan penderita asam urat, anjurkan kepada keluarga untuk mampu merawat Ny. K, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum jelas, mengevaluasi dengan cara tanyakan kepada keluarga tentang apa yang sudah dijelaskan, dan beri reinforcement positif apabila keluarga mampu menjawab.

Untuk diagnosa yang kedua yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh Ny. K. Tujuan jangka panjang dari intervensi ini yaitu pemeliharaan kesehatan mejadi efektif, tujuan jangka

pendeknya setelah dilakukan kunjungan selama 1 x 60 menit diharapkan keluarga mampu mengenal masalah dengan kriteria hasil untuk respon verbal keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta perawatan penderita penyakit asam urat. Intervensi yang dilakukan antara lain mengkaji pengetahuan keluarga tentang asam urat, mendiskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan perawatan untuk penderita asam urat, memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum jelas, bimbing keluarga untuk mengulang lagi apa yang sudah dijelaskan dan memberikan reinforcement positif atas pertanyaan yang sudah mereka jawab.

Kriteria hasil yang kedua dengan respon verbal keluarga mampu mengatakan setuju untuk mengambil tindakan yang tepat untuk mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada. Intervensi yang dilakukan yaitu berikan motivasi kepada keluarga untuk mengambil keputusan sehubungan dengan mengatasi masalah asam urat pada Ny. K, berikan reinforcement positif atas keputusan yang sudah diambil oleh keluarga.

Kriteri hasil selanjutnya untuk respon psikomotorik keluarga mampu melakukan 2 dari 3 cara yang sudah diajarkan oleh petugas tentang perawatan pada penderita asam urat. Intervensi yang akan dilakukan antara lain diskusikan kepada keluarga cara merawat penderita asam urat, berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang belum jelas, dan berikan reinforcement positif kepada keluarga tentang apa yang sudah dilakukan oleh keluarga.

Dan diagnosa yang ketiga yaitu ketidakefektifan penatalaksanaan terapiutik pada penyakit asam urat yang diderita oleh Ny. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas yang ada. Intervensi ini memiliki tujuan jangka panjang yaitu penatalaksanaan terapiutik menjadi efektif dan tujuan jangka pendeknya adalah setelah dilakukan kunjungan selama 2 x 30 menit keluarga diharapkan mampu menyebutkan manfaat penggunaan fasilitas kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Dengan kriteria hasil respon verbal keluarga mampu menjelaskan manfaat penggunaan fasilitas yang sudah dijelaskan oleh petugas. Intervensi yang akan dilakukan kaji alasan keluarga tidak mau menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, jelaskan kepada keluarga manfaat penggunaan fasilitas kesehatan yang ada, tanyakan hal-hal yang belum keluarga mengerti, beri reinforcement positif kepada keluarga.

Kriteria hasil yang selanjutnya untuk respon motorik yaitu keluarga mau berkunjung dan memeriksakan kondisi kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang ada. Intervensinya antara lain keluarga memotifasi keluarga untuk berobat ke puskesmas jika ada anggota keluarga yang sakit, mendiskusikan dengan keluarga untuk membawa anggota keluarga yang sakit ke puskesmas sebagai upaya pengobatan yang lebih tepat dan berikan reinforcement positif kepada keluarga jika sudah menggunakan layanan kesehatan tersebut.

E. Implementasi

Pada tanggal 11 Mei 2010 telah dilakukan implementasi untuk mengatasi masalah keletihan yang sedang dialami Ny. K antara lain menjelaskan kepada keluarga bahwa klien tidak boleh untuk banyak aktivitas karena mengingat usia klien yang tergolong lansia. Menjelaskan kepada keluarga bahwa aktivitas yang berlebih itu tidak baik untuk kesehatan lansia. Setelah semua materi diberikan petugas memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal-hal yang kurang jelas. Keluarga mengatakan sudah paham dan untuk mengetahui kebenarannya petugas menanyakan kembali kepada keluarga tentang apa saja yang sudah dijelaskan oleh petugas. Pada implementasi ini keluarga mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan yang diharapkan oleh petugas.

