

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Pada Keluarga Dengan *Gout Arthritis*

1. Pengertian

Gout arthritis merupakan peradangan persendian sebagai akibat dari akumulasi endapan kristal monosodium urat, yang terkumpul di dalam persendian sebagai akibat dari tingginya kadar asam urat dalam tubuh (hiperurisemia) karena adanya gangguan metabolisme purin sehingga dapat menimbulkan rasa nyeri yang bersifat akut pada persendian (Padila, 2013). Dalam hal ini maka, dibutuhkannya manajemen kesehatan keluarga, agar anggota keluarga yang dengan *gout arthritis* mendapatkan penanganan yang tepat. Namun, apabila dalam keluarga tersebut mengalami kompleksitas sistem pelayanan, kompleksitas program perawatan atau pengobatan, konflik pengambilan keputusan, kesulitan dalam ekonomi, banyak tuntutan, dan konflik keluarga akan dapat menyebabkan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (PPNI, 2016).

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga yang tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (PPNI, 2016). Dalam hal ini keluarga mengalami keterbatasan merawat keluarganya yang diakibatkan oleh pengetahuan keluarga yang kurang tentang penyakit tersebut, keluarga tidak mengetahui tentang perkembangan perawatan yang dibutuhkan, kurang atau tidak ada fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga tidak

seimbang (misalnya, keuangan, anggota keluarga yang bertanggung jawab, fasilitas fisik untuk perawatan), sikap negatif terhadap yang sakit, konflik individu dalam keluarga, sikap dan pandangan hidup, dan perilaku yang mementingkan diri sendiri (Effendy, 1998 ; Henny Achjar, 2010).

Peran keluarga dalam hal ini meliputi keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit misalnya meningkatkan atau memonitor waktu minum obat, mengontrol persediaan obat, mengantarkan pasien kontrol, meningkatkan kesehatan lingkungan pasien, mengontrol diet rendah purin dan pemenuhan kebutuhan psikologis pasien (Marilyn, 1998).

2. Penyebab

Menurut (PPNI, 2016) manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada anggota keluarga yang dengan *gout arthritis* disebabkan karena:

- a. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- b. Kompleksitas program perawatan atau pengobatan
- c. Konflik dalam pengambilan keputusan
- d. Kesulitan ekonomi
- e. Banyak tuntutan
- f. Konflik keluarga

3. Edukasi Mengenai *gout arthritis* untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga

Edukasi merupakan hal yang penting untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga dalam merawat anggota yang dengan *gout arthritis* dapat optimal, edukasi yang diberikan harus menggunakan cara yang tepat agar keluarga

dapat memahami apa yang telah dijelaskan (Huda Nurarif & Kusuma, 2015; Carpenito-moyet, 2012). Adapun edukasi yang dapat diberikan berupa:

a. Pemberian edukasi mengenai pengertian *gout arthritis*

Pemberian edukasi mengenai pengertian *gout arthritis* bertujuan untuk agar keluarga pasien dapat mengenal apa itu penyakit *gout arthritis*. *Gout arthritis* adalah peradangan persendian sebagai akibat dari akumulasi endapan kristal monosodium urat, yang terkumpul di dalam persendian sebagai akibat dari tingginya kadar asam urat dalam tubuh (hiperurisemia) karena adanya gangguan metabolisme purin (Padila, 2013).

b. Penyebab timbulnya *gout arthritis*

Pemberian edukasi mengenai penyebab timbulnya *gout arthritis* adalah bertujuan untuk agar keluarga maupun pasien dapat mengurangi faktor penyebab dari *gout arthritis* untuk mencegah terjadinya keparahan pada pasien *gout arthritis*.

Penyebab terjadinya *gout arthritis* adalah adanya penimbunan lokal kristal monosodium asam urat di dalam persendian sehingga terjadi kerusakan lokal akibat peningkatan kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia). Peningkatan kadar asam urat dalam darah disebabkan oleh beberapa faktor menurut Wijayakusuma, (2006) yaitu adanya produksi asam urat berlebihan karena meningkatnya pembentukan zat purin dalam tubuh. Peningkatan tersebut berasal dari asupan sumber makanan yang mengandung purin tinggi seperti makanan atau minuman yang mengandung alkohol, daging, dan beberapa jenis sayuran yang mengandung purin seperti, bayam, kangkung, dan kacang-kacangan. semakin tinggi pemasukan zat purin maka produksi asam urat juga semakin meningkat

