

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Rheumatoid Arthritis* (RA)

2.1.1 Definisi

Rheumatoid Arthritis (RA) adalah penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik terutama mengenai jaringan persendian, seringkali melibatkan organ tubuh lainnya. *Rheumatoid Arthritis* (RA) lebih banyak terjadi pada wanita (3:1 dengan kasus pria) pada usia 25 – 35 tahun. Faktor resiko *Rheumatoid Arthritis* (RA) terjadi pada orang-orang yang berusia diatas 60 tahun. Gejala reumatik athritis antara lain nyeri dan bengkak pada sendi yang berlangsung terus menerus, kaku pada pagi hari berlangsung selama lebih dari 30 menit, persendian mengalami bengkak dan hangat jika diraba (Chabib, 2016).

Penyakit *Rheumatoid Arthritis* (RA) ini merupakan kelainan autoimun yang menyebabkan inflamasi sendi yang berlangsung kronik dan mengenai lebih dari lima sendi (poliartritis) (Pradana, 2012). Penyakit reumatik adalah penyakit inflamasi non- bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Chairuddin, 2012).

Rheumatoid Arthritis (RA) merupakan suatu penyakit inflamasi sistemik kronik yang walaupun manifestasi utamanya adalah Poliartritis yang progresif, akan tetapi penyakit ini juga melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien Artritis Rhemathoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih

lanjut sesuai dengan sifat progresifitasnya. Pada umumnya selain gejala artikular, *Rheumatoid Arthritis* (RA) dapat pula menunjukkan gejala konstitusional berupa kelemahan umum, cepat lelah atau gangguan organ non-artikular lainnya (Nugroho, 2012).

2.1.2 Etiologi

Penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA) masih belum diketahui. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini (Nugroho, 2012). Kecendrungan wanita untuk menderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) dan sering dijumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh pada penyakit ini. Walaupun demikian karena pemberian hormon estrogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagaimana yang diharapkan, sehingga kini belum berhasil dipastikan bahwa faktor hormonal memang merupakan penyebab penyakit ini (Nugroho, 2012).

Sejak tahun 1930, infeksi telah diduga merupakan penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA). Dugaan faktor infeksi sebagai penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA), juga timbul karena umumnya onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul dengan disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun hingga kini belum berhasil dilakukan isolasi suatu mikroorganisme dari jaringan sinovial, hal ini tidak menyingkirkan kemungkinan bahwa terdapat suatu komponen peptidoglikan atau endotoksin mikroorganisme yang dapat

mencetuskan terjadinya *Rheumatoid Arthritis* (RA).. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA). antara lain adalah bakteri, mikoplasma atau virus (Nugroho, 2012).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Buffer (2010) dalam Afwa (2018) *Rheumatoid Arthritis* ((RA) diklasifikasikan menjadi 4 tipe, yaitu :

1. *Rheumatoid Arthritis* (RA) klasik pada tipe ini harus terdapat 7 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu
2. *Rheumatoid Arthritis* (RA) defisit pada tipe ini harus terdapat 5 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
3. *Probable Rheumatoid Arthritis* (RA) pada tipe ini harus terdapat 3 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
4. *Possible Rheumatoid Arthritis* (RA) pada tipe ini harus terdapat 2 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 3 bulan

2.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut Nugroho (2012), ada beberapa manifestasi klinis yang lazim ditemukan pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA). Gejala ini tidak harus

timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran yang sangat bervariasi yaitu:

- a. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b. Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi ditanga, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi artrodial dapat terserang.
- c. Kekakuan dipagi hari selama lebih dari 1 jam: dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada Osteoarthritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
- d. Artritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologi. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan ini dapat dilihat pada radiogram.
- e. Deformitas kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, subluksasi sendi metakarpofalangeal, deformitas boutonniere dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal. Sendi-sendi besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.

- f. Nodula-nodula Rheumathoid adalah massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita Arthritis Rheumathoid. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan; walaupun demikian nodula-nodula ini dapat juga timbul pada tempat-tempat lainnya. Adanya nodula-nodula ini biasanya merupakan suatu petunjuk suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.
- g. Manifestasi ekstra-artikular: *Rheumatoid Arthritis* (RA) juga dapat menyerang organ-organ lain di luar sendi. Jantung (perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata dan pembuluh darah dapat rusak

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nugroho (2012), tidak banyak berperan dalam diagnosis *Arthritis Rheumathoid*, Pada pemeriksaan laboratorium terdapat beberapa pemeriksaan antara lain sebagai berikut:

- a. Tes faktor reuma biasanya positif pada lebih dari 75% pasien *Arthritis Rheumathoid* terutama bila masih aktif. Sisanya dapat dijumpai pada pasien Lepra, Tuberkulosis paru, Sirosis Hepatis, Hepatitis Infeksiosa, Endokarditis Bakterialis, penyakit kolagen, dan Sarkoidosis.
- b. Protein C-reaktif biasanya positif.
- c. LED meningkat.

