

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. J
DENGAN MASALAH GANGLION PADA NY. J
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL RT 11 RW 08
KECAMATAN PEDURUNGAN
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Arista Rizky Amalia
NIM. 89. 33. 13949

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN


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

Hari : Selasa

Tanggal : 24 Mei 2011

Semarang, 24 Mei 2011

Pembimbing


(Iskim Luthfa, S.Kep., Ns)

NIK: 210.909.014


UNISSULA
SEMARANG

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 7 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.


Semarang, 7 Juni 2011

Tim Penguji,
Penguji I




(Iwan Ardian, SKM)
NIK : 210 997 003

Penguji II



(Rita Kartika Sari, SKM, M.Kes)
NIK : 00 01 632

Penguji III



(Iskim Luthfa, S.Kep, Ns)
NIK : 210 909 014

PERSEMBAHAN

Sebagai rasa syukur atas rahmat dan karunia Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini, Karya Tulis ini penulis persembahkan kepada:

1. Ayah dan ibunda tercinta atas dukungannya selama ini., yang telah bekerja keras untuk memberikan yang terbaik untuk putrinya.
2. Teman-temanku senasib dan seperjuangan yang selalu memberi support.



DAFTAR LAMPIRAN

1. Asuhan keperawatan
2. Satuan Acara Penyuluhan
3. Lembar Konsultasi
4. Surat kesediaan membimbing
5. Surat keterangan konsultasi



MOTTO

“berusahalah jangan sampai terlengah walau sedetik saja, karena atas kelengahan kita tidak akan bisa kembali seperti semula”

“manusi tidak selamanya benar dan tidak selamanya salah. Kecuali ia yang selalu mengoreksi diri dan membenarkan kebenaran orang lain atas kekeliruan diri sendiri”



KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis atas kehadiran Allah SWT, dengan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. J Dengan Masalah Ganglion Pada Ny. J di Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 11 RW 08 Pedurungan Semarang”

Adapun maksud dan tujuan dari laporan ini adalah untuk menyelesaikan tugas akhir program Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Dalam penyusunan laporan ini penulis menemui beberapa kendala atau masalah namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya laporan ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc. M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
3. Ibu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Iskim Luthfa, S.Kep., Ns selaku pembimbing dalam penyusunan Asuhan Keperawatan ini.

5. Keluarga Tn. J yang sudah bersedia untuk meluangkan waktunya.
6. Bapak dan ibu tercinta dengan segala pengorbanannya yang telah memberikan dukungan moril dan materiil maupun ketulusan do'a sepenuhnya.
7. Teman-teman senasip dan seperjuanganku : Ida, Eni P, Sofi dan Ghani Rizal sebagai patner saya dalam pembuatan asuhan keperawatan, serta semua pihak yang membantu dan mendukungku dalam penyelesaian laporan ini.

Penulis menyadari asuhan Keperawatan ini jauh dari sempurna dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang.

Semoga Asuhan Keperawatan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam penatalaksanaan.

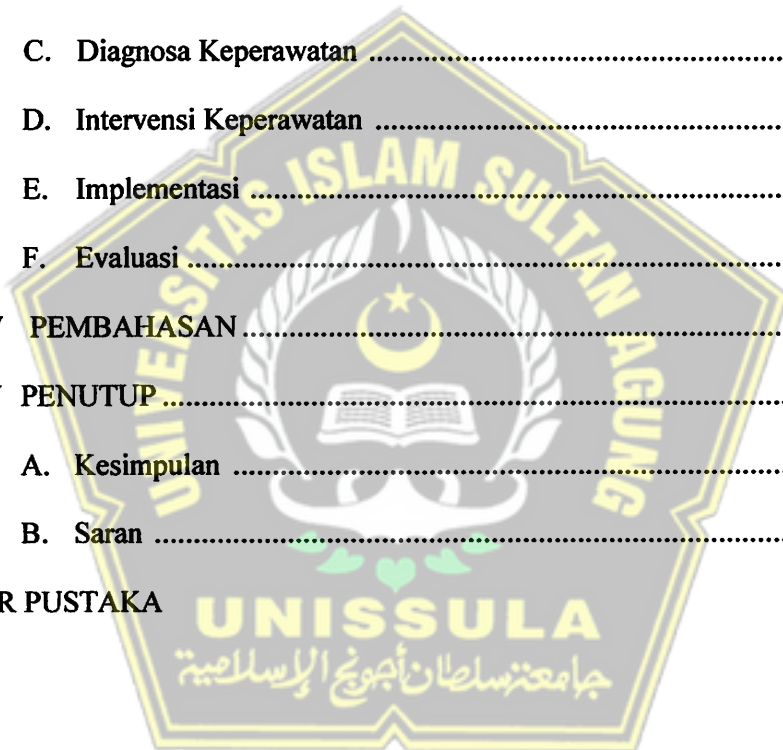
Semarang, 24 Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Keluarga.....	5
1. Pengertian	5
2. Tipe keluarga.....	6
3. Fungsi keluarga	9
4. Tahap dan perkembangan keluarga	10
5. Tugas Keluarga	11
6. Prinsip dasar penatalaksanaan keluarga.....	12
B. Konsep Dasar Medis	14
1. Pengertian	14
2. Etiologi.....	14

3. Patofisiologi	15
4. Manifestasi klinik	17
5. Pemeriksaan diagnostik	18
6. Komplikasi	19
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	20
A. Pengkajian Keperawatan	20
B. Analisa Data	25
C. Diagnosa Keperawatan	25
D. Intervensi Keperawatan	26
E. Implementasi	27
F. Evaluasi	28
BAB IV PEMBAHASAN	30
BAB V PENUTUP	38
A. Kesimpulan	38
B. Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Ganglion adalah penyakit yang disebabkan oleh kebocoran pada pembungkus cairan sendi. Ganglion sendiri merupakan tumor yang menyerupai kista dengan dinding atau kapsul yang cukup tebal. Banyak orang awam menganggap hal ini adalah suatu penyakit yang berbahaya dan mematikan karena kemunculan ganglion ini yang mirip dengan kanker atau tumor yaitu berupa benjolan pada tubuh. Padahal ganglion bukanlah suatu penyakit yang mematikan atau berbahaya. Sekalipun penyakit ini dibiarkan selama bertahun-tahun tetap tidak membahayakan bagi si penderita dan tidak terjadi hal-hal yang negatif. (Raisuien, 2010, Ganglion, <http://www.forumsains.com>, diunduh tanggal 26 April 2011).

Menurut Dandy David J (2003) kista ini dapat terjadi pada berbagai usia termasuk anak-anak; kurang lebih 15% terjadi pada usia di bawah 21 tahun. 70% terjadi pada dekade kedua dan keempat kehidupan. Perempuan tiga kali lebih banyak menderita dibandingkan laki-laki. Tidak ditemukan predileksi antara tangan kanan dan kiri, dan tampaknya pekerjaan tidak meningkatkan resiko timbulnya ganglion, namun referensi lain menyebutkan bahwa ganglion banyak ditemukan pada pesenam dimana terjadi tekanan

yang besar pada pergelangan tangan. Komplikasi yang mungkin terjadi tergantung pada lokasi dan ukuran ganglion.

