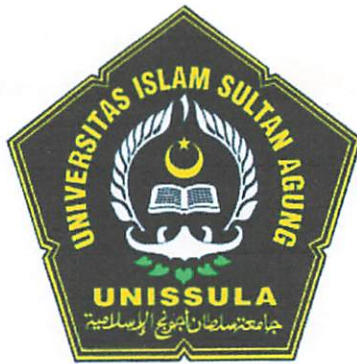


**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. U  
DENGAN MASALAH GOUT ARTHRITIS PADA NY. S  
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL  
PEDURUNGAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Vita Wulan Januari**  
NIM. 33.11.805

**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



(Iskim Luthfa, S. Kep, Ns)  
NIK:210909014



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Sabtu tanggal 5 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 5 Juni 2010

Tim Penguji,


Penguji I



(Iskim Luthfa, S.Kep., Ns)

NIK : 210909014

Penguji II

  
(Iwan Ardian, SKM)  
NIK : 210997003

Penguji III



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

NIK : 210900008

## HALAMAN MOTTO

"Jangan mengaku kalah sebelum mencoba karena jika engkau mengalah sebelum mencoba maka engkau lah pecundang kekalahan".

"berjuang untuk mendapatkan sesuatu bukan menunggu untuk mendapatkannya".



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT atas rahmat, taufik serta hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir karya tulis ilmiah berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN.U KHUSUSNYA PADA NY.S DENGAN GOUT ARTHRITIS DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN".

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc. M.Eng selaku Rektor Unissula yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan kepada semua mahasiswa.
2. Bapak Iwan Ardian, S. KM selaku Dekan Fakultas Ilmu keperawatan Unissula.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S. KM selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
4. Bapak Iskim Lutfu, S.Kep.Ns, selaku sebagai pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang memberikan pengarahan serta bimbingan.
5. Bapak dan Ibu Dosen yang senantiasa memberikan ilmu dan motivasi.
6. Yang tercinta kedua orang tua saya terima kasih atas pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik serta memberikan dukungan, doa dan kasih sayang



sepenuhnya untuk saya selama ini.

7. Spesial untuk suamiku Edi Sutikno tercinta atas waktu dan pengorbananmu dalam membantuku menyelesaikan karya tulis ini, perhatianmu selalu menjadi motivasi bagiku.
8. Teman-teman semua yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu.
9. Semua pihak yang telah membantu sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
10. Untuk jasa pengetikan saya ucapkan terima kasih karena telah membantu pengetikan laporan ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari sempurna. Namun penulis telah berusaha dengan segala kemampuan yang ada untuk memberikan yang sebaik – baiknya.

Dan semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita dan tiada lain harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi penulis sendiri, pembaca dan bagi semua pihak.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb



Semarang, Juni 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Tujuan penulisan.....	3
C. Manfaat penulisan.....	4
BAB II: KONSEP DASAR.....	6
A. Konsep Dasar Keluarga.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Tipe keluarga.....	7
3. Fungsi keluarga.....	11
4. Tugas perkembangan keluarga.....	13
5. Prinsip dasar penatalaksanaan keluarga.....	15
6. Lima tugas keperawatan keluarga.....	19
B. Konsep Dasar Medis.....	21
1. Pengertian.....	21

2. Etiologi.....	22
3. Patofisiologi.....	23
4. Manifestasi klinik .....	23
5. Pemeriksaan diagnostik.....	24
6. Komplikasi .....	25
<b>BAB III : RESUM KEPERAWATAN.....</b>	<b>26</b>
<b>BAB IV : PEMBAHASAN.....</b>	<b>39</b>
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>50</b>

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Masyarakat seringkali memiliki persepsi yang salah tentang penyakit Gout. Bila seseorang menderita nyeri di sendi-sendi maka langsung dikatakan mengalami asam urat. Dilihat dari sisi biokimiawi, asam urat adalah hasil metabolisme dari purin. Bila kadar asam urat semakin tinggi dan melewati kadar jenuh dalam tubuh, maka asam urat lambat laun akan mengendap dan mengkristal. Kristal asam urat, yang bila dilihat dibawah mikroskopis berpolarisasi berbentuk jarum. Paling sering endapan Kristal di sendi-sendi dan jaringan ikat tubuh. Adanya endapan Kristal asam urat akan menyebabkan sendi meradang atau yang biasa disebut *arthritis* atau Gout.

Gout merupakan penyakit dominan pada pria dewasa. Menurut Hipocrates, gout jarang pada pria sebelum masa remaja (*adolescens*) sedangkan pada perempuan jarang sebelum menopause. Prevalensi gout di Amerika Serikat adalah 13,6/1000 pria dan 6,4/1000 perempuan. Prevalensi ini akan bertambah sesuai dengan peningkatan taraf hidup masyarakat disuatu tempat. Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Reumatologi RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar (Juni 2002 – Desember 2002). Gout terdistribusi luas dan masih sering ditemukan di masyarakat (31,43). Di kawasan Asia Pasifik, prevalensi hiperurisemia lebih tinggi dari prevalensi gout itu sendiri. Hal ini sesuai dengan penelitian di Cina dan di Indonesia. Di Cina prevalensi

hiperurisemia 14,2% sedangkan gout hanya 7,7%. Penelitian Darmawan di pedesaan di Jawa Tengah, mendapatkan prevalensi hiperurisemia cukup tinggi yaitu 23,3% sedangkan prevalensi gout hanya 1,7%. Demikian pula penelitian Raka Putra di Bali pada keluarga penderita gout didapatkan 26% anggota keluarga menderita hiperurisemia sedangkan hanya 8,5% yang menderita artritis gout (40.44). Penelitian Tehupeiory di Sinjai, Sulawesi Selatan mendapatkan prevalensi hiperurisemia adalah 10% pada laki-laki dan 4% pada wanita. Jadi tidak semua hiperurisemia menimbulkan klinis artritis gout. Didapatkan adanya berbagai variasi peradangan dari MSU pada sendi (Maula Nusantara. 2008).

Di Indonesia sendiri, penyakit artritis pirai pertama kali diteliti oleh seorang dokter Belanda, dr. Van Den Horst tahun 1935. Saat itu masih ditemukan 15 kasus pirai berat di Jawa (Irwan Nashari, 2009). Pada tahun 2000, dr. John Darmawan menunjukkan bahwa di Bandung Jawa Tengah diantara 4.683 orang berusia 15 – 45 tahun yang diteliti, 0,8 % menderita asam urat tinggi (1,7 % pria dan 0,05 % wanita) di antara mereka sudah sampai pada tahap pirai. Angka-angka ini diprediksikan akan bertambah dengan tingginya faktor resiko pada pirai (Selamiharja, 2001). *Gout* banyak dijumpai pada etnis Minahasa, Toraja, dan Batak. Di Minahasa angka kejadiannya 29,2 % 2003 (Emriust. 2010).

Gangguan kesehatan yang dialami pekerja, menurut studi yang dilakukan terhadap 9.482 pekerja di 12 kabupaten/kota, umumnya berupa penyakit muskulo skeletal (16%), kardiovaskuler (8%), gangguan syaraf (6%),

gangguan pernafasan (3%) dan gangguan THT (1,5%). Prevalensi gout bervariasi antara 1-15,3%. Pada suatu studi didapatkan insidensi gout 4,9% pada kadar asam urat darah  $>9$  mg/dL, 0,5% pada kadar 7-8,9%, dan 0,1% pada kadar  $<7$  mg/dL. Insidensi kumulatif gout mencapai angka 22% setelah 5 tahun, pada kadar asam urat  $>9$  mg/dL (Kuskushendrahe, 2009).