Selain itu, kegagalan ginjal dalam proses pembuangan asam urat dalam jumlah yang cukup banyak dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah. Hal tersebut juga dapat menimbulkan komplikasi lain yaitu pengendapan asam urat dalam ginjal. Akhirnya terjadi, pembentukan batu ginjal dari kristal asam urat.

c. Faktor risiko *gout arthritis*

Faktor risiko terjadinya *gout arthritis* disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, faktor genetik karena terbawa oleh gen resesif yang terjadi akibat kelainan kromosom. Kromosom tertentu memiliki pengaruh yang kuat untuk mendorong tubuh memproduksi asam urat dalam jumlah yang lebih banyak dibandingkan gen dengan kromosom yang normal. Individu yang dengan dengan kromosom ini, memproduksi asam urat dalam jumlah yang banyak, sedangkan ekskresi asam urat yang berlangsung di dalam tubuh relatif rendah (Lingga, 2012)

Faktor gaya hidup juga menjadi faktor risiko *gout arthritis* seperti konsumsi purin yang tinggi dan kebiasaan konsumsi alkohol. Selain itu faktor gender juga menjadi faktor risiko *gout arthritis*. *Gout arthritis* dapat diderita oleh wanita maupun pria, namun presentase risiko serangan *gout arthritis* pada pria dan wanita akan berubah sejalan dengan pertambahan usia. Ketika usia paruh baya, pria memiliki risiko 3-4 kali lebih tinggi dari wanita. Risiko tersebut akan menurun saat wanita memasuki menopause. Wanita umumnya mengalami *gout arthritis* setelah memasuki pre-menopause dan pasca-menopause, risiko *gout arthritis* pada wanita akan meningkat terkait dengan penurunan produksi hormone estrogen(Lingga, 2012).

Faktor berikutnya yaitu obesitas. Peningkatan kadar asam urat tidak memandang gemuk maupun kurus. Namun jika melihat kecenderungannya, orang

bertubuh gemuk lebih berisiko mengalami *hiperurisemia* dibandingkan orang yang bertubuh kurus. Bahwa terdapat kaitan antara lemak omentum (lemak yang menggantung di dalam rongga perut) dan *hiperurisemia*. Semakin besar volume lemak omentum maka risiko *gout arthritis* semakin tinggi(Lingga, 2012).

Penyakit ginjal juga merupakan faktor risiko terjadinya *gout arthritis*, karena ginjal berfungsi sebagai filter berbagai benda asing untuk dieskresikan keluar tubuh. Karena itu, gangguan yang timbul pada organ ini akan memengaruhi metabolisme tubuh dan menimbulkan *hiperurisemia*(Lingga, 2012).

Hipertensi merupakan faktor risiko selanjutnya hal ini terjadi karena tekanan darah tinggi permanen merupakan faktor risiko yang berpotensi merusak ginjal. Di lain pihak, kerusakan ginjal juga merupakan faktor risiko penyebab hipertensi. Dua hal tersebut dapat saling memengaruhi maka *hiperurisemia* sebagian besar diderita oleh orang yang dengan hipertensi(Lingga, 2012).

d. Tanda gejala *gout arthritis*

Pemberian edukasi mengenai tanda dan gejala *gout arthritis* pada keluarga bertujuan agar keluarga dapat mengenali gejala sedini mungkin, untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan sebelum sakit berlanjut, yang akan mempercepat kesuksesan pengobatan, dan mencegah lebih baik dari pada mengobati (Misnadiarly, 2007).

Kadar asam urat yang tinggi (*hiperurisemia*) merupakan penanda awal *gout arthritis*. *Hiperurisemia* akan menunjukkan gejala *gout arthritis* jika kadar asam urat lebih besar dari batas normal (Lingga, 2012). Rentang kadar asam urat pada pria yaitu 3,5-8,0 mg/dL sedangkan wanita yaitu 2,8-6,8 mg/dL (LeFever Kee, 1997).