Adapun Komplikasi utama dari ganglion adalah keterbatasan gerak pada sendi dimana terdapat ganglion. Tidak seperti tumor lain, ganglion tidak pernah berubah menjadi ganas. Tingkat fekurensi setelah penanganan nonoperatif mencapai 30-60% dibandingkan dengan yang dioperasi (5-15%). Total ganglionektomi menghasilkan angka kesembuhan 85-95% jika kista dan akar diangkat bersamaan dengan pemotongan sedikit dari kapsul tendo. Setelah operasi biasanya diakibatkan oleh pengangkatan kapsul atau membrane sinovial yang tidak lengkap.

Menurut R. Fallen (2010) peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yaitu pemberi asuhan pada anggota keluarga yang sakit ganglion, pengamat masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga, koordinator pelayanan kesehatan keluarga menjadikan pelayan kesehatan mudah dijangkau, fasilitator dan dapat menampung masalah kesehatan keluarga dan membantu penyelesaiannya merubah perilaku keluarga menjadi perilaku sehat, pendidik kesehatan memberi petunjuk, konsultan dan penasehat tentang masalah kesehatan keluarga.

Mengingat begitu banyak permasalahan yang muncul pada pasien ganglion maka penulis tertarik mengambil judul karya tulis ini “Asuhan keperawatan keluarga Tn. J dengan masalah ganglion pada Ny. J”

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga terutama pada kasus ganglion.

2. Tujuan khusus

Untuk mengaplikasikan pengetahuan tentang :

- a. Pengkajian keperawatan pada keluarga dengan ganglion.
- b. Diagnosa keperawatan yang timbul pada keluarga dengan ganglion.
- c. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga dengan ganglion.
- d. Evaluasi keperawatan pada keluarga dengan ganglion.
- e. Faktor-faktor penunjang dan penghambat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga dengan ganglion.
- f. Penyelesaian masalah terhadap hambatan yang ditemukan pada asuhan keperawatan keluarga dengan ganglion.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi institusi pendidikan

- a. Memberikan asuhan dalam kegiatan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan keluarga pada ganglion.
- b. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada ganglion.

2. Bagi institusi pelayanan kesehatan

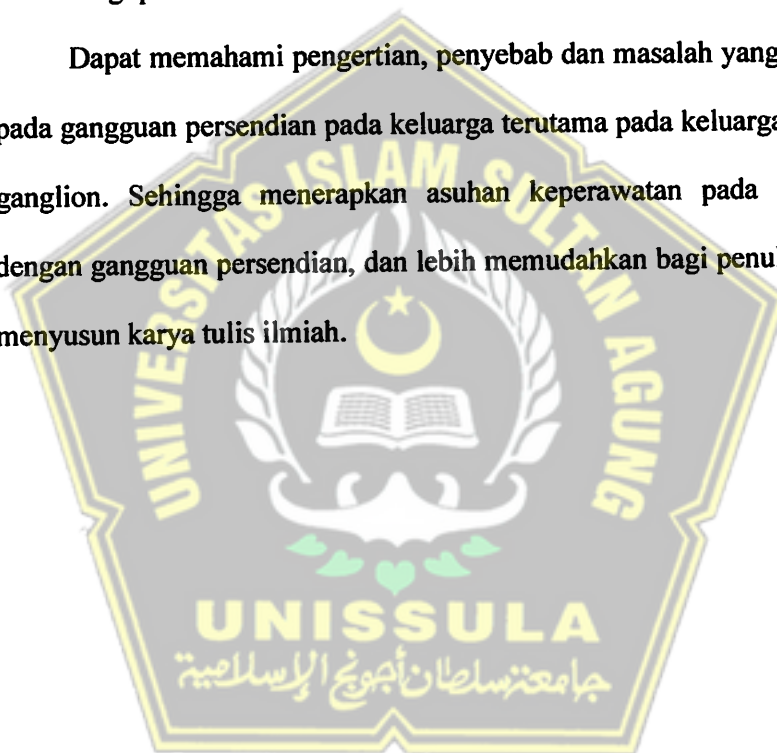
Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan terutama pada gangguan persendian pada keluarga dengan ganglion.

3. Bagi keluarga dan masyarakat

Karya tulis ilmiah yang dibuat penulis dengan materi keperawatan keluarga dengan ganglion, diharapkan bermanfaat bagi masyarakat Indonesia dan bagi keluarga agar lebih waspada dengan penyakit ganglion tersebut dan memahami gejala dan akibat dari penyakit ganglion ini terutama pada keluarga.

4. Manfaat bagi penulis

Dapat memahami pengertian, penyebab dan masalah yang muncul pada gangguan persendian pada keluarga terutama pada keluarga dengan ganglion. Sehingga menerapkan asuhan keperawatan pada keluarga dengan gangguan persendian, dan lebih memudahkan bagi penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

Menurut Spredly dan Allender (1996, dalam Sri Setyowati 2008) keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi social, dan tugas.

Menurut UU No. 10 tahun (1992, dalam Setiadi 2008) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya (Sudiharto, 2007).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang tinggal bersama dengan keterikatan aturan, ikatan emosional dan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertqwa kepada Tuhan yang terdiri dari suami, istri, atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

2. Tipe atau Bentuk keluarga

Beberapa tipe dan bentuk keluarga menurut Setiadi, (2008) adalah sebagai berikut :

a. Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

- 1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga Besar (*Extended Family*), adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

b. Secara Moderen

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 ditetapkan 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 hasil 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 yang 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 Carrier

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

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) Institutional

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

11) Communal

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogamy dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) Group Marriage

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

Dua orang atau satu pasang yang tinggal bersama tanpa kawin.

14) Gay and Lesbian Family

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Fungsi Keluarga

Adapun beberapa fungsi keluarga yang dapat di jalankan keluarga sebagai berikut Friedman (1998, dalam Setiadi, 2008) :

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawat/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

4. Tahap dan Perkembangan Keluarga

Menurut Mubarak (2009, didalam KTI Ahmad Munif 2010)

beberapa tahap tugas dan perkembangan keluarga yaitu:

- a. Tahap I pasangan baru atau keluarga baru.
- b. Tahap II keluarga kelahiran anak pertama.
- c. Tahap III keluarga dengan anak prasekolah.
- d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah.
- e. Tahap V keluarga dengan anak remaja.
- f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan.

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

Tujuan tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya yang tertua.

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang pada ada keluarga.

- g. Tahap VII keluarga usia pertengahan.
- h. Tahap VIII keluarga usia lanjut.

5. Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981, dalam setiyadi 2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

- a. Mengetahui masalah kesehatan terutama penderita ganglion.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat untuk penderita ganglion bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seharusnya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

- c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

6. Prinsip Penatalaksanaan Ganglion.

Prinsip-prinsip dasar penatalaksanaan keluarga menurut Suzanne (2001) dengan penyakit ganglion diantaranya yaitu preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

- a. Tindakan preventif antara lain :

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit ganglion, mencegah supaya penyakit ganglion tidak bertambah parah caranya yaitu dengan melakukan operasi dan dengan tidak terlalu sering mengangkat beban berat supaya kerja sendi tidak terlalu keras, olah raga ringan dan menjaga pola makan.

- b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada keluarga agar keluarga mengerti tentang apa itu ganglion, penyebab, tanda dan gejala, serta penatalaksanaan yang tepat untuk penyakit ganglion.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Ganglion dapat diobati dengan, yang pertama, membiarkan ganglion tersebut jika tidak menimbulkan keluhan apapun. Pengobatan yang kedua jika ganglion menimbulkan gejala dan ketidaknyamanan ataupun masalah mekanis, terdapat dua pilihan penatalaksanaan: aspirasi (mengeluarkan isi kista dengan menggunakan jarum) dan pengangkatan kista secara bedah. Pengobatan yang terakhir yaitu jika kista rusak, menimbulkan nyeri, masalah mekanis dan komplikasi saraf (hilangnya fungsi motorik dan sensorik akibat tekanan ganglion pada saraf) atau timbul kembali setelah aspirasi, maka eksisi bedah dianjurkan.

d. Tindakan Rehabilitatif

Tindakan ini dapat membantu seseorang untuk menghilangkan benjolan pada ganglion. Kegunaan dari tindakan ini diantaranya dapat mengurangi inflamasi serta mencegah kista tersebut terisi kembali oleh cairan kista. Cara rehabilitasinya antara lain dengan olahraga dan mengurangi mengangkat beban berat.

B. Konsep Medis

1. Pengertian

Ganglion menurut Lynn S. Bickley (2009) adalah benjolan kistik yang bentuknya bulat dan biasanya tidak terasa nyeri ketika ditekan benjolan ini terletak disepanjang selubung tendon atau kapsul sendi. Bagian dorsal pergelangan tangan merupakan lokasi ganglion yang sering ditemukan. Fleksi pergelangan tangan akan membuat ganglion pada lokasi ini terlihat lebih menonjol gerakan ekstensi cenderung menyamarkan benjolan tersebut. Ganglion dapat pula terjadi dibagian tangan dan kaki. Demikian juga menurut Drs. Peter Salim, M.A (2000) ganglion adalah tumor dengan gejala pembengkan dalam sarung tendon. Sedangkan menurut Arif Muttaqin (2008) ganglion adalah degenerasi kistik jaringan periartikular, kapsul sendi, atau pembungkus tendon. Sementara menurut Dorland (1998) ganglion adalah bentuk tumor kistik jinak yang terjadi pada aponeurosis atau tendon.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa, ganglion adalah benjolan atau tumor kistik jinak yang bentuknya bulat dengan gejala pembengkan yang terjadi pada aponeurosis atau tendon kapsul sendi, atau pembungkus tendon.

2. Etiologi

Teori yang lebih baru, yang dipostulasikan oleh Angelides pada 1999, menjelaskan bahwa kista terbentuk akibat trauma jaringan atau iritasi struktur sendi yang menstimulasi produksi asam hialuronik. Proses

ini bermula di pertemuan sinovial kapsular. Musin yang terbentuk membelah sepanjang ligamentum sendi serta kapsul yang melekat untuk kemudian membentuk duktus kapsular dan kista utama. Duktus pada akhirnya akan bergabung menjadi kista ganglion soliter yang besar.

Seperti yang telah disebutkan, penyebab ganglion tidak sepenuhnya diketahui, namun ganglion dapat terjadi akibat robekan kecil pada ligamentum yang melewati selubung tendon atau kapsul sendi baik akibat cedera, proses degeneratif atau abnormalitas kecil yang tidak diketahui sebelumnya.

3. Patofisiologi

Kista ganglion dapat berupa kista tunggal ataupun berlobus. Biasanya memiliki dinding yang mulus, jernih dan berwarna putih. Isi kista merupakan musin yang jernih dan terdiri dari asam hialuronik, albumin, globulin dan glukosamin. Dinding kista terbuat dari serat kolagen. Kista dengan banyak lobus dapat saling berhubungan melalui jaringan duktus. Tidak terdapat nekrosis dinding atau selularitas epitel atau sinovia yang terjadi.

Normalnya, sendi dan tendon dilumasi oleh cairan khusus yang terkunci di dalam sebuah kompartemen kecil. Kadang, akibat arthritis, cedera atau tanpa sebab yang jelas, terjadi kebocoran dari kompartemen tersebut. Cairan tersebut kental seperti madu, dan jika kebocoran tersebut kecil maka akan seperti lubang jarum pada pasta gigi jika pasta gigi ditekan, walaupun akan mengalir keluar dan begitu keluar tidak dapat

masuk kembali. Hal ini bekerja hampir seperti katup satu arah, dan akan mengisi ruang di luar area lubang. Ketika kita menggunakan tangan kita untuk bekerja, sendi akan meremas dan menyebabkan tekanan yang besar pada kompartemen yang berisi cairan tersebut, ini dapat menyebabkan benjolan dengan tekanan yang besar sehingga sekeras tulang.

Cairan pelumas mengandung protein khusus yang menyebabkannya kental dan pekat dan menyulitkan tubuh untuk mereabsorpsi jika terjadi kebocoran. Tubuh akan mencoba untuk menyerap kembali cairan tersebut, tapi hanya sanggup menyerap air yang terkandung di dalamnya sehingga membuatnya lebih kental lagi. Biasanya, pada saat benjolan cukup besar untuk dilihat, cairan tersebut telah menjadi sekenjal jelly.

Kadang disebutkan bahwa ganglion berasal dari protrusi dari membran sinovial sendi atau dari selubung suatu tendo. Namun, kami tidak dapat memperlihatkan adanya hubungan antara rongga kista dengan selubung tendon atau sendi yang berhubungan. Namun, terdapat kemungkinan bahwa kista berasal dari bagian kecil membran sinovial yang mengalami protrusi dan kemudian terjadi strangulasi sehingga terpisah dari tempat asalnya; bagian ini kemudian berdegenerasi dan terisi oleh materi koloid yang berakumulasi dan membentuk kista. (Kevin Christian N, 2011, Kista Ganglion, <http://www.docstoc.com>, diunduh tanggal 26 April 2011).

4. Manifestasi Klinik

Meskipun kista ganglion umumnya asimtomatik, gejala yang muncul dapat berupa keterbatasan gerak, parestesia dan kelemahan. Kista ganglion umumnya soliter, dan jarang berdiameter di atas 2 cm. Dapat melibatkan hampir semua sendi pada tangan dan pergelangan tangan. Dorsal wrist, volar wrist, volar retinakular dan distal interfalangeal merupakan kista ganglion yang paling sering ditemukan pada tangan dan pergelangan tangan. Ganglion terbesar terletak di belakang lutut dan biasa disebut Kista Baker.