Penulis menyimpulkan gout bisa terjadi karena kadar asam urat tinggi, menyerang pada persendian muskuloskeletal. Hal ini disebabkan karena gaya hidup yang tidak sehat. Penyakit gout bisa terjadi komplikasi apabila tidak ditangani secara serius. Untuk itu penulis mengangkat kasus gout supaya masyarakat peduli terhadap kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan secara maksimal.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Meningkatkan pemahaman tentang aplikasi asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn.U dengan masalah kesehatan arthritis gout

### 2. Tujuan Khusus

- a. Ditemukannya diagnosa keperawatan keluarga yang tepat pada studi kasus asuhan keperawatan pada keluarga Tn.U dengan masalah kesehatan arthritis gout

- b. Teridentifikasinya intervensi keperawatan yang tepat berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan sebelumnya pada kasus keluarga dengan arthritis gout.
- c. Teridentifikasinya alternatif pemecahan masalah klien yang mampu diterapkan dalam konteks keluarga dengan masalah kesehatan arthritis gout.
- d. Teridentifikasinya rencana tindak lanjut yang tepat terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga dengan masalah kesehatan arthritis gout.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### **1. Mahasiswa**

Mahasiswa mampu memahami konsep dan teori tentang gout arthritis, serta mampu menyusun dan mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga yang menderita penyakit gout arthritis.

#### **2. Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan masukan guna menambah khazanah ilmu pengetahuan yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelajaran Asuhan Keperawatan Keluarga.

### 3. Masyarakat

Supaya keluarga mampu meningkatkan 5 fungsi keperawatan keluarga antara lain : keluarga mengenal tentang penyakit gout, mampu mengambil keputusan, mampu merawat anggota yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif, dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Keluarga**

##### **1. Pengertian keluarga**

Menurut Friedman (1998) di kutip dari Riefmanto (2010) Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

Keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama melalui ikatan perkawinan, dan kedekatan emosi yang masing-masing mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga (Ester,2006).

Keluarga adalah sekelompok orang yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka (Yudha, 2008).

Menurut BKKBN (1999) di kutip dari Sudinarto (2007) Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.



Dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat simpulkan bahwa pengertian keluarga adalah :

- a. Keluarga merupakan sekumpulan orang atau lebih yang di hubungkan oleh suatu perkawinan, adopsi dan kelahiran, serta mereka tinggal dalam satu atap.
- b. Keluarga merupakan lingkungan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya, perkembangan fisik, mental, emosional, dan social.
- c. Keluarga merupakan suatu ikatan yang bertujuan untuk memberikan perhatian dan bimbingan, serta interaksi yang saling ketergantungan dalam mencapai tujuan bersama.

## 2. Tipe – tipe keluarga

Tipe keluarga menurut Allender & Spradley (2001), di kutip dari Riefmanto (2010) membagi tipe keluarga berdasarkan :

- a. Keluarga tradisional.
  - 1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
  - 2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti di tambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
  - 3) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
  - 4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua

dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.

- 5) *Single adult*, yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
- 6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

b. Keluarga non tradisional.

- 1) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- 2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- 3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks ilmunan dan orang yang mengelompokkan. Menurut Setiadi (2008) tipe keluarga dikelompokkan menjadi :

a. Secara tradisional.

Secara tradisional keluarga di kelompokkan menjadi 2 yaitu:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdairi dari ayah, ibu dan anak yang di peroleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti di tambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah

(kakek- nenek, paman-bibi).

b. Secara modern

Secara modern berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain di atas adalah:

1) *Tradisional Nuclear.*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) *Reconstituted Nuclear.*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) *Niddle Age/Aging Couple.*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4) *Dyadic Nuclear.*

Suami istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian

pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6) *Dual Carier.*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter Married.*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single Adult.*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) *Three Generation.*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institusional.*

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti.

11) *Comunal.*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group Marriage.*

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

*13) Unmarried Parent and Child.*

Yaitu ibu dan anak di mana perkawinan tidak di kehendaki, anaknya di adopsi.

*14) Cohibing Couple.*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

*15) Gay and Lesbian family.*

Yaitu keluarga yang di bentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

**3. Fungsi Keluarga**

Menurut Riefmanto (2010) fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang di lakukan oleh keluarga. Beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998), Setiawati & Dermawan (2005) yaitu:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga.

Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi

pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh, memeruskan nilai-nilai budaya keluarga.

**c. Fungsi Perawatan kesehatan.**

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

**d. Fungsi ekonomi.**

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, papan, dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga.

**e. Fungsi biologis.**

Fungsi biologis bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi sebelumnya.

**f. Fungsi psikologis.**

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan



memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan.

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

#### 4. Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Duval (1997) dikutip dari sudinarto (2007), daur siklus kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan yaitu:

- 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 tahap ini adalah menyiapkan anggota keluarga baru (bayi dalam keluarga), membagi waktu untuk individu, pasangan, dan keluarga.
- c. Tahap 3, keluarga dengan anak prasekolah atau anak tertua 2,5 tahun sampai dengan 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyatukan kebutuhan masing-masing anggota keluarga, antara

lain ruang atau kamar pribadi dan keamanan, mensosialisasikan 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 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 dengan anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orangtua dengan anak-anak remaja.
- f. Tahap 6, keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran 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 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.

Menurut Duval (1977) dikutip dari Donna L. Wong (2008) perkembangan keluarga lansia meliputi :

- a. Menggeser peran bekerja menjadi masa senggang dan persiapan pensiun atau pensiun penuh.
- b. Memelihara fungsi fungsi pasangan dan fungsi individu sambil beradaptasi dengan proses penuaan.
- c. Mempersiapkan diri untuk menghadapi kematian dan kehilangan pasangan hidup dan atau saudara kandung serta teman sebaya.

Menurut Carter & Mc Goldrick ( 1988 ) dikutip dari Riefmanto ( 2010 ) Tugas perkembangan keluarga dalam masa pensiun dan lansia yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan tahap pendapatan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan tahap pendapatan yang menurun, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

## 5. Prinsip Penatalaksanaan Keperawatan keluarga

### a. Preventif

Tujuan dari penatalaksanaan preventif yaitu untuk mencegah supaya keluarga tidak menderita penyakit gout. Menurut Misnadiarly (2007), Tindakan preventif antara lain dengan meningkatkan pengetahuan keluarga supaya tidak terjadi penyakit gout, meliputi :

#### 1) Pembatasan purin

Membatasi asupan purin menjadi 100-150 mg purin perhari (diet normal biasanya mengandung 600-1000 mg purin perhari), seperti jeroan, sarden, kerang, bayam, udang, daun melinjo, buah durian, alpukat, es kelapa muda, dan kacang-kacangan.

2) Tinggi karbohidrat

karbohidrat kompleks seperti nasi, singkong, roti dan ubi baik dikonsumsi bagi penderita asam urat karena akan meningkatkan pengeluaran asam urat melalui urin, hindari karbohidrat jenis fruktosa seperti gula, permen, sirup karena dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah.

3) Konsumsi rendah protein, seperti susu, keju, dan telur.

4) Konsumsi rendah lemak, hindari makanan yang digoreng, bersantan, margarine dan mentega.