Implementasi dilakukan mulai dari tanggal 12 Mei 2010 pukul 10.00 WIB yaitu melakukan implementasi menanyakan kepada keluarga apa yang mereka ketahui tentang asam urat. Klien menjawab dengan sepengetahuan yang mereka miliki. Implementasi selanjutnya adalah menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta cara perawatan keluarga dengan asam urat. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan kepada anggota keluarga yang sakit. Menjelaskan kepada keluarga tentang cara merawat keluarga dengan asam urat. Setelah semua dijelaskan tanyakan kepada keluarga tentang apa yang ingin ditanyakan. Kemudian menanyakan kembali kepada keluarga tentang apa saja yang sudah dijelaskan kepada keluarga dan

yang terakhir selalu memberikan reinforcement yang positif karena keluarga telah bisa menjawab apa yang ditanyakan kepada keluarga.

Pada tanggal 13 Mei 2010 petugas juga melakukan implementasi antara lain memberikan penjelasan tentang manfaat apa saja yang dapat diperoleh jika memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada yaitu puskesmas. Keluarga mendengarkan dengan baik dan mulai mengerti dan memahami. Setelah itu menanyakan kepada keluarga tentang hal-hal yang belum jelas. Karena keluarga mengatakan sudah paham lalu petugas melakukan intervensi selanjutnya yaitu menanyakan kembali apa saja yang sudah dijelaskan petugas dan respon yang didapatkan keluarga mampu menjawab maka keluarga berhak mendapatkan reinforcement positif dengan apa yang sudah dilakukan dan memberikan motivasi kepada keluarga untuk pergi berobat kepuskesmas.

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 15 Mei 2010 pada pukul 09.00 WIB.

Diagnosa yang pertama adalah kelelahan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit yaitu Ny. K dengan asam urat. Setelah dievaluasi dengan data subjektif Ny. K mengatakan akan mengurangi aktifitasnya yang melelahkan, data objektif yaitu klien tampak sedang santai, keluarga membantu klien dalam melakukan pekerjaan rumah yang biasanya Ny. K kerjakan sendiri, keluarga belum mampu merawat keluarga yang sakit. Analisa masalah teratasi sebagian dan rencana untuk

tindak lanjutnya adalah lanjutkan intervensi dengan pemantuan dan pengawasan aktivitas Ny. K.

Diagnosa yang kedua yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh Ny. K. Hasil evaluasi didapatkan data subjektif keluarga dan Ny. K mengatakan sudah mengerti dan memahami tentang penyakit asam urat dan data objektifnya keluarga kooperatif. Analisa masalah teratasi dan rencana tindak lanjutnya adalah melakukan pemantauan dan pengawasan.

Diagnosa yang ketiga yaitu ketidakefektifan penatalaksanaan terapeutik pada penyakit asam urat yang diderita oleh Ny. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas yang ada. Evaluasi yang dilakukan didapatkan data subjektif keluarga mengatakan akan memeriksakan ke puskesmas apabila ada anggota keluarga yang sakit, data objektif keluarga sudah mau membawa Ny. K untuk memeriksakan kondisi kesehatannya di puskesmas, analisa masalah teratasi dan rencana tindak lanjutnya adalah tingkatkan motifasi keluarga untuk pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. T dengan masalah utama penyakit asam urat pada Ny. K yang dilakukan selama 2 minggu yang meliputi tahapan proses keperawatan dan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi.

Pengkajian data dimulai dari proses pengumpulan data secara terus menerus yang merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Data yang diperoleh pada keluarga Tn. T adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga atau lebih. Sedangkan observasi adalah dilakukan temuan-temuan objektif (Friedman, 1998).

Menurut Bailon&Maglaya (1978) dalam buku yang ditulis oleh Sudiarto, prioritas masalah yang pertama ditentukan dari hasil nilai skoring yang tertinggi sehingga ini yang menjadi acuan bagi penulis untuk memprioritaskan diagnosa.

Pada pembahasan ini penulis akan menyampaikan tentang diagnosa yang muncul pada keluarga Tn. T dengan masalah kesehatan asam urat yang dialami oleh Ny. K.

Pada asuhan keperawatan yang sudah dibuat antara rencana asuhan keperawatan dan implementasi belum dapat dilakukan. Walaupun demikian

masalah ini sudah dapat teratasi dengan adanya kegiatan yang optimal oleh petugas.