Biasanya serang *gout arthritis* timbul secara mendadak. Jika *gout arthritis* menyerang, sendi-sendi yang terserang tampak merah, mengilat, bengkak, kulit di atasnya terasa panas disertai rasa nyeri yang hebat, dan persendian sulit digerakan. Gejala lain adalah suhu badan menjadi demam, kepala terasa sakit, nafsu makan berkurang, dan jantung berdebar. Serangan pertama pada *gout arthritis* umumnya berupa serangan akut yang terjadi pada pangkal ibu jari kaki. Seringkali hanya satu sendi yang diserang. Namun, gejala-gejala tersebut dapat juga terjadi pada sendi yang lain, seperti tumit, lutut, dan siku. Dalam kasus yang sudah kronis, dapat timbul tofus (*thopus*), yaitu endapan seperti kapur pada lutut yang membentuk tonjolan atau benjolan yang menandai pengendapan kristal asam urat. Tofus sering timbul pada daun telinga, siku, tumit belakang, dan punggung tangan. Tofus tersebut dapat menyebabkan perubahan bentuk (Wijayakusuma, 2006).

e. Pemberian diet rendah purin

Pemberian edukasi kepada keluarga mengenai pemberian diet rendah purin bertujuan untuk mengurangi kadar asam urat dalam darah. Hal ini dikarenakan salah satu penyebab tingginya kadar asam urat dalam darah yaitu tingginya konsumsi purin dalam tubuh (Wijayakusuma, 2006). Beberapa makanan atau minuman yang harus dihindari yaitu, makanan atau minuman yang mengandung alkohol, daging, dan beberapa jenis sayuran yang mengandung purin seperti, bayam, kangkung, dan kacang-kacangan (Hamijoyo, 2011). Selain itu juga berikan keluarga edukasi mengenai pemberian cairan kepada pasien, menganjurkan pasien minum kira-kira 2,5 liter air putih atau sekitar 10-12 gelas air dalam sehari (Dalimartha, Setiawan & Dalimartha Felix Adrian, 2014)

f. Penanganan pasien *gout arthritis* di rumah

Edukasi mengenai penanganan pasien *gout arthritis* di rumah sangat penting diberikan agar keluarga dapat mengurangi keluhan dengan segera menggunakan teknik nonfarmakologi. Penanganan yang dapat dilakukan yaitu pemberian kompres jahe pada area nyeri, hal ini dikarenakan efek dari jahe adalah memiliki rasa pedas dan panas yang berkhasiat sebagai antirematik (Utami & Tim Letera, 2005). Selain itu dapat diberikan edukasi mengenai akupresur pada titik yang tepat, dikarenakan akupresur dapat merangsang kelenjar endokrin dan hasilnya untuk mengaktifkan organ yang bermasalah (Sustrani et al., 2007).

g. Pemberian obat secara teratur

Edukasi pemberian obat secara teratur kepada pasien merupakan hal yang penting untuk membantu keluarga dalam menjalankan peran dalam merawat anggota keluarga yang dengan *gout arthritis*. Tujuan dari pemberian terapi obat yaitu untuk menghilangkan gejala yang ada, untuk menghindari terjadinya ketidakseimbangan konsentrasi asam urat dalam serum darah karena dapat memperpanjang serangan yang lebih lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2006).