5) Meningkatkan asupan cairan dengan minimal minum 10 gelas perhari.

6) Hindari makanan/ minuman yang mengandung alkohol.

b. Promotif

Tujuan dari penatalaksanaan promotif yaitu untuk mempromosikan masalah kesehatan supaya keluarga mengenal penyakit gout, tindakan promotif antara lain memberikan penyuluhan kepada keluarga, diantaranya: (Misnadiarly, 2007).

1). Memberikan penyuluhan kepada keluarga terkait tentang penyakit gout, mulai dari pengertian, tanda dan gejala, dan komplikasi.

2). Penyuluhan kesehatan untuk pencegahan penyakit gout supaya tidak terjadi komplikasi.

- 3). Penyuluhan kesehatan tentang ramuan tradisional untuk pengobatan gout.
- 4). Memotivasi keluarga untuk menciptakan lingkungan yang kondusif terutama untuk lansia yang menderita penyakit gout arthritis.

### c. Kuratif

Penatalaksanaan kuratif pada keperawatan keluarga bertujuan untuk mengobati keluarga yang mempunyai penyakit gout, meliputi medis dan keperawatan yaitu :

#### 1. Medis.

Dasar pengobatan gout menurut dr. Faisal Yatim, (2006) :

- a) Mengobati serangan sendi yang akut dengan obat non steroid anti inflamasi (*NSAID*), seperti colchisin.
- b). Mencegah serangan gout susulan dengan obat *colchicines* setiap hari.
- c). Mencegah pengendapan kristal garam urat dengan cara istirahat dan banyak minum.
- d). Mengobati *topus* dengan cara menurunkan kadar asam urat di dalam cairan tubuh ekstra selluler.

#### 2. Keperawatan

Tindakan keperawatan yang bisa di lakukan untuk mengatasi gout



antara lain : (Reeves, 2001)

- a). Terapi makanan mencakup pembatasan makanan dengan kandungan purin yang tinggi (daging jerohan, daging unggas, ekstrak daging, ragi, asparagus, bayam, jamur) dan alkohol serta pengaturan berat badan.
- b). Perawat harus mendorong pasien untuk minum 3L cairan setiap hari untuk menghindari pembentukan calculi ginjal.
- c). Anjurkan kepada keluarga yang sakit untuk meninggikan bagian yang sakit untuk menghindari penahanan beban dan tekanan yang berasal dari alas tempat tidur.
- d). Memberikan kompres dingin untuk mengurangi rasa sakit.

**d. Rehabilitatif**

Tujuan penatalaksanaan rehabilitatif pada keperawatan keluarga adalah untuk mempercepat penyembuhan dan menghindari komplikasi yang berlanjut diantaranya : (Misnadiarly,2007).

- 1). Rajin berolahraga, seperti senam lansia.
- 2). Menghindari stres.
- 3). Menjaga berat badan, hindari obesitas/ kegemukan.
- 4). Membatasi makanan yang tinggi purin.

5). Memperbanyak minum perhari minimal 10 gelas perhari.

6). Istirahatkan sendi yang sakit.

## 6. Tugas keperawatan keluarga

Menurut Riefmanto (2010) Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Lima tugas keperawatan keluarga antara lain:

- a. Kemampuan 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. Kemampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenal 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. Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadannya sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti 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. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keutungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

## B. Konsep Dasar Penyakit

### 1. Pengertian Penyakit

*Arthritis gout* adalah suatu proses inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi (*tofi*) (Mianadiarly, ed. 2007).

*Arthritis pirai (gout)* adalah kelompok penyakit heterogen sebagai akibat deposisi *Kristal monosodium* urat pada jaringan atau akibat supersaturasi asam urat didalam cairan ekstraseluler (FKUI, 2006).

*Gout* merupakan *asymmetric arthritis (monoarticular)* yang berhubungan dengan *hyperuricemia* (Reeves, 2001).

*Gout Arthritis* adalah suatu kondisi dimana tubuh tidak dapat mengontrol asam urat, sehingga Kristal asam urat yang berlebihan akan menumpuk di jaringan tubuh ([http:// kuskushendrahe,wordpress.com](http://kuskushendrahe.wordpress.com)).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat simpulkan penyakit Gout merupakan suatu proses inflamasi akibat deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi, gout hasil metabolisme purin, berhubungan dengan *hyperuricemia*, dan jika tubuh tidak bisa mengontrol asam urat maka kristal asam urat akan menumpuk di jaringan tubuh yang akan mengakibatkan nyeri.

## 2. Etiologi

Peradangan biasanya mempengaruhi persendian *perifer*, terutama sendi metatarsophalangeal pada jari jempol kaki yang di sebabkan oleh posisi *crystal urate monosodium*. Faktor etiologi yang berhubungan penyakit utama gangguan sejak lahir pada metabolisme dan produksi purin, pemasukan makanan dari alkohol yang berlebihan atau diet tinggi kandungan purin.

*Gout* sekunder dapat disebabkan oleh penyakit bukan turunan seperti penyakit *myeloproliferatif*, penyakit *lymphoprolif ferative*, *anemia hemolytic*, penyakit kebanyakan *glycogen*, *psoriasis*, gangguan ginjal, dan *sarcoidosis*. *Gout* juga dapat disebabkan oleh kegemukan, kelaparan, intoksikasi, dan injeksi obat tertentu seperti *salicylates*, *diuretics*, *pyrazinamide*, *ethambutol*, *nicotinic acid* dan alkohol. Encok biasanya

terdapat pada umur diantara 40-60-an biasanya menyerang laki-laki. Kristal asam urat (*uric acid crystal*) merupakan produk akhir metabolisme purin dan terkumpul atau menumpuk di sendi dan jaringan pengikat sebagai hasil dari konsumsi purin yang terlalu banyak atau metabolisme yang tidak normal. Meskipun lutut, pergelangan tangan dan sendi *interphalangeal proximal* dapat terserang penyakit ini, deposisi biasanya ditemukan pada sendi *metatarsophalangeal* pada jempol kaki (Reeves, 2001).

### 3. Patofisiologi

*Gout* merupakan istilah yang dipakai untuk sekelompok gangguan metabolik, sekurang-kurangnya ada sembilan gangguan, ditandai oleh meningkatnya konsentrasi asam urat (*hiperuresemia*). Asam urat adalah hasil metabolisme dari purin. Purin adalah turunan dari protein yang terkandung didalam tubuh. Adenosin (purin) dimetabolisme oleh tubuh menjadi asam urat oleh enzim *adenosine diaminase*, selanjutnya asam urat akan dimetabolisme lagi *allantoin* yang larut air oleh enzim *uricase*.

*Gout* dapat bersifat primer maupun sekunder, *gout* primer merupakan akibat langsung pembentukan asam urat tubuh yang berlebihan atau akibat penurunan ekskresi asam urat. *Gout* sekunder disebabkan karena pembentukan asam urat yang berlebihan atau ekskresi asam urat yang berkurang akibat proses penyakit lain atau pemakaian obat-obat tertentu. Masalah akan timbul jika terbentuk kristal-kristal monosodium



urat monohidrat pada sendi-sendi dan jaringan sekitarnya. Kristal-kristal berbentuk seperti jarum ini mengakibatkan reaksi peradangan yang jika berlanjut akan menimbulkan nyeri hebat yang sering menyertai serangan *gout*. Jika tidak diobati endapan kristal akan menyebabkan kerusakan yang hebat pada sendi dan jaringan lunak (Price, 2005).