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah. Yang dimaksud dengan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan ini adalah ketidakefektifan kemampuan untuk membuat penilaian yang baik dan bijaksana ; kurangnya sumber-sumber materiil (NANDA, 1998). Etiologi ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah menurut Bailon and Maglaya hal ini disebabkan karena

1. Ketidaktahuan tentang fakta.
2. Rasa takut akan akibat bila masalah belum diketahui.
3. Sikap dan falsafah hidup.

Analisa data yang didapatkan yaitu didapatkan data Ny. K mengatakan dulu pernah memeriksakan kondisi kesehatannya dan hasilnya kadar asam uratnya 8,2 md/dL, kemudian keluarga yaitu Tn. T mengatakan dia belum tahu apa itu yang dimaksud dengan asam urat. Dan data objektif Ny. K masih tampak mengkonsumsi sayur bayam. Pada pukul 10.00 dilakukan pemeriksaan kadar asam urat dan hasilnya 9,6 mg/dL.

Diagnosa ini dapat diperkuat lagi dari data pengkajian ditemukan data Tn. T sebagai berikut suami hanya berpendidikan tamat SD, Ny. K sendiri tidak tamat SD, kemudian Tn. S hanya berpendidikan SLTP, Nn. S berpendidikan SLTA tapi dia juga tidak tahu pasti apa itu asam urat yang mereka tahu asam urat adanya rasa nyeri pada kaki karena kecapekan. Padahal

mereka keliru sehingga ini yang menjadi alasan penulis untuk mengambil etiologi ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.

Diagnosa ini menjadi prioritas yang pertama yaitu dengan penjelasan skoring 5. Pada diagnosa ini petugas merencanakan berbagai tindakan keperawatan yang diharapkan mampu mengatasi masalah yang ada. Pada intervensi ini memiliki tujuan jangka panjang yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu pemeliharaan kesehatan menjadi efektif. Intervensi yang pertama adalah keluarga mampu mengenal tentang penyakit asam urat dengan mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan perawatan pada penderita asam urat.

Kriteria respon verbal yang harus dicapai adalah keluarga dan klien mampu menyebutkan standar yang sudah dibuat. Antara lain mampu menyebutkan pengertian, penyebab, 3 tanda dan gejala, salah satu komplikasi dan 2 cara perawatan. Intervensinya adalah yang pertama kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit asam urat ini dimaksudkan untuk melihat sampai dimana pengetahuan keluarga tentang asam urat. Kemudian diskusikan dengan keluarga tentang apa itu pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta cara perawatan penderita asam urat.

Apabila tindakan ini dilakukan maka keluarga mampu mengenal tentang masalah yang sedang dialami oleh Ny. K dan dapat meningkatkan pengetahuan mereka. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum jelas agar semua informasi yang keluarga butuhkan dalam mengenal masalah dapat dipenuhi. Bimbing keluarga untuk mengulang apa

saja yang sudah dijelaskan tujuannya untuk mengevaluasi apakah yang dijelaskan keluarga paham atau tidak dan yang terakhir beri reinforcement yang positif pada keluarga karena sudah dapat menjawab pertanyaan dengan benar.

Selanjutnya keluarga mampu memutuskan tindakan yang tepat untuk untuk mengatasi masalah penyakit asam urat. Dengan intervensi yang akan dilakukan adalah beri motivasi kepada keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat agar tidak terjadi kesalahan pengambilan keputusan yang nantinya akan menimbulkan masalah yang baru. Selanjutnya beri reinforcement positif atas tindakan yang diambil keluarga untuk mengatasi masalah pada anggota keluarga khususnya Ny. K yang sedang menderita asam urat agar keluarga yakin bahwa tindakan yang mereka ambil memang benar.

Pada tanggal 12 Mei 2010 implementasi untuk diagnosa yang ini dilakukan mulai dari pukul 10.00 WIB. Implementasi yang pertama adalah memberi kesempatan kepada keluarga untuk menjelaskan apa yang dimaksud dengan penyakit asam urat sesuai dengan sepengetahuan mereka respon yang didapatkan Tn. S atau anak Ny. K mengatakan penyakit asam urat adalah penyakit sendi dan respon objektifnya Tn. S klien kooperatif menjawab apa yang ditanyakan oleh petugas kesehatan sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Implementasi selanjutnya yaitu menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta perawatan untuk pasien dengan asam urat.

Implementasi ini dilakukan pada Ny. K dan Tn. S yang ada pada saat ini diharapkan implementasi ini dapat disampaikan juga kepada anggota keluarga yang lain. Respon yang didapatkan keluarga khususnya Tn. T mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan oleh petugas respon objektifnya adalah klien dan Tn. S tampak kooperatif memperhatikan apa yang dijelaskan dengan menganggukkan kepala. Implementasi yang ketiga yaitu memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum jelas dan respon objektif yang didapatkan Tn. S mengatakan belum yang ingin ditanyakan dan respon negatifnya klien dan keluarga tampak kooperatif. Implementasi yang terakhir dilakukan menanyakan kembali kepada Tn. T dan keluarga tentang apa saja yang sudah dijelaskan oleh petugas sebagai evaluasi keberhasilan tindakan petugas dan hasilnya didapatkan respon subjektif keluarga mampu menjelaskan tentang apa yang sudah dijelaskan.