- d. Leukosit normal atau meningkat sedikit.
- e. Anemia normositik hipokrom akibat adanya inflamasi yang kronik.
- f. Trombosit meningkat.
- g. Kadar albumin serum menurun dan globulin naik. Pada pemeriksaan rontgen, semua sendi dapat terkena, tapi yang tersering adalah sendi metatarsofalang dan biasanya simetris. Sendi sakroiliaka juga sering terkena. Pada awalnya terjadi pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi juksta artikular. Kemudian terjadi penyempitan sendi dan erosi (Nugroho, 2012)

2.1.6. Patofisiologi

Sendi merupakan bagian tubuh yang paling sering terkena inflamasi dan degenerasi yang terlihat pada penyakit rematik. Inflamasi akan terlihat pada persendian sebagai sinovitis. Pada penyakit rematik inflamatori, inflamasi merupakan proses primer dan degenerasi yang terjadi merupakan proses sekunder yang timbul akibat pembentukan pannus (proliferasi jaringan synovial). Inflamasi merupakan akibat dari respon imun (Nugroho, 2012). Pada penyakit rematik degeneratif dapat terjadi proses inflamasi yang sekunder. Sinovitis ini biasanya lebih ringan serta menggambarkan suatu proses reaktif. Sinovitis dapat berhubungan dengan pelepasan proteoglikan tulang rawan yang bebas dari kartilago artikuler mengalami degenerasi kendati faktor-faktor imunologi dapat pula terlibat (Nugroho, 2012).

Rheumatoid Arthritis. merupakan manifestasi dari respon sistem imun terhadap antigen asing pada individu-individu dengan predisposisi genetik (Nugroho, 2012).

Suatu antigen penyebab *Rheumatoid Arthritis* yang berada pada membran sinovial akan memicu proses inflamasi. Proses inflamasi mengaktifkan terbentuknya makrofag. Makrofag akan meningkatkan aktivitas fagositosisnya terhadap antigen dan merangsang proliferasi dan aktivasi sel B untuk memproduksi antibody. Setelah berikatan dengan antigen, antibody yang dihasilkan akan membentuk kompleks imun yang akan berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi. Pengendapan kompleks imun ini akan mengaktifasi sistem komplemen C5a (Nugroho, 2012). Komplemen C5a merupakan faktor kemotaktik yang selain meningkatkan permeabilitas vaskuler, juga dapat menarik lebih banyak polimorfonukler (PMN) dan monosit ke arah lokasi tersebut (Nugroho, 2012).

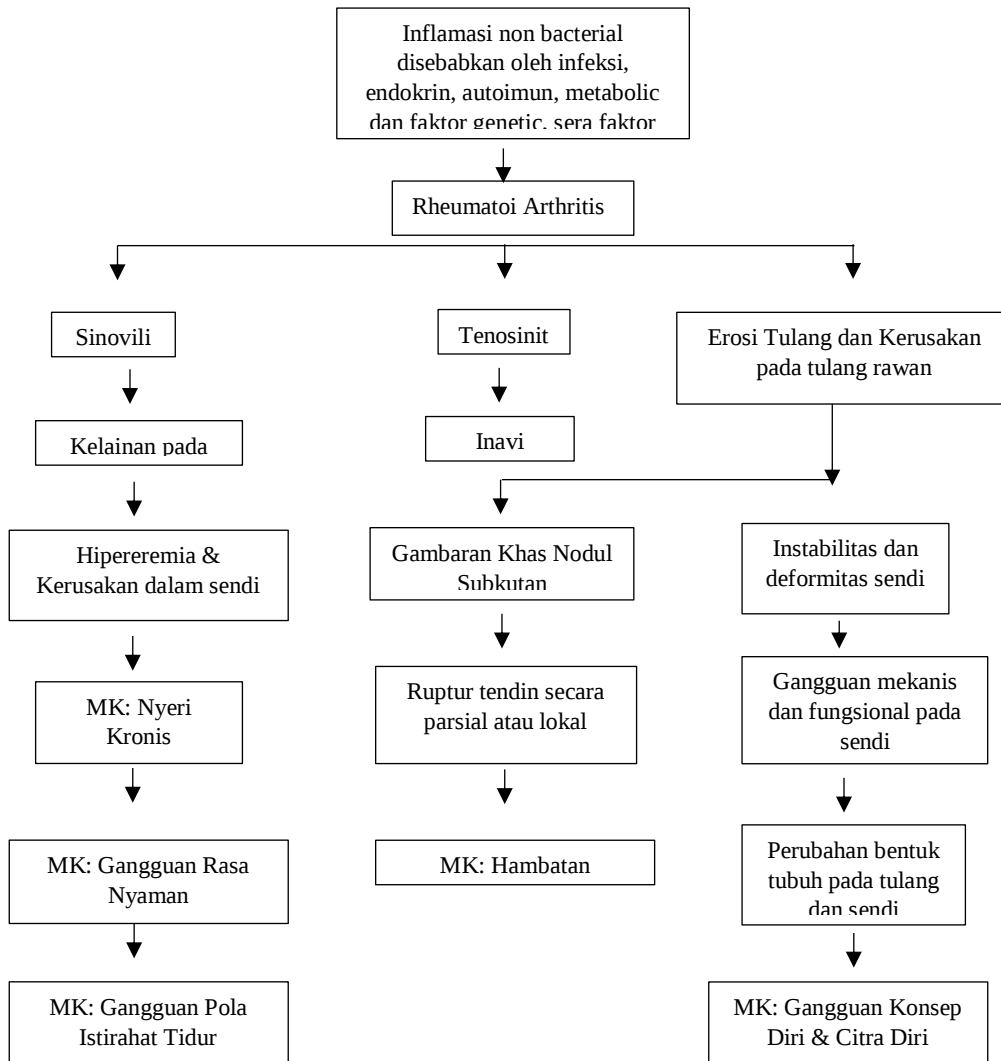
Fagositosis kompleks imun oleh sel radang akan disertai pembentukan dan pembebasan radikal oksigen bebas, leukotrin, prostaglandin yang akan menyebabkan erosi rawan sendi dan tulang. Radikal oksigen bebas dapat menyebabkan terjadinya depolimerisasi hialuronat sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan viskositas cairan sendi. Selain itu radikal oksigen bebas juga merusak kolagen dan proteoglikan rawan sendi (Nugroho, 2012).