Ahli bedah tangan yang berpengalaman juga dapat mengenali ganglion dorsal okulta (tersembunyi), yang dapat timbul dengan tekanan lembut pada regio fossa scapholunate. Nyeri terjadi dengan gerakan pergelangan tangan yang ekstrim. Temuan radiografik biasanya normal, dan MRI berguna dalam mengkonfirmasi diagnosis. Eksisi bedah pada ganglion okulta dapat menghilangkan nyeri dan gejala pada sebagian besar kasus. Sebagian pasien mengeluhkan benjolan di bawah kulit yang sebagian besar terletak pada bagian belakang pergelangan tangan, sisi telapak pada pergelangan tangan, di atas tendon pada dasar jari pada sisi telapak tangan, atau pada sendi jari terdekat ke ujung jari. Ganglion umumnya tidak nyeri namun dapat menyebabkan nyeri ketika digerakkan atau menyebabkan masalah mekanis (terbatasnya ruang gerak) tergantung dari lokasi ganglion tersebut. Kista ganglion memiliki kecenderungan untuk membesar dan mengecil, kemungkinan karena cairan yang terdapat

dalam kista terserap kembali ke dalam sendi atau tendon untuk kemudian diproduksi kembali. Masalah terbesar dengan ganglion adalah ketakutan pasien bahwa benjolan tersebut merupakan sesuatu yang gawat. Kista dapat dibedakan dari tumor padat melalui transluminasi (berkas sinar akan melewati cairan yang memenuhi ganglion, tapi tidak jika merupakan massa tumor yang padat). (Kevin Christian N, 2011, Kista Ganglion, <http://www.docstoc.com>, diunduh tanggal 26 April 2011)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis didasarkan atas riwayat penyakit, pemeriksaan fisis, dan foto sinar x polos atau USG. Pencitraan USG digunakan untuk membedakan massa padat dan kistik di tangan. Suatu ujian phisik adalah semua yang diperlukan untuk mendiagnosa suatu pusat sataf bisul. Penggunaan semprotan untuk melanjutkan sebagian dari cairan di dalam bisul atau dengan ultrasound. Ultrasound adalah suatu jenis sinar x yang dapat menentukan apakah bengkak fluid-filled (cystic). Ultrasound dapat juga mendeteksi apakah ada suatu nadi/jalan utama atau pembuluh darah yang dapat menyebabkan gumpalan. Resonans magnetik imaging (MRI) digunakan untuk melihat pergelangan tangan pada pusat saraf. Selain itu aspirasi cairan sendi dapat mengurangi tegangan membran sinovial sehingga penderita akan segera merasakan perbaikan yang dideritanya (Mardjono Mahar, 2003).

6. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi tergantung pada lokasi dan ukuran ganglion. Komplikasi utama adalah keterbatasan gerak pada sendi dimana terdapat ganglion. Tidak seperti tumor lain, ganglion tidak pernah berubah menjadi ganas.

Komplikasi yang dapat terjadi akibat prosedur bedah yang dilakukan berupa rekurensi walaupun kemungkinannya tidak besar. Selain itu juga terdapat resiko infeksi, keterbatasan gerak, kerusakan serabut saraf atau pembuluh darah. (Kevin Christian N, 2011, Kista Ganglion, <http://www.docstoc.com>, diunduh tanggal 26 April 2011)



BAB III

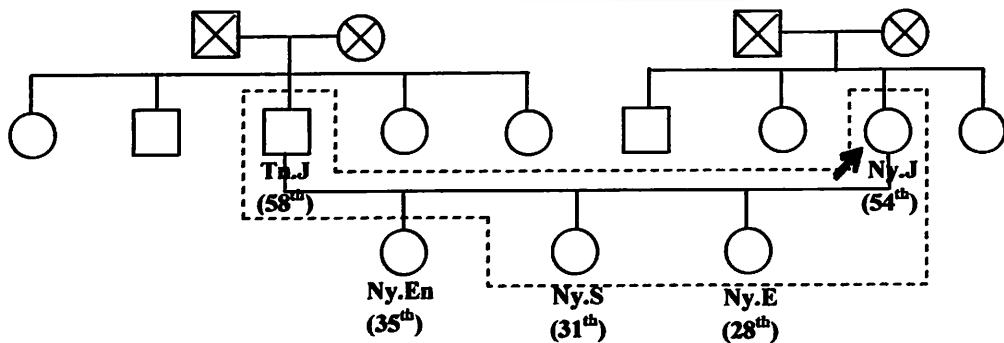
HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Hasil asuhan keperawatan keluarga Tn. J dengan masalah utama ganglion pada Ny. J yang dilakukan selama 2 minggu, pengkajian ini dilaksanakan pada hari senin tanggal 6 Desember 2010 selama 3 hari dengan teknik wawancara dan observasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Desember 2010 sampai 8 Desember 2010 di rumah keluarga Tn. J. Dari pengkajian tersebut diperoleh data: Tn. J sebagai kepala keluarga berusia 58 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SD, tidak memiliki pekerjaan. Ny. J berusia 54 tahun, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Tn. J dan Ny. J mempunyai tiga orang anak, sudah menikah, dan mempunyai tiga orang cucu. Tn. J dan Ny. J tinggal dengan 2 anak yaitu Ny. S dan Ny. E, 2 menantu yaitu Tn. A dan Tn. Jk dan 3 cucu yaitu An. D, An N, An. I. Anak pertama sudah tidak tinggal satu rumah dengan Ny J.

Berikut genogram keluarga Tn. J



Keluarga Tn. J merupakan tipe *Extended Family* dimana dalam keluarga terdiri dari Tn. J sebagai suami, Ny. J sebagai istri, Ny. S dan Ny. E sebagai anak, Tn. A dan Tn. Jk sebagai menantu dan An. D, An. N, An. I sebagai cucu Tn. J dan Ny. J. Semua anggota berasal dari suku Jawa, bahasa keseharian yang sering digunakan oleh anggota keluarga adalah bahasa Jawa. Seluruh anggota keluarga beragama Islam, dan taat menjalankan ibadah sholat lima waktu. Sebagai pemeluk agama Islam keluarga tidak makan jenis makanan yang dilarang oleh agama, seperti daging babi, daging anjing, daging ular dsb.

Ny. J mengatakan anggota keluarga yang mencari nafkah adalah anak dan menantu Ny. J, sedangkan Ny. J sendiri hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga dan membuka warung di rumah, sedangkan Tn. J tidak bekerja. Penghasilan rata-rata keluarga Tn. J perbulan kurang lebih Rp. 1.500.000, keluarga mengatakan penghasilan ini cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, tetapi untuk biaya kesehatan sangatlah kurang.