Pada pengertian Tn. S mengatakan pengertian penyakit asam urat adalah penyakit karena kadar purin tinggi, penyebabnya adalah faktor keturunan dan pola makan yang kurang sehat, penyebabnya yaitu nyeri sendi, pegal pada pergelangan tangan dan kaki, adanya pembengkakan pada sendi, komplikasinya adalah radang sendi, untuk perawatannya mengatur pola makan dan tidak terlalu banyak kegiatan. Karena keluarga mampu untuk menjawab apa yang sudah dijelaskan maka keluarga berhak menerima reinforcement positif dari petugas dan respon objektif yang mereka tunjukkan adalah ekspresi wajah yang puas/senang. Dari data ini sudah dapat

disimpulkan tentang berhasil atau tidaknya implementasi sesuai dengan tujuan jangka pendek.

Evaluasi didapatkan data subjektif yaitu keluarga mengatakan sudah mengenal tentang apa itu penyakit asam urat, data objektifnya adalah keluarga tampak sudah paham dengan respon menganggukkan kepala. Analisa masalah teratasi sesuai dengan standar yang sudah dibuat antara lain mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara perawatan pada keluarga penderita penyakit asam urat. Dan rencana tidak adalah lakukan pemantauan dan pengawasan pada keluarga Tn. T.

Diagnosa yang selanjutnya yaitu ketidakefektifan penatalaksanaan terapiutik pada penyakit asam urat yang diderita oleh Ny. K berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas yang ada. Yang dimaksud dengan ketidakefektifan penatalaksanaan terapiutik yaitu pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam program kegiatan sehari-hari untuk penanganan penyakit dan dampak dari penyakit yang tidak memberikan kepuasan untuk memenuhi tujuan-tujuan kesehatan yang khusus (NANDA, 1998). Dengan batasan mayornya adalah pilihan kegiatan sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan-tujuan program pengobatan atau program pencegahan. Diagnosa ini sesuai dengan etiologi yang ditemukan pada keluarga Tn. T yaitu ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Menurut Bailon and Maglaya dikutip dari buku yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan R.I etiologi ini karena :

1. Ketidaktahuan atau tidak sadar bahwa fasilitas kesehatan itu ada.
2. Tidak memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.
3. Kurang percaya terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan.
4. Pengalaman yang kurang baik dari petugas kesehatan.
5. Rasa takut akibat dari tindakan.

Hal ini didukung dengan data yang sudah diperoleh antara lain data subjektif Ny. K mengatakan jika merasa sakit dia hanya membeli obat diwarung. Data objektifnya adalah tampak tersedia obat yang dibeli Ny. K diwarung yaitu obat pengurang rasa nyeri. Klien mengatakan tidak pernah memeriksakan kondisi kesehatannya ke puskesmas karena jarak yang terlalu jauh dan kesibukan masing-masing anggota keluarga. Dalam pengkajian status ekonomi keluarga Tn. T termasuk keluarga yang status ekonomi kurang. Dari data tersebut penulis merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada keluarga.

Tindakan tersebut memiliki tujuan dalam jangka panjang dan jangka pendek yaitu penatalaksanaan terapiutik menjadi efektif dan tujuan jangka pendeknya antara lain keluarga mau menggunakan fasilitas kesehatan dengan semestinya. Intervensi yang dilakukan untuk respon verbal adalah menjelaskan kepada keluarga tentang manfaat apa saja yang didapatkan dari pemanfaatan fasilitas tersebut keluarga mampu menyebutkan dua dari tiga hal yang sudah disampaikan antara lain mendapatkan pengobatan yang tepat, mendapatkan informasi tentang kesehatan, dan dapat berkonsultasi dengan

petugas kesehatan yang ada. Ini merupakan salah satu cara agar keluarga mampu menggunakan fasilitas tersebut dan dapat memperoleh penanganan masalah kesehatan yang tepat.