B. Asuhan Keperawatan *Gout Arthritis* Dengan Manajemen Kesehatan

Keluarga Tidak Efektif

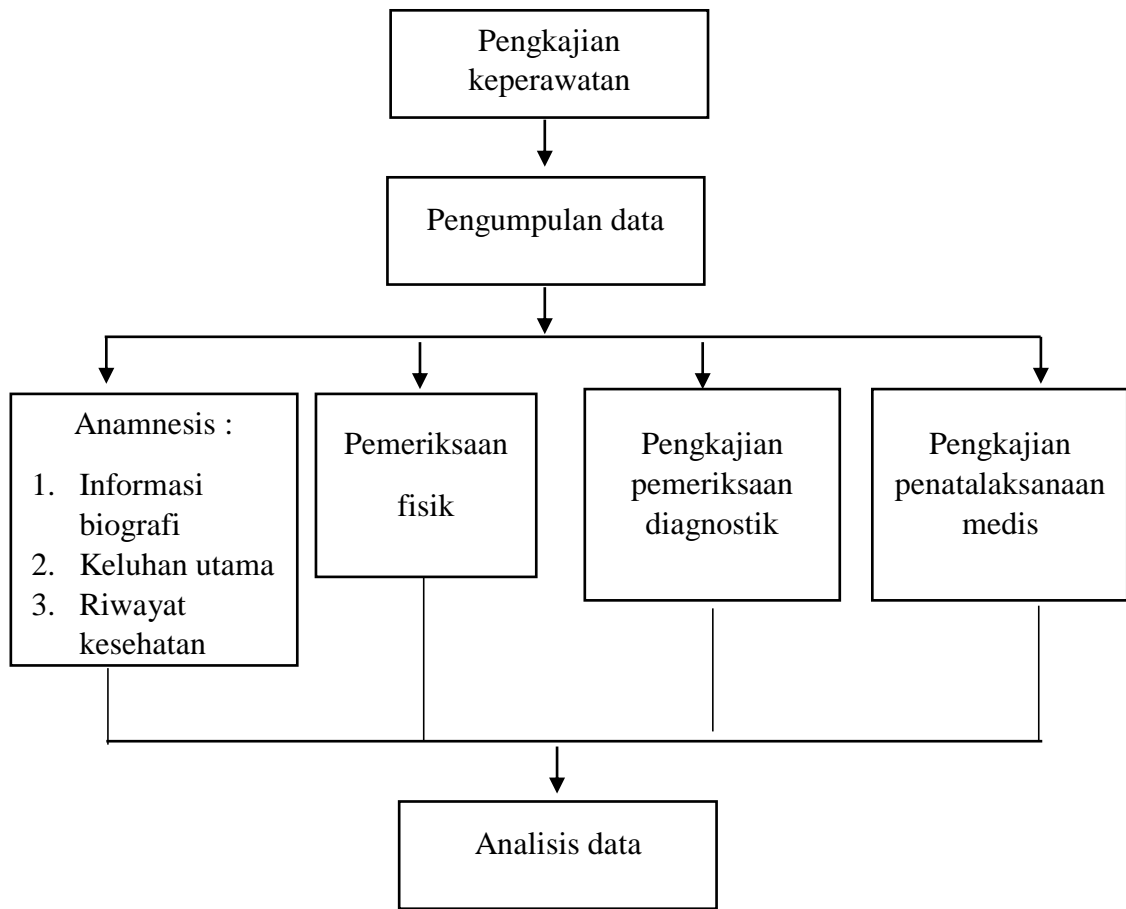
Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Masalah-masalah keperawatan dapat berhubungan dengan pasien, keluarga, orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawatan dalam mengurangi atau mengatasi masalah-masalah pasien (Allen, 1998). Proses keperawatan meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Carpenito-Moyet, 2007).

Pada tahap ini, perawat wajib melakukan pengkajian atas permasalahan yang ada. Yaitu tahapan di mana seorang perawat harus menggali informasi secara terus menerus dari pasien maupun anggota keluarga yang dibina (Murwani, Setyowati, & Riwidikdo, 2008). Menurut Bakri (2016) dalam proses pengkajian dibutuhkan pendekatan agar keluarga dapat secara terbuka memberikan data-data yang dibutuhkan. Pendekatan yang digunakan dapat disesuaikan dengan kondisi keluarga dan sosial budayanya. Selain itu, diperlukan metode yang tepat bagi perawat untuk mendapatkan data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Salah satu metode yang ditempuh ialah perawat menggunakan bahasa ibu (yang digunakan setiap hari) atau bahasa daerah, lugas dan sederhana. Hal ini akan menghilangkan sesuatu yang terlalu formal dan kaku sehingga dapat terjadi kedekatan antara keluarga dan perawat.

Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, yang dilakukan secara terus-menerus dan bertahap. Sehingga proses ini tidak hanya sekali saja dilakukan. Mengenai frekuensinya tergantung pada kondisi atau pasien sebelumnya dan saat ini, sehingga informasi tersebut bisa digunakan untuk memprediksi tindakan yang akan digunakan. Komponen pengkajian menurut (Muttaqin, 2010) sebagai berikut:



Muttaqin, A. (2010). Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik

Gambar 1 Komponen Pengkajian

a. Pengumpulan data

Menurut(Allen, 1998)pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang pasien termasuk kekuatan dan kelemahan pasien. Data dikumpulkan dari pasien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, dan rekam 18enga.

Pasien adalah sumber informasi primer, sumber data yang asli. Sumber informasi sekunder terdiri dari data yang sudah ada atau dari orang lain selain pasien. Sumber-sumber sekunder meliputi catatan kesehatan pasien, laporan hasil laboratorium dan tes 19engaturan, keluarga, orang terdekat, masyarakat dan anggota tim kesehatan.