Keluarga Tn. J saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga yang berada pada tahap anak dewasa (pelepasan) yaitu ketiga anak Tn. J sudah menikah dan sudah bekerja, sedangkan kebutuhan keluarga tercukupi. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah kedua anak Tn. J masih tinggal bersama dengan Tn. J walaupun sudah menikah dan mempunyai anak.

Ny. J saat ini sedang menderita penyakit ganglion. Dalam keluarga Tn. J ada yang menderita penyakit seperti Ny. J yaitu anak ketiganya yaitu

Ny. E. Keluarga menyadari Ny. J dan Ny. E sedang menderita penyakit Ganglion, tindakan yang dilakukan keluarga untuk mengobati ganglion Ny. J dan Ny. E yaitu memeriksakan penyakit ke puskesmas.

Ny. J mengeluh sakit dipergelangan tangan dan timbul benjolan setelah di periksakan ke dokter ternyata itu termasuk penyakit ganglion. Anggota keluarga belum tahu cara merawat anggota keluarganya yang sedang menderita ganglion. Ny. E mengatakan, pernah melakukan operasi 3 tahun yang lalu tetapi sekarang muncul kembali dengan keluhan yang sama. Ny. J mengatakan ragu untuk operasi, karena takut kambuh lagi seperti operasi Ny. E sebelumnya, selain itu jika memutuskan operasi maka cucunya tidak ada yang mengasuh. Ny. J mengatakan khawatir jika ganglion semakin parah. Namun keluarga selalu mendukung untuk selalu tabah dan tawakal.

Ny. E sebagai ibu dari cucu Ny. J yaitu An. I yang berusia 1 tahun. Ny. E bekerja dari pagi hingga sore, sehingga asupan ASI bagi balita pun kurang terpenuhi. Ny. E mengatakan sudah 5 bulan tidak memberikan ASI dan mengganti dengan susu formula.

Rumah yang ditempati keluarga Tn. J berukuran 6 X 10 m², terdiri dari ruang tamu, 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, dan dapur. Lantai rumah berupa kramik dan plester, penerangan listrik cukup terang, jendela dan ventilasi di rumah cukup tapi ada beberapa ruangan yang tidak memiliki jendela yaitu gudang dan 1 kamar. Kondisi rumah dan penataan perabotan rumah tangga cukup bersih dan rapi. Septic tank terdapat di luar rumah. Keluarga membuang sampah dengan cara dikumpulkan kemudian diambil

oleh petugas setiap 2-3 hari sekali. Keluarga menggunakan PDAM sebagai sumber air minum dan mandi.

Tetangga keluarga Tn. J sebagian besar merupakan masyarakat pendatang dan kalangan menengah kebawah. Pada umumnya tetangga keluarga Tn. J bekerja sebagai pegawai swasta dan buruh. Lingkungan tempat tinggal keluarga Tn. J berada di daerah perkampungan dan berada jauh dari jalan raya. Jarak tempat tinggal keluarga Tn. J dengan tempat pelayanan kesehatan cukup jauh, dan alat transportasi yang digunakan untuk ke tempat fasilitas kesehatan berupa sepeda dan sepeda motor. Ny. J mengatakan cukup kesulitan jika ingin ke tempat pelayanan kesehatan karena jarak yang cukup jauh dan transportasi yang digunakan untuk ke tempat pelayanan kesehatan kurang memadai.

Keluarga Tn. J mengikuti perkumpulan RT/RW baik berupa PKK, arisan, maupun pengajian. Kesempatan setiap anggota keluarga untuk saling bertemu adalah pada sore hari dan pada saat menonton televisi bersama. Sistem pendukung keluarga ketika keluarga Tn. J mengalami kesusahan dalam keluarga adalah tetangga yang selalu membantu keluarga Tn. J saat mengalami kesusahan.

Pola komunikasi anggota keluarga Tn. J sangat terbuka seperti jika ada keluhan yang dirasakan akan disampaikan satu sama lain. Apabila ada masalah dalam keluarga akan cepat terselesaikan.

Keadaan gizi keluarga Tn. J cukup baik, makanan sehari-hari sudah mencakup empat sehat. Seluruh anggota keluarga Tn. J tidak ada tanda-tanda kekurangan gizi.

Dari hasil pemeriksaan fisik (head to toe) didapatkan hasil semua anggota keluarga Tn. J tidak memiliki masalah kesehatan, namun pemeriksaan fisik pada Ny. J dan Ny. E masalah kesehatan.

Pemeriksaan fisik Ny. J, didapatkan data TD=130/90 mmHg, N=81X/menit, RR=25X/menit, S=36°C, rambut bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih, telinga tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping hidung, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tak ada retraksi dada, tak ada distensi abdomen, tak ada luka / fraktur pada extremitas, extremitas atas sebelah kanan terdapat benjolan di pergelangan tangan dan siku. Ny. J mengatakan terkadang terasa nyeri pada bagian tangan yang terkena ganglion dan terkadang pusing.

Pemeriksaan fisik Ny. E TD=110/90 mmHg, N=80 X/menit, RR=25X/menit, S=36°C, rambut bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih, telinga tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping hidung, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tak ada retraksi dada, tak ada dystensi abdomen, tak ada luka / fraktur pada extremitas, extremitas atas sebelah kiri terdapat benjolan di pergelangan tangan tidak terasa nyeri saat di palpasi dan mobilisasi.

Keluarga berharap dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, dan penyakit yang di derita Ny. J cepat kunjung sembuh, dan keluarga

mengharapkan mendapatkan informasi dari petugas kesehatan tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan.

B. Analisa Data

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 6 Desember 2010 didapatkan analisa data yang pertama didasarkan data subjektif, Ny. J mengatakan ragu untuk dilakukan operasi, karena takut kambuh lagi, Ny. J mengatakan menunggu waktu yang tepat untuk mendiskusikan masalah ini dengan keluarga, Ny. J mengatakan, jika memutuskan operasi maka cucunya tidak ada yang mengasuh. Data objektif yang diperoleh dari pengkajian Ny. J tampak bingung. Dari data subjektif dan objektif tersebut muncul masalah konflik keputusan dengan etiologi kurang dukungan sistem.

Pengkajian pada tanggal 7 Desember 2010 diperoleh data yang mendukung masalah kesehatan yang kedua adalah Ny. E mengatakan jika sudah 5 bulan tidak memberikan ASI dan mengganti dengan susu formula, Ny. E mengatakan bekerja dari pagi hingga sore hari. Data objektif yang mendukung adalah Ny. E tampak membuat susu formula untuk anaknya, Ny. E bekerja di garment. Dari data subjektif dan objektif muncul masalah diskontinuitas pemberian ASI dengan etiologi pekerjaan ibu.

C. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data, langkah selanjutnya yaitu melakukan pembobotan masalah untuk menentukan diagnosa mana yang harus dilakukan tindakan keperawatan lebih awal.

Pada diagnosa keperawatan pertama Konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system, memiliki total skor 4. Pada diagnosa keperawatan yang kedua, diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu, memiliki skor 5 dengan demikian maka urutan diagnosanya adalah :

1. Konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system.
2. Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu.