Intervensinya yang akan dilakukan menanyakan kembali alasan keluarga tidak menggunakan fasilitas kesehatan. Ini dimaksudkan untuk memvalidasi data yang sudah ada. Jelaskan kepada keluarga tentang manfaat dari penggunaan fasilitas kesehatan yang ada agar keluarga mengetahui itu sehingga menyadari pentingnya pemanfaatan tersebut. Selanjutnya tanyakan apakah ada hal yang belum jelas yang ingin ditanyakan jika ada jawab dengan bahasa yang mudah mereka mengerti. Bimbing keluarga untuk menyebutkan apa saja yang sudah petugas sampaikan jika keluarga mampu menjawab beri reinforcement positif sebagai bentuk penghargaan kepada mereka.

Sedangkan untuk respon motorik berikan motivasi kepada keluarga untuk bersedia memanfaatkan fasilitas kesehatan yang sudah ada. Jika keluarga sudah bersedia memanfaatkannya maka beri reinforcement positif sebagai bentuk penghargaan kita atas pencapaian tujuan.

Pada tanggal 13 Mei 2010 dilakukan implementasi yaitu menanyakan kepada keluarga alasan mengapa keluarga tidak membawa Ny. K berobat ke pelayanan kesehatan. Keluarga mengatakan karena kesibukan mereka masing-masing dan Ny. K menambahkan selain itu juga jarak tempuh yang cukup jauh. Implementasi yang kedua adalah menjelaskan kepada keluarga tentang manfaat yang dari pemanfaatan fasilitas yaitu mendapatkan pengobatan yang tepat, mendapatkan informasi tentang kesehatan, dan dapat berkonsultasi

dengan petugas kesehatan yang ada dan menanyakan kembali kepada keluarga tentang apa yang sudah dijelaskan. Respon yang didapatkan keluarga hanya mampu menjawab 2 dari tiga hal yang sudah dijelaskan dan respon objektifnya keluarga nampak kooperatif menjawab. Menanyakan kepada keluarga hal-hal yang belum jelas. Memotifasi keluarga untuk membawa Ny. Memeriksa kondisi kesehatannya ke puskesmas respon objektif keluarga akan membawa Ny. K untuk berobat.

Pada tanggal 14 Mei 2010 pukul 09.00 tampak Tn. S memboncengkan Ny. K dan setelah pulang sekitar pukul 11.00 Ny. K mengatakan baru pulang dari puskesmas untuk memeriksakan kondisi kesehatannya namun klien tidak memeriksakan kadar asam uratnya dilaboratorium. Menurut klien tidak perlu karena klien sehari sebelumnya sudah diperiksa dan mengetahui kadar asam uratnya. Di puskesmas klien hanya diperiksa dan sedikit berkonsultasi. Implementasi selanjutnya memberikan reinforcement positif pada keluarga yang telah memeriksakan Ny. K ke Puskesmas. Setelah itu dilakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan yaitu data subjektif keluarga mampu menyebutkan manfaat dari penggunaan fasilitas kesehatan yang ada. Data objektif keluarga tampak sudah membawa Ny. K untuk diperiksa ke Puskesmas. Sehingga pada diambil kesimpulan analisa data teratasi dan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah motivasi selalu keluarga untuk tetap menggunakan fasilitas kesehatan yang ada agar keluarga mendapatkan pengobatan secara tepat.

Pada diagnosa ini masalah sudah mampu teratasi salah satunya klien dan keluarga sudah bersedia untuk berobat ke puskesmas, namun klien datang ke puskesmas tidak memeriksakan kondisi kadar asam uratnya. Hal ini dikarenakan penulis tidak mengintruksikan kepada klien untuk memeriksakan kadar asam uratnya tersebut.

Pada analisa data yang ketiga penulis menetapkan diagnosa keperawatan keletihan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Data didapatkan data subjektif Ny. K mengatakan kakinya pegal-pegal terutama pada bagian pergelangan kaki, kemudian Ny. K juga mengatakan capek karena ia mengerjakan hampir semua pekerjaan rumah sendiri. Selain itu didapatkan juga data objektif yaitu Ny. K tampak lemas, Keluarga yang menemani pada saat pengkajian hanya Tn. S serta dilakukan pemeriksaan fisik yaitu didapatkan hasil tekanan darah Ny. K 150/100 mmHg, nadi 86 x/menit dan RR 26 x/menit.