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka akan mendapatkan data yang diinginkan. Terdapat dua tipe data pada saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen, tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif sering didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Informasi yang diberikan sumber lainnya, misalnya dari keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat pasien(Muttaqin, 2010).

Sedangkan data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur. Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui “*sense*”: 2S (*sight* atau penglihatan dan *smell* atau penciuman) dan HT (*hearing* atau pendengaran dan *touch* atau *taste*) selama pemeriksaan fisik. Maka pengumpulan data tersebut meliputi sebagai berikut menurut Muttaqin (2010) :

1) Anamnesis

Pengkajian dengan melakukan anamnesis atau wawancara untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawat adalah mengkaji riwayat kesehatan pasien. Dalam wawancara awal, perawat berusaha memperoleh gambaran umum status kesehatan pasien. Perawat memperoleh data subjektif dari pasien

mengenai awitan masalahnya dan bagaimana penangan yang sudah dilakukan. Persepsi dan harapan pasien sehubungan dengan masalah kesehatan dapat memengaruhi perbaikan kesehatan (Muttaqin, 2010) .

a) Informasi Biografi

Informasi biografi meliputi nama, umur, alamat, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, nama anggota keluarga terdekat atau orang terdekat lainnya, agama, dan sumber asuransi kesehatan (Potter, 1996).

b) Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan pasien sampai perlu pertolongan (Muttaqin, 2010).

c) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk alasan untuk mencari perawatan kesehatan dan pengkajian riwayat kesehatan masa lampau dan saat ini.

(1) Riwayat kesehatan saat ini

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan pasien dari timbulnya keluhan utama pada saat pengkajian. (Muttaqin, 2010).

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga pasien meminta pertolongan. Misalnya, sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, di mana pertama kali keluhan timbul apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, usaha mengatasi keluhan ini sebelum

meminta pertolongan , serta berhasil atau tidaknya usaha tersebut, dan sebagainya (Muttaqin, 2010).

Pertanyaan tentang penggunaan obat-obatan yang telah digunakan oleh pasien perlu mendapat perhatian dengan tujuan mencegah perawat dalam melakukan pemberian obat yang tidak rasional dan memungkinkan memberi dampak yang merugikan pada pasien akibat efek samping dari obat-obatan yang telah dan akan diberikan (Muttaqin, 2010).

(2) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Menurut (Muttaqin, 2010) hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

(a) Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi.

Ada beberapa obat yang diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan, seperti pemakaian obat kortikosteroid. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Selain itu juga harus menanyakan alergi obat dan reaksi alergi seperti apa yang timbul.

(b) Riwayat keluarga.

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga.

(c) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan.

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti kebiasaan sosial dan kebiasaan yang memengaruhi kesehatan.

(d) Status perkawinan dan kondisi kehidupan.

Tanyakan mengenai status perkawinan pasien dan tanyakan dengan hati-hati mengenai kepuasan dari kehidupannya yang sekarang. Tanyakan mengenai kondisi kesehatan pasangannya dan setiap anak-anaknya.

Setiap pengkajian riwayat harus dapat diadaptasikan sesuai kebutuhan unik seorang pasien. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data (Potter, 1996). Kali ini, peneliti menggunakan pola-pola fungsional kesehatan Gordon. Yang dimana salah satu pola yang diterapkan yaitu pola fungsional persepsi-kesehatan-pola manajemen-kesehatan. Pola ini menggambarkan pola pemahaman pasien dan keluarga tentang kesehatan dan kesejahteraan dan bagaimana kesehatan mereka diatur. (Gordon 1987 dalam Potter, 1996).

2) Pemeriksaan fisik

Menurut Muttaqin (2010) pemeriksaan fisik dengan pendekatan per sistem dimulai dari kepala ke ujung kaki dapat lebih mudah dilakukan pada kondisi klinik. Pada pemeriksaan fisik diperlukan empat modalitas dasar yang digunakan meliputi, inspeksi yaitu proses observasi. Perawat menginspeksi bagian tubuh untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda fisik yang dignifikan. Kedua yaitu palpasi, dalam melakukan palpasi menggunakan kedua tangan untuk menyentuh bagian tubuh untuk membuat suatu pengukuran sensitive terhadap tanda khusus fisik. Keterampilan ini sering kali digunakan bersamaan dengan inspeksi. Selama palpasi, pasien diusahakan dalam keadaan santai sehingga tidak terjadi ketegangan otot yang dapat memengaruhi hasil pemeriksaan.