D. Intervensi Keperawatan

Konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system. Tujuan umumnya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X kunjungan rumah, maka keluarga mampu mengambil keputusan. Tujuan khusus yaitu keluarga mampu memahami pentingnya pengambilan keputusan untuk kesehatan, keluarga mampu mengambil keputusan. Kriteria, keluarga mampu mengambil keputusan untuk operasi. Intervensi yang akan dilakukan pada keluarga ada lima yaitu intervensi yang pertama bantu klien menggali masalah-masalahnya, intervensi yang kedua beri tahu konsekuensi apabila tidak membuat keputusan, intervensi yang ketiga bantu mengidentifikasi hasil operasi, intervensi yang keempat beri dorongan kepada keluarga untuk mengambil keputusan dan intervensi yang kelima beri pendidikan kesehatan tentang cara pengobatan ganglion.

Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu. Tujuan umumnya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X kunjungan rumah Ny. E dapat memberi ASI kepada anaknya kembali. Tujuan

khusus yaitu Ny. E mengerti tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita. Kriteria, Ny E mampu memberikan ASI kepada anaknya. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga ada tiga yaitu intervensi yang pertama beri kesempatan pada ibu untuk berbagi perasaan, intervensi yang kedua beri dorongan pada ibu untuk membuat dirinya dan bayinya sebagai prioritas, intervensi yang ketiga beri informasi tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita.

E. Implementasi

Implementasi pada pertemuan pertama dengan keluarga pada tanggal 10 Desember 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa yang pertama. Implementasi yang dilakukan ada lima yaitu implementasi yang pertama menggali masalah-masalah klien tentang ganglion. Respon keluarga secara subjektif: keluarga dan klien mengungkapkan masala-masalah yang menghambat operasi Ny. J, secara objektif: klien tampak bercerita. Implementasi yang kedua memberi tahu konsekuensi apabila tidak membuat keputusan, respon secara subjektif: klien mengatakan masih ragu untuk melakukan operasi, secara objektif: klien dan keluarga tampak bingung. Implementasi yang ketiga membantu mengidentifikasi hasil operasi, respon secara subjektif: klien mengatakan mengerti, secara objektif: klien dan keluarga tampak memahami. Implementasi yang keempat memberi dorongan kepada keluarga untuk mengambil keputusan, respon secara subjektif: klien terdorong untuk mengambil keputusan, secara objektif: klien dan keluarga tampak memahami. Implementasi yang kelima memberi pendidikan

kesehatan tentang cara pengobatan ganglion, respon secara subjektif: klien mengatakan paham dengan cara pengobatan ganglion, secara objektif: klien dan keluarga tampak mendengarkan dan memahami.

Implementasi pada pertemuan kedua dilakukan pada tanggal 11 Desember 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa kedua. Implementasi yang dilakukan ada tiga yaitu implementasi yang pertama memberi kesempatan pada Ny E untuk berbagi perasaan, respon secara subjektif: klien mengatakan klien bekerja sehingga tidak bisa memberi ASI, secara objektif: keluarga kooperatif. Implementasi yang kedua memberi dorongan pada ibu untuk membuat dirinya dan bayinya sebagai prioritas, respon secara subjektif: klien bersedia, secara objektif: keluarga tampak berdiskusi dengan perawat. Implementasi yang ketiga memberi informasi tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita, respon secara subjektif: keluarga memahami, secara objektif: keluarga kooperatif.

F. Evaluasi

Evaluasi pada diagnosa konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan sistem pada hari jumat tanggal 10 Desember 2010 adalah subjektif: klien mengatakan akan segera melakukan operasi, objektif: keluarga dan Ny. J mengerti mengenai keputusan untuk operasi dan tidak bingung lagi, pada analisa: masalah teratasi, pada planning: pertahankan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu pada hari sabtu 11 Desember 2010 adalah subjektif: Ny. E mengatakan bisa memberi ASI pada bayinya lagi sebelum berangkat

bekerja dan pulang kerja, objektif: Ny. E menyimpan ASInya untuk diberikan pada bayinya dan Ny. E juga sudah mengerti pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita, analisa: masalah taratasi, pada Planning: pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kasus yang diambil mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. J dengan masalah Ganglion pada Ny. J di Wilayah Kelurahan Muktiharjo Kidul Rt 11/ Rw 08, Pedurungan Kota Semarang. Proses asuhan ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi. Proses keperawatan dilakukan mulai tanggal 30 November - 11 Desember 2010. Berdasarkan data pengkajian yang ditemukan, diagnosa keperawatan yang muncul yaitu konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system dan diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu.

Diagnosa keperawatan yang ditegakan oleh penulis mengacu pada konsep dari *Friedman's Assessment model* yang digabungkan dengan lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya, 1978. Sehingga dalam struktur redaksional diagnosa keperawatan, masalah keperawatan didasarkan pada temuan pengkajian melalui *Friedman's Assessment Model*, sementara etiologi didasarkan pada temuan pengkajian melalui konsep lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya.

Skoring pada kedua diagnosa yaitu pada diagnosa pertama konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system total skoring 4 sedangkan pada diagnosa kedua diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu total skoring 5, menurut Bailon dan Maglaya (1978)

seharusnya yang penulis tulis adalah diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu sebagai prioritas utama karena bertotal skoring 5 sedangkan pada diagnosa konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system sebagai prioritas kedua karena bertotal skoring 4. Penulis tetap memprioritaskan konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system sebagai prioritas utama karena sesuai dengan pengkajian yang dilakukan penulis kepada keluarga Tn. J masalah utama yang terjadi pada keluarga adalah ganglion dan dari kedua diagnosa hanya satu yang berhubungan dengan ganglion yaitu konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system, dan pada asuhan keperawatan diagnosa kedua penulis kurang mencantumkan pengkajian mengenai tumbuh kembang bayi dan kurang lengkapnya data yang diperoleh penulis dalam diagnosa diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu sehingga konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system sebagai prioritas pertama dan penulis tetap menggunakan judul “Asuhan keperawatan keluarga Tn.J dengan masalah ganglion pada Ny. J” dan diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu sebagai prioritas kedua.

A. Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu.

Diskontinuitas pemberian ASI adalah penghentian kontinuitas proses pemberian ASI akibat ketidakmampuan atau kesalahan dalam mengubah posisi bayi pada payudara untuk menyusui. Batas karakteristik : bayi tidak mendapat nutrisi dari payudara untuk beberapa atau semua pemberian makan, kurang pengetahuan tentang cara memeras ASI, kurang pengetahuan tentang penyimpanan ASI, keinginan ibu untuk pada akhirnya memberikan ASI guna

memenuhi kebutuhan nutrisi anak, keinginan ibu untuk mempertahankan pemberian ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak, keinginan ibu untuk memberi ASI untuk kebutuhan nutrisi anak, perpisahan ibu dan anak (NANDA, 2011)

Penulis memilih pekerjaan ibu sebagai etiologi dari diskontinuitas pemberian ASI berdasarkan pernyataan keluarga yaitu ibu mengatakan bekerja dari pagi hingga sore hari dan ibu bekerja di garment. Penulis kurang mencantumkan tempat kerja, jarak dari rumah ke tempat kerja ibu.