Menurut Carpenito diagnosa keletihan adalah suatu keadaan pengenalan diri seseorang dimana seorang individu yang mengalami perasaan kecapaian yang berlebih terus menerus dan penurunan kapasitas kerja fisik dan kerja mental yang tidak dapat dihilangkan dengan istirahat. Keletihan ini bukan dari manifestasi klinis dari penyakit asam urat namun ini karena aktifitas Ny. K yang berlebihan sehingga menimbulkan keadaan ini. Batasan mayor pada diagnosa ini adalah ketidakmampuan untuk mempertahankan aktivitas biasanya dan mengungkapkan tentang kekurangan energi karena

aktivitas yang berlebih. Etiologinya yaitu ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Menurut Bailon and Maglaya dalam buku yang dikutip dari Departemen Kesehatan RI etiologi ini dikarenakan :

1. tidak mengetahui keadaan penyakit, pertumbuhan dan perkembangan anak.
2. Tidak mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
3. Tidak adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.
4. Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan prosedur perawatan/pengobatan.
5. Ketidakseimbangan sumber-sumber yang ada pada keluarga untuk perawatan.
6. Sikap negatif terhadap yang sakit.
7. Adanya konflik individu.
8. Sikap atau pandangan hidup.
9. Perilaku mementingkan diri sendiri.

Dari hasil perbandingan penulis antara teori yang ada penulis menyimpulkan diagnosa keperawatan keletihan diatas tidak bisa ditangani, hal ini dikarenakan data-data yang penulis dapatkan tidak sesuai dengan teori yang sudah ada. Data yang penulis dapat sangat lemah untuk mengangkat diagnosa keperawatan keletihan.

Pada asuhan keperawatan yang sudah diberikan dan ditulis sebelumnya memang pada tiap diagnosa hanya dilakukan 1 hari saja namun

tidak hanya itu setiap dua hari sekali dilakukan kunjungan kerumah Tn. T untuk melakukan implementasi yang dibutuhkan keluarga dan melakukan evaluasi karena keterbatasan pemahaman yang dimiliki oleh penulis maka tidak ditemukan pada asuhan keperawatan yang sudah dibuat.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian selama 1 hari telah didapatkan masalah yang timbul pada keluarga Tn. T khususnya Ny. K yang sedang menderita asam urat antara lain masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn. T dalam mengenal masalah kesehatan yang sedang dialami oleh Ny. K dan ketidakefektifan pelaksanaan terapiutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan secara garis besar sudah mampu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga yang ada, namun karena adanya ketidaksesuaian data dengan intervensi maka ada tindakan yang sudah dilakukan ada yang kurang efektif sehingga menjadi suatu kendala bagi penulis. Selain itu kesibukan dari masing-masing anggota keluarga sehingga masalah keletihan dengan etiologi ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit menjadi belum mampu teratasi dengan maksimal.

Penyelesaian masalah yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang ada. Alternatif yang dilakukan dalam mempertahankan keberhasilan tersebut antara lain setiap 2 hari sekali mengadakan kunjungan kerumah keluarga Tn. T untuk menganalisa tindakan yang sudah dilakukan sebelumnya.

B. Saran

Tak ada manusia didunia ini yang sempurna karena kesempurnaan itu hanya milik Allah SWT. Untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga hendaknya pelayan kesehatannya khususnya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang maksimal dengan didukung oleh pengetahuan yang tinggi. Selain itu keluarga juga harus mampu untuk melakukan tugas keluarga dalam kesehatan agar terwujudnya derajat kesehatan yang seharusnya. Untuk itu mari bersama-sama untuk belajar agar tercapainya tujuan bersama yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.



DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth, 2002. *Keperawatan Medikal-Bedah (terjemahan)*. Jakarta: EGC.

Carpenito, L.J, 2002. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (terjemahan)*. Jakarta : EGC.

Dipiro, Joseph T., and Robert L. Talbert. 2005. *Pharmacotherapy:*

A Pathophysiologic Approach, Sixth Edition. USA: McGraw-Hill Companies.

Friedman, M.M, 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik (terjemahan)*. Jakarta : EGC.

Kertia, Nyoman, 2009. *Asam Urat*. Yogyakarta. B First.

Kim, MJ, dkk, 1993. Edisi 5. *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Price, Sylvia A., 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : Erlangga.

Setyowati, Sri, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta : Mitra Cendikia Press

Sudiarto, S. Kep, M. Kes., 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.

Suprajitno, S. Kep., 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta : ECG.

(<http://sofianonline.com/asam-urat-definisi-pencegahan-dan-pengobatan> diakses pada tanggal 18 mei 2010 pukul 11.00 WIB.