#### 4. Manifestasi Klinik

Peradangan dan pembengkakan pada sendi yang terluka, rasa sakit, meningkatnya temperatur dan *hyperuricemia*. Fase akut sering dimulai dengan serangan rasa sakit yang terjadi di malam hari pada satu sendi biasanya jempol kaki dan terjadi selama 3-7 hari. Serangan rasa sakit tersebut biasanya diakibatkan oleh peningkatan luka, menggunakan *diuretic* (yang akan menyebabkan naiknya resorpsi tubular kristal asam urat), meminum alkohol, atau memakan makanan yang mengandung purin tinggi.

Periode interkritis akan terjadi setelah hal tersebut dan pasien akan mengalami *asymptomatic*. Saat penyakit semakin meningkat ke fase kronis, *interval asymptomatic* akan memendek dan semakin banyak sendi yang akan terserang. Pasien akan menderita rasa pegal atau kaku di pagi hari, deformitas sendi, dan penebalan jaringan synoval. *Tophi*, pembentukan nodul-nodul kristal asam urat akan muncul di telinga, jari tangan, tangan dan tendon *Achilles*, demam, penyakit ginjal, hipertensi, *tachycardia*, dan *malaise* (rasa tidak enak badan) (Reeves, 2001).



## 5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Reeves, (2001) dan <http://kuskushendrahe.wordpress.com> di akses pada tanggal 29 april 2010.

- a. Peningkatan kadar asam urat serum (lebih besar dari 7, 5 mg/dl) batas normal (Lk 3,5-7 mg/dl – P 2,6-6 mg/dl).
- b. Pemeriksaan radiologi, menunjukkan adanya edema jaringan lunak dan tophi.
- c. Analisa cairan sendi (arthrocentesis) yaitu dengan cara aspirasi cairan sendi. Dimana sendi yang normal akan berwarna bening, sedangkan sendi yang mengalami peradangan akan tampak keruh, konsistensi seperti pasta dan berkapur.

## 6. Komplikasi

Menurut Misnadiarly (2007), komplikasi penyakit gout arthritis adalah:

- a. Penderita akan mengalami radang sendi akut berulang dan kekambuhannya semakin lama akan semakin sering.
- b. Sakitnya akan bertambah lama.
- c. Sendi yang terasa sakit akan bertambah banyak.
- d. *Tofi* semakin lama semakin bertambah besar, bahkan bisa pecah dan mengoreng /meluka.

- e. Pada ginjal dan saluran kemih bisa timbul batu.
- f. Penyumbatan saringan ginjal, sehingga fungsi ginjal terganggu.
- g. Akhirnya bahkan dapat terjadi gagal ginjal terminal yang memerlukan tindakan cuci darah atau *haemodialisa*.



### **BAB III**

## **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 10 Mei 2010 di rumah Tn. U lesa Dempel lor Rt 06 Rw 14 pada jam 10.00 WIB.

Identitas umum keluarga, Tn.U Kepala keluarga umur 66 tahun, tidak bekerja, kesibukan sebagai takmir masjid Baitun Najjah, pendidikan terakhir SLTP dengan komposisi keluarga terdiri dari; Ny.S (sebagai istri) umur 60 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga. Ny.S tidak pernah mengenyam pendidikan disekolah. An.Ap umur 24 tahun, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir mahasiswa USM. Tn.U memiliki 6 anak, tapi yang masih tinggal serumah adalah An.Ap.

Keluarga Tn.U adalah termasuk keluarga inti atau nuclear family dimana dalam keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Keluarga Tn.U orang Jawa asli, Tn.U berasal dari Semarang dan Ny.s dari Blora. Bahasa yang digunakan bahasa jawa. Keluarga Tn.U menganut agama islam dan menjalankan sholat 5 waktu. Tidak ada agama atau kepercayaan yang dianut keluarga yang bertentangan dengan masalah kesehatan.

Tn.U sekarang tidak bekerja tetapi mengisi kesibukan sebagai takmir masjid di masjid Baitun Najjah. Ny.S tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga, untuk kebutuhan sehari-hari di cukupi oleh An.Ap. Tn.U tidak pernah rekreasi bila ada waktu senggang di isi dengan menonton TV.

Riwayat dan tahap perkembangan keluarga saat ini, keluarga dengan tahap perkembangan usia lanjut. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu keluarga belum bisa menjaga kesehatan masing-masing.

Riwayat kesehatan keluarga saat ini, keluarga Tn.U semuanya sehat, kecuali Ny.S yang saat ini mempunyai penyakit asam urat. Dalam keluarga Tn.U dan Ny.S tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti, hipertensi, DM, penyakit jantung. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan keluarga adalah puskesmas Tlogosari kulon tetapi sekarang keluarga tidak pernah kesana karena jarak yang dirasa jauh dan tidak ada transportasi yang menuju kesana. Dalam riwayat keluarga Tn.U sebelumnya tidak ada yang memiliki penyakit asam urat hanya sekarang Ny.S yang memilikinya.

Rumah yang ditempati Tn.U milik sendiri, luasnya 5 x 12 M, tipe rumah permanent, lantai terbuat dari plaster, kondisi lantai tidak licin. Pencahayaan dan ventilasi rumah dinilai cukup, hal ini dikarenakan jendela sering dibuka pada pagi hari, dan ruangan rumah tertata rapi, cara membersihkannya dengan disapu 2 kali sehari. Jarak antara WC dengan septic tank  $\pm$  10 m. Keluarga Tn.U memiliki sumur yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (mandi, mencuci dsb), namun untuk minum keluarga menggunakan artesis yang diambil dari PAM. Pembuangan sampah keluarga di lahan-lahan yang masih kosong dengan cara dibakar.

Karakteristik tetangga umumnya bekerja sebagai pedagang dan tinggal berdekatan satu sama lain, kehidupan social terjalin dengan cukup baik. Tn.U sudah menetap di desa Dempel lor  $\pm$  45 tahun. Tn.U mengikuti organisasi kemasyarakatan

an Ny.S juga mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Tn.U saling tolong menolong begitu juga dengan lingkungan sekitarnya.

Struktur keluarga Tn.U saling terbuka satu sama lain jika ada masalah selalu diselesaikan bersama. Dalam mengeluarkan pendapat bebas tapi yang mengambil keputusan adalah Tn.U. Tn.U sebagai kepala keluarga, serta sebagai pendidik dan pelindung dalam keluarga, Ny.S berperan sebagai ibu rumah tangga, dan An.Ap berperan sebagai anak sekaligus sebagai tulang punggung keluarga.