Masalah ini muncul karena didukung data yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu ibu mengatakan jika sudah 5 bulan tidak memberikan ASI dan mengganti dengan susu formula, ibu mengatakan bekerja dari pagi hingga sore hari, ibu tampak membuat susu formula untuk anaknya, ibu bekerja di garment. Data pada diagnosa ini penulis kurang mencantumkan pengkajian mengenai tumbuh kembang bayi dan pada asuhan keperawatan penulis tidak mengkaji bayi, seharusnya penulis menambahkan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar lengan, lingkar kepala dan lingkar dada, perlu dikaji juga KMS bayi dan berapa antropometri ketika lahir, karena terjadi diskontinuitas pemberian ASI maka seharusnya pengkajian yang didapatkan pada data pemeriksaan antropometri bayi mempunyai masalah tumbuh kembang, dan berapa jarak tempat pekerjaan ibu dari rumah, transportasi yang digunakan ibu saat bekerja.

Diagnosa diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena dengan

penghitungan skor yang berdasarkan cara penghitungan menurut Bailon dan Maglaya (1978), kriteria yang pertama sifat masalah aktual, skoring: $3/3 \times 1 = 1$, dengan membenaran Ny. E sudah selama 5 bulan tidak memberikan ASI kepada anaknya. Kriteria selanjutnya yaitu kemungkinan masalah dapat diubah mudah, dengan skoring: $2/2 \times 2 = 2$, dan pembenarannya yaitu Ny. E berusaha meluangkan waktu untuk menyusui. Potensial dapat di cegah tinggi, skoring: $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: perawat dapat memberi keyakinan kepada Ny. E tentang pentingnya ASI bagi balita. Menonjolnya masalah berat harus segera ditangani, skoring: $2/2 \times 1 = 1$, pembenaran: ASI sangat penting bagi tumbuh kembang balita. Total skoring: 5.

Pada diagnosa keperawatan penulis menetapkan tujuan ibu mengerti tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita. Dari diagnosa diatas penulis merencanakan beberapa tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah. Tindakan perencanaan yang dilakukan penulis adalah :

1. Beri kesempatan pada ibu untuk berbagi perasaan. Rasional: untuk memahami kondisi ibu saat ini.
2. Beri dorongan pada ibu untuk membuat dirinya dan bayinya sebagai prioritas,. Rasional: memberi semangat ibu untuk menyusui bayinya.
3. Beri informasi tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita. Rasional : diharapkan keluarga dan ibu dapat mengetahui pentingnya ASI bagi tumbuh kembang.

Intervensi yang dijelaskan di atas masih ada yang seharusnya penulis cantumkan tetapi belum dicantumkan yaitu :

4. Kaji tumbuh kembang bayi seperti berat badan, panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran kepala dan lingkaran dada, rasional untuk mengetahui bagaimana perkembangan dan pertumbuhan bayi yang diakibatkan diskontinuitas pemberian ASI.
5. Ajarkan dan beri informasi ibu tentang menyimpan dan memeras ASI untuk bayinya, rasional: supaya ibu mengetahui dan bisa menerapkan informasi yang diberikan.

Implementasi pada pertemuan kedua dilakukan pada hari Sabtu tanggal 11 Desember 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu. Implementasi yang dilakukan ada tiga yaitu implementasi pertama memberi kesempatan pada Ny E untuk berbagi perasaan, respon secara subjektif: klien mengatakan klien bekerja sehingga tidak bisa memberi ASI, secara objektif: keluarga kooperatif. Implementasi kedua memberi dorongan pada ibu untuk membuat dirinya dan bayinya sebagai prioritas, respon secara subjektif: klien bersedia, secara objektif: keluarga tampak berdiskusi dengan perawat. Implementasi ketiga memberi informasi tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita, respon secara subjektif: keluarga memahami, secara objektif: keluarga kooperatif.

Implementasi yang dilakukan penulis berdasarkan intervensi di atas masih ada dua implementasi yang sangat penting tetapi penulis belum cantumkan karena keterbatasan waktu saat pengkajian yaitu implementasi pertama mengkaji tumbuh kembang bayi seperti berat badan, panjang badan,

lingkar lengan, lingkaran kepala dan lingkaran dada. Implementasi kedua mengajarkan dan memberi informasi ibu tentang menyimpan dan memeras ASI untuk bayinya.

Evaluasi diagnosa kedua diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan pekerjaan ibu pada hari Sabtu 11 Desember 2010 adalah subjektif: Ny. E mengatakan bisa memberi ASI pada bayinya lagi sebelum berangkat bekerja dan pulang kerja, objektif: Ny. E menyimpan ASInya untuk diberikan pada bayinya dan Ny. E juga sudah mengerti pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita, analisa: masalah teratasi, pada Planning: pertahankan intervensi.

B. Konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system.

Konflik keputusan adalah ketidakpastian mengenai rangkaian tindakan yang diambil saat pilihan di antara tindakan yang saling melibatkan risiko, kerugian/kelebihan, atau tantangan bagi nilai dan keyakinan. Batasan karakteristik adalah menunda membuat keputusan, tanda-tanda fisik distress atau tekanan, mempertanyakan prinsip moral sementara harus membuat keputusan, mempertanyakan aturan moral sementara harus membuat keputusan, mempertanyakan nilai moral sementara harus membuat keputusan, mempertanyakan keyakinan personal sementara harus membuat keputusan, mempertanyakan nilai moral sementara harus membuat keputusan, berfokus pada diri sendiri, bimbang mengenai pilihan-pilihan alternatif, mengungkapkan dengan kata-kata perasaan distress sementara harus membuat keputusan, mengungkapkan dengan kata-kata keraguan mengenai

pilihan, mengungkapkan dengan kata-kata konsekuensi tindakan alternatif yang tidak diinginkan yang dipertimbangkan (NANDA, 2011).

Penulis memilih kurang dukungan system sebagai etiologi konflik keputusan berdasarkan pernyataan keluarga yang takut kambuh lagi dan jika memutuskan operasi maka cucunya tidak ada yang mengasuh. Ini menunjukkan keluarga mengalami konflik dalam mengambil keputusan.

Masalah ini muncul karena data pada saat pengkajian didapatkan data dari klien mengatakan ragu untuk operasi, karena takut kambuh lagi, klien mengatakan menunggu waktu yang tepat untuk mendiskusikan masalah ini dengan keluarga, klien mengatakan jika memutuskan operasi maka cucunya tidak ada yang mengasuh. Penulis seharusnya juga mencantumkan pengkajian mengenai keuangan atau biaya yang dikeluarkan jika melakukan operasi, berapa lama melakukan operasi sesuai dengan pengalaman operasi sebelumnya.