Selanjutnya yaitu perkusi, merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan melibatkan pengetukan tubuh dengan ujung-ujung jari guna mengevaluasi ukuran,

batasan dan konsistensi organ-organ tubuh yang bertujuan untuk menemukan adanya cairan di dalam rongga tubuh. Keempat yaitu auskultasi, teknik ini adalah teknik pemeriksaan fisik dengan mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh.

Setelah pemeriksaan fisik terdapat pemeriksaan tambahan mengenai pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengkaji tingkat kesehatan umum seseorang dan pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, respirasi, nadi) (Potter, 1996).

3) Pengkajian pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostic pada pasien dengan *gout arthritis* menurut (Huda Nurarif & Kusuma, 2015) terdiri dari: kadar asam urat serum meningkat. Rentang kadar asam urat pada pria yaitu 3,5-8,0 mg/dL sedangkan wanita yaitu 2,8-6,8 mg/d (LeFever Kee, 1997), kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat dengan nilai normal yaitu 250-759 mg/dL (diet normal) (LeFever Kee, 1997), analisis cairan synovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan kristal urat monosodium yang membuat diagnosis, sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi.

4) Pengkajian penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan *gout arthritis* biasanya dibagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan *hiperurisemia* pada pasien arthritis kronik. Ada tiga tahapan dalam terapi penyakit ini menurut (Huda Nurarif & Kusuma, 2015) meliputi, mengatasi serangan akut. Mengurangi kadar asam urat untuk mencegah penimbunan kristal urat pada jaringan terutama persendian, terapi pencegahan menggunakan hipourisemik.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Diagnosis keperawatan yang peneliti angkat yaitu manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif yaitu pola masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif disebabkan oleh kompleksitas sistem pelayanan kesehatan, kompleksitas program perawatan atau pengobatan, konflik pengambilan keputusan, kesulitan ekonomi, banyak tuntutan, konflik keluarga. Gejala tanda mayor yaitu mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan, gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat dan aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat. Sedangkan gejala dan tanda minor yaitu gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, kondisi klinis terkait yaitu artritis (PPNI, 2016).

Tabel 1 Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif)

<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p> <p>Kategori : perilaku</p> <p>Subkategori : penyuluhan dan pembelajaran</p>	
<p>Definisi :</p> <p>Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.</p>	
<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan 2. Kompleksitas program perawatan atau pengobatan 3. Konflik pengambilan keputusan 4. Kesulitan ekonomi 5. Banyak tuntutan 6. Konflik keluarga 	
<p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami kesehatan yang diderita. 2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan. 	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat. 2. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat.
<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <p>a. (Tidak tersedia)</p>	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko
<p>Kondisi klinis terkait: Arthritis</p>	

PPNI, T. pokja S. D. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Selain manajemen kesehatan keluarga tidak efektif diagnosis yang akan muncul pada pasien dengan *gout arthritis* meliputi:

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (pembengkakan sendi, melaporkan nyeri secara verbal pada area sendi).
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (kaku sendi).
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (peradangan sendi).
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada pembengkakan.
- f. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat)

3. Perencanaan

Perencanaan atau intervensi merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan atau diharapkan dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Perencanaan keperawatan pada manajemen kesehatan keluarga tidak efektif meliputi, lakukan pengkajian mengenai tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, kaji tanda vital (TD,RR,N, dan suhu), tinggi badan dan berat badan serta pemeriksaan penunjang pasien, berikan edukasi pasien mengenai pengertian, tanda gejala, penyebab, faktor risiko *gout arthritis* dengan jelas, jelaskan pada pasien dan keluarga mengenai sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan penggunaan jaminan kesehatan, bantu pasien dan keluarga dalam memilih setiap keputusan penting dalam perawatan, dukung pasien dan keluarga dalam hal

modifikasi kebiasaan yang memengaruhi kesehatan, observasi setiap perilaku yang menguntungkan dan tidak bagi kesehatan yang dimiliki pasien maupun keluarga, ajarkan keluarga mengenai penanganan *gout arthritis* di rumah seperti pemberian kompres jahe untuk mengurangi nyeri dan melakukan akupresur, evaluasi setiap tindakan dalam hal manajemen kesehatan keluarga terhadap anggota keluarga yang dengan *gout arthritis* (Carpenito moyet, 2012; Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016a).