Fungsi keluarga Tn.U menerapkan aturan-aturan sesuai ajaran agama islam dengan menjalankan perintahnya dan menjauhi larangannya. Jika ada kegiatan sosial keluarga Tn.U selalu ikut berpartisipasi.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga; (1) Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah : Khususnya Ny.S tahu saat ini sedang sakit asam urat, tetapi secara spesifik Ny.S tidak tahu tentang pengertian, tanda gejala dan komplikasi, penyebab dan pencegahannya. Tn.U sering bertanya mengenai masalah yang berhubungan dengan penyakit asam urat. (2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan : Keluarga tidak tahu tentang komplikasi yang bisa terjadi akibat penyakit gout. Ny.S mengatakan sakit yang dirasakan sudah 2 tahun, jadi menganggap hal ini sudah biasa, dan terjadi karena usia sudah tua (60 tahun), keluarga menanggapinya dengan biasa saja. Jika sakit Ny.S kambuh keluarga hanya membelikan obat (rheumasil) di warung dekat rumahnya. (3) Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit : Tidak ada perawatan khusus yang diberikan oleh keluarga, karena keluarga mengatakan tidak tahu cara merawat anggota keluarga yang sakit. Jika sakit Ny.S kambuh hanya diberikan obat (rheumasil) didekat rumahnya. (4) Kemampuan



keluarga memelihara lingkungan : Keluarga Tn.U sudah berusaha memelihara lingkungan rumahnya agar tetap sehat, hal ini dibuktikan dengan ventilasi rumah yang dinilai cukup, pencahayaan yang dinilai cukup, jendela yang dibuka pada pagi hari, serta ruangan yang tertata rapi. (5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan : Fasilitas kesehatan yang terdekat dari rumahnya adalah puskesmas Tlogosari kulon, keluarga percaya terhadap petugas kesehatan dan fasilitas puskesmas, tetapi keluarga jarang melakukan pemeriksaan kesehatan karena jarak yang dirasa jauh dan tidak ada transportasi yang menuju kesana.

Stres dan koping keluarga, stresor jangka pendek yang dirasa keluarga adalah saat ini keluarga ingin penyakit Ny.S cepat sembuh. Stresor jangka panjang yang dirasakan keluarga adalah anaknya dapat pekerjaan yang layak supaya masa depan anaknya jauh lebih baik dari orangtuanya. Respon keluarga terhadap stressor yaitu menanggapi penyakit Ny.S biasa saja tetapi juga ada rasa kekhawatiran pada diri Ny.S tentang penyakitnya. Strategi koping keluarga yaitu menyelesaikan masalah dengan cara musyawarah.

Pemenuhan gizi pada keluarga dilakukan dengan cara makan sehari 3 kali dengan menu nasi, sayuran sop, gambas, dan lauk pauknya tahu, tempe, ikan pindang.

Untuk Ny.S menghindari konsumsi kacang-kacangan, bayam, jeroan.

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan oleh perawat (penulis) secara head to toe pada tanggal 11 Mei 2010; pada Tn. U dan An. Ap tidak ditemukan masalah kesehatan, dimana pemeriksaan fisik hasilnya normal. Namun pada Ny. S ditemukan masalah kesehatan, dimana pada ekstremitas kanan atas Ny. S merasa sakit untuk di gerakkan dan tidak bisa menahan beban yang di bawa, kedua ekstremitas bawah



dirasakan sakit, pada inspeksi terlihat ada penonjolan tulang dan palpasi klien merasa kesakitan. Pemeriksaan darah: asam urat 6,6 mg/dl. Keluhan Ny.S yaitu Ny.S mengatakan kakinya cekot-cekot. Tn. U sering bertanya mengenai masalah yang berhubungan dengan penyakit asam urat.

Harapan keluarga terhadap masalah kesehatan, yaitu Tn. U menginginkan agar Ny. S sembuh dari asam urat. Harapan terhadap mahasiswa akademi keperawatan yaitu, dapat memberikan informasi kesehatan sehingga anggota keluarga dapat memelihara kesehatannya.

## **B. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 10-11 Mei 2010, penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan keluarga.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.

Diagnosa keperawatan keluarga ini penulis tegakkan berdasarkan data-data yang didapatkan. Hasil wawancara dan observasi didapatkan data subyektif, Tn.U mengatakan saat ini Ny. S memiliki penyakit asam urat, namun secara spesifik keluarga tidak tahu tentang pengertian, tanda gejala dan komplikasi, penyebab dan pencegahannya, serta perawatannya. Ny. S mengatakan kakinya sakit terasa cekot-cekot, sehingga sakit untuk berjalan. Tn. U sering bertanya mengenai masalah yang berhubungan dengan penyakit asam urat. Harapan keluarga terhadap masalah kesehatannya, keluarga mberharap penyakit Ny. S cepat sembuh. Harapan terhadap mahasiswa

akademi keperawatan, supaya keluarga diberikan informasi yang jelas tentang masalah kesehatan, terutama penyakit asam urat.

Data obyektif : Pada saat pengkajian Ny. S tampak menunjukkan kakinya yang sakit, inspeksi ada penonjolan tulang dan saat palpasi Ny. S merasa kesakitan. TD :130/80 mmhg. N : 80 x/ mnt. RR:20 x/ mnt. BB 63 kg. Pemeriksaan asam urat 6,6 mg/dl.

2. Manajemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Diagnosa keperawatan keluarga ini penulis tegakkan berdasarkan data-data yang didapatkan. Dimana data subyektif; Tn.U mengatakan jarang sekali memeriksakan kesehatan anggota keluarga terutama pada Ny. S karena jarak rumah ke puskesmas jauh, tidak ada transportasi untuk menuju pelayanan kesehatan/ puskesmas tlogosari kulon. Data obyektif, keluarga memiliki sepeda motor, namun sering digunakan An. Ap untuk bekerja, tidak ada transportasi / angkutan umum yang menuju kesana.

### C. INTERVENSI

Intervensi tahap awal dilakukan bertujuan untuk memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan penulis. Selanjutnya penulis membina hubungan saling percaya dengan keluarga dan meminta izin keluarga untuk bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Selanjutnya intervensi disusun untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.

Tujuan dari penatalaksanaan untuk diagnosa pertama yaitu, Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga selama 6 x 24 jam diharapkan keluarga mampu mengenal masalah penyakit gout.

Kriteria hasil yang bisa dicapai; keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda gejala dan komplikasi, pencegahan, penyebab serta keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan obat tradisional.

Intervensi yang disusun antara lain; (1) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit gout. (2) Beri penyuluhan tentang pengertian, tanda gejala dan komplikasi, pencegahan, penyebab. (3) Beri kesempatan pada keluarga untuk mengulang kembali apa yang telah disampaikan oleh penulis. (4) Beri reinforcement positif pada keluarga atas jawaban yang diberikan. (5) Beri penyuluhan kesehatan pada keluarga tentang manfaat obat tradisional. (6) Anjurkan keluarga untuk memilih obat tradisional sesuai kemampuan. (7) Demonstrasikan cara membuat obat tradisional. (8) Beri kesempatan pada keluarga untuk mencoba apa yang telah diajarkan. (9) Beri reinforcement positif pada keluarga.

2. Manajemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan dari penatalaksanaan untuk diagnosa kedua yaitu; Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga selama 6 x 24 jam diharapkan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Kriteria hasil yang bisa dicapai : keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara maksimal.

Intervensi yang disusun antara lain; (1) Kaji fasilitas kesehatan yang biasa digunakan oleh keluarga. (2) Beri penjelasan pada keluarga tentang pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. (3) Anjurkan keluarga untuk mengikuti pengobatan missal. (4) Anjurkan keluarga untuk mengikuti posyandu lansia. (5) Kaji system pendukung keluarga yang ada. (6) Motivasi anggota keluarga yang lain untuk mensupport Ny. S. (7) Beri reinforcement positif pada keluarga.