Diagnosa konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system oleh penulis diangkat sebagai prioritas kedua karena dengan penghitungan skor yang berdasarkan cara penghitungan menurut Bailon dan Maglaya (1978), karena mempunyai sifat masalah actual, dengan skoring: $3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: masalah sudah terjadi Ny. J masih bingung dalam mengambil keputusan dan masih menunggu anggota keluarga lain untuk mendiskusikan. Kemungkinan dapat diubah sebagian, dengan skoring: $1/2 \times 2 = 1$, pembenaran: Ny. E sudah mempunyai pengalaman melakukan operasi tetapi kambuh lagi. Potensial untuk dicegah tinggi, dengan skoring:

$3/3 \times 1 = 1$, pembenaran: perawat dapat memberi keyakinan kepada keluarga untuk mengambil keputusan. Menonjolnya masalah berat harus di tangani, skoring: $2/2 \times 1 = 1$, pembenaran: apabila tidak ditangani Ny. J merasakan nyeri ketika digerakkan, jadi total skor: 4.

Pada diagnosa keperawatan penulis menetapkan tujuan yaitu keluarga mampu memahami pentingnya pengambilan keputusan untuk kesehatan dan keluarga dapat mengambil keputusan untuk melakukan operasi. Tindakan intervensi yang dikukan penulis :

1. Bantu klien menggali masalah-masalahnya, rasional: supaya klien memahami kondisi saat ini.
2. Beritahu konsekuensi apabila tidak membuat keputusan, rasional: untuk menegaskan klien dan keluarga dalam mengambil keputusan.
3. Bantu mengidentifikasi hasil operasi, rasional: supaya keluarga tahu hasil setelah melakukan operasi.
4. Beri dorongan kepada keluarga untuk mengambil keputusan, rasional: untuk memberi dukungan keluarga dan klien dalam pengambilan keputusan.
5. Beri pendidikan kesehatan tentang cara pengobatan ganglion, rasional: keluarga dapat mengetahui dan mampu untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita ganglion.

Penulis melakukan Implementasi pada pertemuan pertama dengan keluarga pada hari jumat tanggal 10 Desember 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan

system, ada lima implementasi yang dilakukan penulis yaitu implementasi pertama membantu menggali masalah-masalah klien tentang ganglion. Respon keluarga secara subjektif: keluarga dan klien mengungkapkan masalah-masalah yang menghambat operasi Ny. J, secara objektif: klien tampak bercerita. Implementasi kedua memberi tahu konsekuensi apabila tidak membuat keputusan, respon secara subjektif: klien mengatakan masih ragu untuk melakukan operasi, secara objektif: klien dan keluarga tampak bingung. Implementasi ketiga membantu mengidentifikasi hasil operasi, respon secara subjektif: klien mengatakan mengerti, secara objektif: klien dan keluarga tampak memahami. Implementasi keempat memberi dorongan kepada keluarga untuk mengambil keputusan, respon secara subjektif: klien terdorong untuk mengambil keputusan, secara objektif: klien dan keluarga tampak memahami. Implementasi kelima memberi pendidikan kesehatan tentang cara pengobatan ganglion, respon secara subjektif: klien mengatakan paham dengan cara pengobatan ganglion, secara objektif: klien dan keluarga tampak mendengarkan dan memahami.

Evaluasi pada diagnosa konflik keputusan berhubungan dengan kurang dukungan system pada hari jumat tanggal 10 Desember 2010 yaitu secara subjektif: klien mengatakan akan segera melakukan operasi, objektif: keluarga dan klien mengerti mengenai keputusan untuk operasi dan tidak bingung lagi, pada analisa: masalah teratasi, pada planning: pertahankan intervensi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang dilakukan oleh penulis maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat 2 masalah keperawatan yang muncul pada keluarga Ny. J yang menderita penyakit ganglion yaitu konflik keputusan dan diskontinuitas pemberian ASI.
2. Intervensi yang dilakukan yaitu berdasarkan setiap diagnosa yang ditegakkan :
 - a. Bantu klien menggali masalah-masalahnya, beritahu konsekuensi apabila tidak membuat keputusan dan bantu mengidentifikasi hasil operasi beri dorongan kepada keluarga untuk mengambil keputusan dan beri pendidikan kesehatan tentang cara pengobatan ganglion.
 - b. Beri kesempatan pada ibu untuk berbagi perasaan, beri dorongan pada ibu untuk membuat dirinya dan bayinya sebagai prioritas, beri pendidikan kesehatan tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang balita.
3. Dalam pemberian asuhan keperawatan, penulis menemukan beberapa sedikit faktor penghambat dan faktor pendukung. Hambatan yang ditemukan adalah kesulitan dalam mengumpulkan anggota keluarga. Dan

faktor pendukungnya adalah keluarga selalu kooperatif ketika penulis memberikan asuhan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Merombak kurikulum praktik keperawatan keluarga yang semula ditempatkan pada semester VI menjadi di semester V, dengan harapan dapat memberikan keleluasaan bagi mahasiswa yang mengambil studi kasus keperawatan keluarga untuk dijadikan bahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

2. Bagi perawat

Pada saat melakukan pengkajian keluarga, hendaknya perawat melakukannya dengan tepat dan teliti agar data yang diperoleh bisa menyeluruh dan valid sesuai dengan tahap – tahap asuhan keperawatan yang ada.

3. Bagi keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang penyakit ganglion, serta dapat mengambil keputusan sesuai kesepakatan keluarga.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat jangan mengabaikan penyakit ganglion, atasi dengan segera jika sudah muncul tanda dan gejala ganglion. Diskusikan dengan anggota keluarga yang lain untuk menentukan keputusan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bickely, Lynn S. (2009). *Buku ajar pemeriksaan fisik & riwayat kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Dandy, David J., & Dennis J Edwards. (2003). *Disorders of the Wrist and Hand in Essential Orthopaedics and Trauma*, London : Churchill Livingstone.
- Diagnosis keperawatan nanda. (2011). *Diagnose Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Jakarta : EGC.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : riset, teori & praktik*. Jakarta : EGC.
- Kevin, Christian N. (2011). *Kista Ganglion*, <http://www.docstoc.com>. Diunduh tanggal 26 April 2011.
- Lukito, Edward. (1994). *Ikhtisar Bedah Minor*. Jakarta : EGC.
- Mardjono, Mahar. (2003). *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta : Dian Rakyat.
- Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC.
- R. Fallen & R. Budi Dwi K. (2010). *Catatan kuliah keperawatan komunitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Salim, Peter. (2000). *Salim's ninth collegiate dictionary*. Jakarta : MEP
- Setiyadi. (2008). *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Setyowati, Sri, & Arita Murwani. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga*.

Yogyakarta : Mitra Cendikia.

Smeltzer. Suzzanne C. (2002). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*.

Jakarta : EGC.