Dengan tujuan yaitu, keluarga maupun pasien memiliki pengetahuan mengenai manajemen artritis, memiliki pengetahuan mengenai program terapi, dan mampu berpartisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi, memiliki pengetahuan mengenai manajemen anggota keluarga yang dengan *gout arthritis* termasuk pengendalian faktor risiko serta pengetahuan mengenai *gout arthritis*, memiliki pengetahuan mengenai manajemen dalam hal program terapi yang telah ditetapkan sehingga nyeri berkurang, mampu berpartisipasi dalam hal mengambil keputusan perawatan, dan mampu berpartisipasi dalam hal membantu pasien menjalankan program terapi yang telah ditentukan (Carpenito-moyet, 2012 ; Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016b)

b. Nyeri akut

Perencanaan keperawatan terhadap nyeri akut yaitu manajemen nyeri, dan pemberian analgetik. Sedangkan tujuan yang ingin dicapai yaitu penurunan level nyeri, kontrol nyeri, dan kenyamanan. Dengan kriteria hasil mampu mengontrol nyeri, nyeri dapat berkurang, dan menyatakan rasa nyaman (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

c. Hambatan mobilitas fisik

Perencanaan keperawatan terhadap hambatan mobilitas fisik yaitu terapi aktivitas yaitu teknik ambulansi. Tujuan yang ingin dicapai yaitu pergerakan sendi yang aktif, peningkatan level mobilisasi, perawatan diri sehari-hari, dan dapat berpindah. Dengan kriteria hasil, terjadi peningkatan dalam aktivitas fisik, dan memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

d. Hipertermi

Perencanaan keperawatan terhadap masalah keperawatan hipertermi meliputi, perawatan terhadap demam. Tujuan yang diharapkan yaitu peningkatan sistem Pengaturan panas. Dengan kriteria hasil yaitu, suhu tubuh, nadi, RR dalam rentang normal, tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

e. Gangguan rasa nyaman

Perencanaan keperawatan pada masalah gangguan rasa nyaman yaitu penurunan kecemasan, dan manajemen nyeri. Tujuan yang diharapkan yaitu penurunan rasa nyeri, peningkatan kualitas tidur, dan kenyamanan. Dengan kriteria hasil mampu mengontrol nyeri, kualitas tidur dan istirahat adekuat, dan status kenyamanan meningkat (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

f. Gangguan pola tidur

Perencanaan keperawatan pada masalah gangguan pola tidur yaitu peningkatan kualitas tidur. Tujuan yang diharapkan penurunan kecemasan, peningkatan kenyamanan, level nyeri menurun, istirahat, tingkat dan pola tidur

yang adekuat. Dengan kriteria hasil, jumlah tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, dan perasaan segar setelah tidur atau istirahat (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

g. Kerusakan integritas kulit

Perencanaan keperawatan pada masalah kerusakan integritas kulit yaitu, perawatan luka pencegahan tekanan ulkus. Tujuan diharapkan terhadap perubahan integritas jaringan yang meliputi kulit dan mukosa, serta penyembuhan luka. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu, perpusi jaringan normal, tidak ada tanda-tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka (Huda Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2006). Pelaksanaan atau implementasi keperawatan lebih menekankan pada menyelesaikan atau melakukan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahap perencanaan atau intervensi.

Implementasi lebih ditujukan pada, upaya perawatan dalam meningkatkan kenyamanan, upaya pemberian informasi yang akurat, upaya mempertahankan kesejahteraan, upaya tindakan pemberian edukasi untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga (Andarmoyo, 2013).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respon pasien untuk mencapai tujuan (Potter & Perry, 2006). Evaluasi yang dilakukan

adalah evaluasi terhadap kriteria hasil yang diharapkan dan telah disusun pada bagian perencanaan mengenai manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Hal tersebut meliputi: memiliki pengetahuan mengenai manajemen anggota keluarga yang dengan gout arthritis, termasuk pengendalian faktor risiko serta pengetahuan mengenai *gout arthritis*, memiliki pengetahuan mengenai manajemen dalam hal program terapi yang telah ditetapkan sehingga nyeri berkurang, mampu berpartisipasi dalam hal mengambil keputusan perawatan, mampu berpartisipasi dalam hal membantu pasien menjalankan program terapi yang telah diberikan.