#### **D. IMPLEMENTASI**

Pada tahap awal implementasi yang telah dilakukan penulis pada tanggal 10 Mei 2010, jam 10.00 WIB antara lain Melakukan perkenalan dengan keluarga dan menjelaskan maksud serta tujuan, membina hubungan saling percaya pada keluarga dan meminta izin pada keluarga untuk bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Pada tanggal 11 Mei 2010, Pkl. 10.00 WIB penulis melakukan pengkajian awal dan pemeriksaan fisik (head to toe). Respon keluarga terhadap implementasi yang dilakukan yaitu secara subyektif, Keluarga menerima kehadiran penulis, bersedia berkenalan dengan menyebutkan nama, keluarga bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Respon obyektif, keluarga bersedia berjabat tangan, mempersilahkan duduk dan tersenyum, pemeriksaan asam urat pada Ny. S 6,6 mg/dl.

Selanjutnya implementasi diarahkan untuk mengatasi diagnosa keperawatan keluarga yang telah ditegakkan.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 13 Mei 2010 antara lain: (1) Menanyakan tentang pengertian gout, tanda gejala dan komplikasi, pencegahan gout arthritis dan penyebab gout arthritis. (2) Memberikan penyuluhan tentang pengertian gout, tanda gejala dan komplikasi, pencegahan gout arthritis dan penyebab gout arthritis. (3) Memberikan kesempatan pada keluarga untuk mengulangi kembali apa yang telah disampaikan mahasiswa (penulis). (4) Memberikan reinforcement positif pada keluarga atas jawaban yang diberikan. (5) Memberikan penyuluhan pada keluarga tentang manfaat obat tradisional. (6) Mengajukan keluarga untuk memilih obat tradisional sesuai kemampuan. (7) Demonstrasikan cara membuat obat tradisional. (8) Memberikan kesempatan pada keluarga untuk mencoba apa yang telah diajarkan. (9) Memberikan reinforcement positif pada keluarga. Respon keluarga terhadap implementasi yang dilakukan yaitu secara subyektif, keluarga mengatakan penyakit gout adalah penyakit sendi yang timbul secara mendadak. Tanda gejalanya nyeri, kemerahan pada sendi yang sakit, komplikasi yang ditimbulkan seperti batu ginjal. Penyebab gout adalah konsumsi purin yang berlebih. Pencegahannya yaitu dengan cara minum air yang banyak, hindari makanan yang mengandung purin. Respon



obyektif : keluarga kooperatif, keluarga mampu menjawab kembali apa yang telah disampaikan.

Implementasi pada tanggal 14 Mei 2010, jam 09.00 wib antara lain : (1) Memberikan penyuluhan tentang manfaat obat tradisional. (2) Menganjurkan keluarga untuk memilih obat tradisssional mana yang akan dipilih. (3) Mendemonstrasikan cara pembuatan obat tradisional yang dipilih keluarga. (4) Menganjurkan keluarga untuk mencobanya. Respon keluarga terhadap implementasi yang dilakukan yaitu secara subyektif, keluarga mengatakan tidak tahu manfaat obat tradisional dan keluarga memilih daun salam yang akan dijadikan obat tradisional. Respon obyektif : keluarga terlihat antusias dan mau mencoba.

2. Managemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Mei 2010, jam 15.00 wib antara lain : (1) Menanyakan pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang biasa digunakan. (2) Menganjurkan keluarga untuk mengikuti pengobatan massal. (3) Menganjurkan keluarga untuk mengikuti posyandu lansia. Respon keluarga terhadap implementasi yang dilakukan yaitu secara subyektif, keluarga mengatakan akan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, keluarga bersedia mengikuti pengobatan massal dan posyandu lansia. Respon obyektif : keluarga terlihat senang dengan adanya pengobatan massal dan posyandu lansia.

Implementasi pada hari Sabtu, 15 Mei 2010, jam 10.00 antara lain : mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan serta membina penerimaan



perpisahan pada keluarga. Respon keluarga terhadap implementasi yang dilakukan yaitu secara subyektif, keluarga mengatakan terima kasih pada mahasiswa karena keluarga telah diberi pengetahuan tentang penyakit gout. Respon obyektif : keluarga terlihat senang dan tersenyum, serta keluarga mampu menerima perpisahan dengan penulis (mahasiswa).

#### **E. EVALUASI**

Evaluasi terhadap implementasi tahap awal yang dilakukan selama 2 hari (tanggal 10-11 Mei 2010), secara subyektif, keluarga menyebutkan nama, keluarga bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Secara Objektif, keluarga menerima kedatangan mahasiswa dan menyambut dengan senang hati. Hasil analisa yang didapat, ditemukan 2 diagnosa keperawatan, diagnosa yang 1 adalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah. Diagnosa yang ke 2 yaitu regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Rencana tindak lanjutnya kaji pemahaman keluarga tentang penyakit gout, serta lakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik.

Evaluasi untuk diagnosa pertama yang sudah ditegakkan pada tanggal 13 Mei 2010, pukul 11.00 WIB yaitu;

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah. Secara subyektif, keluarga mengatakan tahu tentang penyakit gout arthritis. Keluarga mengatakan tanda gejala dan komplikasi gout arthritis. Keluarga mengatakan tahu tentang penyebab dan

pengecahan penyakit gout arthritis. Secara obyektif, Keluarga mampu mengulangi kembali pengertian tanda gejala dan komplikasi, pencegahan dan penyebab gout arthritis. Hasil analisa yang didapat, masalah teratasi sebagian, keluarga sudah memahami tentang penyakit gout. Rencana tindak lanjutnya, lanjutkan intervensi, demonstrasikan cara membuat obat tradisional.

Evaluasi terhadap implementasi yang dilakukan pada tanggal 14 Mei 2010 pada jam 09.00 WIB. Secara subyektif, keluarga mengatakan memilih obat tradisional daun salam karena mudah mencarinya, murah harganya dan mudah cara mengolahnya. Secara obyektif, keluarga terlihat antusias dengan penyuluhan obat tradisional karena tidak membutuhkan banyak biaya dalam pengolahannya. Hasil analisa yang didapat, masalah teratasi, keluarga memilih obat tradisional dengan daun salam. Rencana tindak lanjutnya, lanjutkan intervensi untuk diagnosa yang ke 2

Evaluasi diagnosa kedua yang sudah di tegakkan pada tanggal 14 Mei 2010, jam 15.00 WIB

2. Manajemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan. Secara subyektif, Hasil analisa yang didapatkan, masalah teratasi, keluarga bersedia ke puskesmas dan posyandu lansia. Rencana tindak lanjut, lakukan pertemuan tahap akhir untuk mengevaluasi dan penerimaan perpisahan.

Evaluasi tahap implementasi pada tanggal 14 Mei 2010, jam 15.00 WIB. Secara subyektif, keluarga akan memanfaatkan fasilitas pelayanan

kesehatan secara maksimal, seperti puskesmas Tlogosari kulon dan posyandu lansia. Secara obyektif, keluarga akan mensupport anggota keluarga yang sakit dengan cara mengantar Ny. S kepuskesmas Tlogosari kulon. Hasil analisa yang didapatkan, masalah teratasi. Rencana tindak lanjutnya, pertahankan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab IV ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. U dengan masalah utama gout arthritis pada Ny. S yang dilakukan selama 6 hari, sejak tanggal 10 Mei 2010 sampai 15 Mei 2010. Tahapan proses keperawatan keluarga yang dilakukan mulai dari pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan keluarga, menyusun intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi.

Pengkajian data dimulai dari proses pengumpulan data secara terus menerus yang merupakan syarat utama untuk identitas masalah. Data yang diperoleh pada Tn. U adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga. Sedangkan observasi dilakukan untuk mendapatkan temuan-temuan yang objektif (Friedman, 1998). Wawancara dan observasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang baik pada keluarga dan menjalin hubungan saling percaya sehingga didapatkan data yang relevan.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 10-11 Mei 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh keluarga Tn. U dan menetapkan 2 diagnosa keperawatan keluarga.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah gout.

Diagnosa keperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Hasil skoring menurut Bailon dan Maglaya (1998) dari diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu : Dilihat dari sifat masalah yaitu aktual dengan skor 3, yang perlu segera ditangani dengan adanya penyuluhan kesehatan, untuk kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan skor 1, apabila keluarga mau untuk berobat, potensial masalah cukup dengan skor 2, karena pada penatalaksanaan membutuhkan waktu yang lama serta membutuhkan dana, munculnya masalah berat harus diatasi dengan skor 2, karena keluarga tidak mengetahui tentang masalah kesehatan gout.

Menurut Nanda (2006) pemeliharaan tidak efektif diartikan sebagai ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur dan atau mencari pertolongan untuk pemeliharaan kesehatan. Batasan karakteristiknya antara lain; (1) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar, menunjukkan keterbatasan perilaku adaptif untuk mengubah lingkungan intera/ eksterna. (2) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar. (3) Melaporkan atau menunjukkan ketidakmampuan dalam bertanggung jawab untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar dalam beberapa atau semua area fungsi. (4) Riwayat



keterbatasan perilaku mencari kesehatan. (5) Mengekspresikan ketertarikan dalam memperbaiki perilaku kesehatan. (6) Melaporkan atau menunjukkan keterbatasan peralatan, finansial, ataupun sumber lain. (7) Melaporkan atau menunjukkan kerusakan support system personal.

Data yang penulis dapatkan untuk menegakkan diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif antara lain; Dimana data subjektif, Tn.U mengatakan saat ini Ny. S memiliki penyakit asam urat, secara mendetail keluarga tidak tahu tentang pengertian, tanda gejala dan komplikasi, penyebab dan pencegahannya, serta perawatannya. Ny. S mengatakan kakinya sakit terasa cekot-cekot, sehingga sakit untuk berjalan. Tn. U sering bertanya tentang masalah apa yang sering berhubungan dengan penyakit asam urat. Harapan keluarga terhadap masalah kesehatannya, keluarga berharap penyakit Ny. S cepat sembuh. Harapan terhadap mahasiswa akademi keperawatan, supaya keluarga diberikan informasi yang jelas tentang masalah kesehatan, terutama penyakit asam urat. Hasil pemeriksaan tanda vital TD : 130/80 mmHg, N : 80 x/mnt, RR : 20 x/mnt, Pemeriksaan Asam Urat 6,6 mg/dl.

Faktor yang bisa dihubungkan dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif, menurut Nanda (2006) antara lain ; (1) Koping keluarga tidak efektif. (2) Keterbatasan sumber materi. (3) Kerusakan persepsi / kognitif ( komplit / parsial keterbatasan ketrampilan motorik halus / kasar ). (4) Keterbatasan terhadap perubahan yang berarti, ketrampilan komunitas ( menulis, verbal, atau gesture). (5) Tidak terpenuhinya tugas perkembangan. (6) Berduka yang terganggu.



Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan menurut Friedmen (1998), diartikan sebagai kurangnya informasi yang diketahui oleh kkeluarga berkaitan dengan masalah penyakitnya. Menurut Friedman (1998) kemampuan keluarga mengenal masalah kesehataan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi keperawatan keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan, namun sebelum melakukan intervensi, penulis terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan.

Penyuluhan kesehatan ini akan sangat bermanfaat sekali bagi keluarga Tn. U yang berpendidikan SLTP, dan tidak pernah mendapat informasi tentang penyakit gout (asam urat). Gout dapat dicegah dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit gout. Dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit gout diharapkan keluarga mampu melaksanakan tindakan-tindakan yang tepat dalam mengobati dan mencegah terjadinya penyakit gout pada keluarga.

Penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Tn. U adalah tentang penyakit gout. Menurut Smeltzer (2002) dalam menyusun intervensi harus menggunakan kriteria SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional, dan time).

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 1 x 45 menit, diharapkan keluarga memahami tentang konsep penyakit gout.

Kriteria hasilnya yaitu; Keluarga mampu mengenal masalah tentang gout, Keluarga mampu menyebutkan pengertian gout, Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari gout, Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala dan komplikasi dari gout, serta keluarga mampu menyebutkan tentang pencegahan gout. Adapun rencana yang ditetapkan dalam memberikan penyuluhan adalah sebagai berikut:

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit gout. Kaji pengertian tentang penyakit gout, penyebab gout, tanda gejala dan komplikasi gout, serta pencegahan gout.

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal masalah gout.

2. Beri penyuluhan tentang penyakit gout, mulai dari pengertian gout, penyebab, tanda gejala dan komplikasi, serta pencegahannya.

Rasional : Untuk mengenalkan tentang penyakit gout cara perawatan anggota keluarga yang sakit dengan benar

3. Beri kesempatan pada keluarga untuk mengulang kembali penjelasan yang telah disampaikan

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana respon keluarga terhadap penyuluhan yang kita berikan.

4. Beri reinforcement positif pada keluarga atas jawaban yang telah diberikan

Rasional : memberikan penghargaan pada keluarga agar keluarga bersemangat.

5. Beri penyuluhan kesehatan pada keluarga tentang manfaat obat tradisional

Rasional : supaya keluarga mampu memanfaatkan obat tradisional yang ada.

6. Anjurkan keluarga untuk memilih obat tradisional sesuai kemampuan

Rasional : memberikan kemudahan pada keluarga untuk memilih obat tradisional yang akan dimanfaatkan.

7. Demonstrasikan cara membuat obat tradisional

Rasional : supaya keluarga tahu bagaimana cara mengolah obat tradisional yang akan digunakan.

8. Beri kesempatan keluarga untuk mencoba apa yang telah diajarkan

Rasional : untuk mengetahui sejauh mana keluarga memperhatikan cara pembuatan obat tradisional.



## 9. Beri reinforcement positif pada keluarga

Rasional : memberikan penghargaan pada keluarga agar tetap semangat.

Intervensi yang telah disusun diatas semuanya sudah penulis implementasikan mulai dari pengkajian pengetahuan keluarga tentang penyakit gout sampai memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit gout, mulai dari pengertian, tanda gejala dan komplikasi, penyebab, dan pencegahannya serta mendemonstrasikan cara membuat obat tradisional.

Disamping itu penulis menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, untuk mempermudah penyuluhan kesehatan penulis menggunakan alat bantu flipchart, serta didukung dengan adanya flashcard.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan kesehatan maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif; keluarga mampu menyebutkan pengertian gout, tanda gejala dan komplikasi, penyebab serta pencegahannya dan keluarga mampu memilih obat tradisional daun salam yang digunakan. Secara obyektif, keluarga mampu mengulangi kembali tentang pengertian gout, tanda gejala dan komplikasi, penyebab serta pencegahannya dan keluarga antusias saat penulis mendemonstrasikan cara membuat obat tradisional. Hasil analisa data penulis menyimpulkan masalah teratasi yaitu keluarga mampu memelihara kesehatan secara efektif. Rencana

tindak lanjutnya yaitu lanjutkan intervensi, untuk mengatasi diagnosa yang ke 2.

2. Management regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hasil skoring menurut Bailon Maglaya (1998) dari diagnosa keperawatan keluarga yang kedua yaitu meliputi: Sifat masalah yang aktual dengan skor 3, yaitu tentang penjelasan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Kemungkinan masalah dapat dicegah sebagian dengan skor 1, karena keluarga mulai memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Potensial masalah kesehatan dapat diubah rendah dengan skor 1, karena pelayanan kesehatan letaknya jauh dari rumah dan tidak ada transportasi. Menonjolnya masalah tidak dirasakan dengan skor 0 keluarga sudah terbiasa dengan hal tersebut.

Menurut Nanda (2006) Management Regimen terapeutik keluarga tidak efektif adalah suatu pola dalam mengatur dan mengintegrasikan program keluarga dalam proses terapi penyakit dan gejala akibat sakit tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan yang dicapai. Dengan batasan karakteristik mayor, (1) Aktivitas keluarga tidak sesuai untuk memenuhi tujuan terapi dan program pencegahan yang diharapkan. (2) Peningkatan gejala penyakit anggota keluarga. (3) Kurang perhatian terhadap penyakit dan gejala sisa yang ditimbulkan. (4) Mengungkapkan kesulitan dalam mengatur atau mengintegrasikan satu atau lebih efek dari pencegahan komplikasi. (5)



Mengungkapkan keinginan untuk mengatur terapi penyakit dan pencegahan gejala sisa. (6) Mengungkapkan kurang tidak mengambil langkah dalam menurunkan faktor resiko untuk perbaikan penyakit dan gejala sisa. Batasan karakteristik minor, (1) Kesulitan ekonomi dalam keluarga. (2) Kompleksitas system pelayanan kesehatan. (3) Kompleksitas regimen terapeutik. (4) Konflik pengambilan keputusan. (5) Peningkatan kebutuhan dalam individu dan keluarga. (6) Konflik keluarga.

Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan menurut Friedmen (1998) adalah suatu keadaan dimana individu atau keluarga tidak mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan tempat pelayanan kesehatan yang tidak mudah terjangkau oleh keluarga karena keterbatasan alat transportasi atau angkutan umum. Menurut Friedman (1998) kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah 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, apakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

Diagnosa diatas penulis tegakkan berdasarkan data yang didapat antara lain : secara Subjektif; keluarga mengatakan jarang memeriksakan anggota keluarga terutama Ny.S ke puskesmas, karena jarak rumah ke puskesmas jauh, selama ini yang dilakukan oleh Tn. U jika penyakit Ny.S kambuh yaitu dengan cara membelikan obat remasil di warung dekat rumahnya.



Untuk mengatasi masalah yang kedua yaitu manajemen terapiutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, maka dilakukan intervensi antara lain :

1. Kaji fasilitas pelayanan kesehatan keluarga yang biasa digunakan

Rasional : Untuk mengetahui kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.

2. Beri penjelasan keluarga tentang pentingnya fasilitas kesehatan

Rasional : Dengan diberi penjelasan keluarga dapat memahami, mengetahui dan mengerti, pentingnya sarana fasilitas kesehatan.

3. Anjurkan keluarga untuk mengikuti pengobatan massal

Rasional : Supaya keluarga mampu memanfaatkan pengobatan massal.

4. Anjurkan keluarga untuk mengikuti posyandu lansia

Rasional : Resiko untuk terjadi komplikasi dapat diminimal.

5. Kaji system pendukung keluarga yang ada

Rasional : Untuk mengetahui adakah system pendukung dalam keluarga.

6. Motivasi anggota keluarga yang lain untuk mensupport Ny. S.

Rasional : Supaya anggota keluarga tetap semangat dalam menghadapi penyakitnya.

7. Beri reinforcement positif pada keluarga.

Rasional : Memberikan penghargaan pada keluarga agar tetap semangat.

Intervensi yang penulis susun di atas telah diimplementasikan seluruhnya. Penulis dalam melakukan implementasi tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti penyuluhan.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan kesehatan maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan posyandu lansia. Secara obyektif, keluarga akan mensupport anggota keluarga yang sakit dengan cara mengantar Ny. S kepuskesmas Tlogosari kulon. Hasil analisa data penulis menyimpulkan masalah teratasi. Rencana tindak lanjutnya yaitu pertahankan intervensi, lakukan pertemuan tahap akhir untuk mengevaluasi kegiatan serta bina penerimaan perpisahan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis membahas studi kasus asuhan keperawatan keluarga kepada Tn.U dengan masalah kesehatan arthritis gout maka penulis menegakkan 2 diagnosa keperawatan keluarga yaitu:

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
2. Menejemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan.

Dengan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi masalah dalam pelaksanaan suatu tindakan sesuai dengan masalah yang muncul serta dalam evaluasi penulis mendapat sambutan respon yang baik terhadap keluarga Tn.U sehingga keluarga mampu untuk bekerjasama dengan penulis. Dan hasil yang didapatkan masalah keluarga Tn.U dapat teratasi.

#### **B. Saran**

##### **1. Mahasiswa**

Sebagai bahan acuan dalam mempelajari asuhan keperawatan keluarga khususnya pada kasus arthritis gout.

## 2. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan guna menambah khazanah ilmu pengetahuan yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan Asuhan keperawatan Keluarga.

## 3. Keluarga dan Masyarakat

Supaya keluarga mampu meningkatkan 5 (Lima) fungsi keperawatan keluarga antara lain, keluarga mengenal tentang penyakit hipertensi, mampu mengambil keputusan, mampu merawat anggota yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ekasari, Mia Fatma...(et.al). 2006. *Panduan pengalaman belajar lapangan : keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, keperawatan komunitas*, Alih bahasa : Monica Ester. EGC. Jakarta.
- Faisal, yatim, 2006. *Penyakit tulang dan persendian (Arthritis atau Arthralgia)*, Pustaka populer obor. Jakarta.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan keluarga teori dan praktik, Edisi 3*, Alih bahasa : Ina Debora. EGC. Jakarta.
- Kuskushenrahe, arthritis gout  
<http://kuskushenrahe.worldpress.com/2009/02/10gout.dan-asam-urat/>.  
Diakses tanggal 29 April 2010.
- Misnadiarly. 2007. *Rematik : Asam urat – hiperurisemia, Arthritis Gout, Edisi 1*. Pustaka obor populer. Jakarta.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan keperawatan klien gangguan sistem musculoskeletal* : Buku ajar. EGC. Jakarta.
- Mahasiswa PSIK-B. 2002. *Diagnosis keperawatan nanda*, UGM, Yogyakarta.
- Price,Sylvia Anderson. 2005. *Patofisiologi : konsep klinis proses-proses penyakit, Edisi 6*, Alih bahasa : Brahm U. Pendit...(et.al). EGC Jakarta.
- Reeves,Charlene J. 2001. *Keperawatan mendikal bedah, Edisi 1*. Salemba Medika. Jakarta.
- Riefmanto, Bambang hariyanto. 2010. *Aplikasi praktis asuhan keperawatan keluarga. CV. Sagung Seto*. IKAPI.
- Setiadi, 2008. *Konsep dan proses keperawatan keluarga, Edisi 1*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Sudinarto, 2007. *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural*. EGC. Jakarta.
- Yudha, Egi komara, 2008. *Buku ajar keperawatan Pediatric Wong/ Donna L. Wong...(et.al), Edisi 6*, Alih bahasa : Agus Utama, dkk. EGC. Jakarta.