Pengendapan kompleks imun akan menyebabkan terjadinya degranulasi mast cell yang menyebabkan terjadinya pembebasan histamin dan berbagai

enzim proteolitik serta aktivasi jalur asam arakidonat yang akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membran sinovial dan akhirnya terbentuk pannus (Nugroho, 2012).

Masuknya sel radang ke dalam membran sinovial akibat pengendapan kompleks imun menyebabkan terbentuknya pannus yang merupakan elemen yang paling destruktif dalam pathogenesis Arthritis Rheumatoid. Pannus merupakan jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibroblast yang berproliferasi, mikrovaskuler dan berbagai jenis sel radang. Secara histopatologis pada daerah perbatasan rawan sendi dan pannus terdapatnya sel mononukleus, umumnya banyak dijumpai kerusakan jaringan kolagen dan proteoglikan (Nugroho, 2012).

2.1.7. Pathway



2.1.8. Penatalaksanaan

Setelah diagnosis *Rheumatoid Arthritis* (RA) dapat di tegakkan, pendekatan pertama yang harus dilakukan adalah segera berusaha untuk membina hubungan yang baik antar pasien dengan keluarganya dengan dokter atau tim pengobatan yang merawatnya. Tanpa hubungan yang baik ini agaknya akan sukar untuk dapat memelihara ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam suatu jangka waktu

yang cukup lama (Nugroho, 2012). Selanjutnya penatalaksanaan yang dilakukan pada penderita Arthritis Rheumatoid antara lain sebagai berikut:

- a. Obat-obatan Sampai sekarang belum ada obat yang spesifik yang khas untuk rematik, oleh karena patogenesisnya yang belum jelas, obat yang diberikan bertujuan untuk mengurangi rasa sakit, nyeri, meningkatkan mobilitas dan mengurangi ketidakmampuan.
- b. Perlindungan sendi Rematik mungkin timbul atau diperkuat karena mekanisme tubuh yang kurang baik. Perlu dihindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit. Pemakaian tongkat, alat-alat listrik yang dapat memperingan kerja sendi juga perlu diperhatikan. Beban pada lutut berlebihan karena kakai yang tertekuk (pronatio).
- c. Diet Diet untuk menurunkan berat badan pasien Rematik yang gemuk harus menjadi program utama pengobatan Rematik. Penurunan berat badan seringkali dapat mengurangi timbulnya keluhan dan peradangan.
- d. Dukungan psikososial Dukungan psikososial diperlukan pasien Rematik oleh karena sifatnya yang menahun dan ketidakmampuannya yang ditimbulkannya. Disatu pihak pasien ingin menyembunyikan ketidakmampuannya, dipihak lain dia ingin orang lain turut memikirkan penyakitnya.
- e. Fisioterapi dengan pemakaian panas dingin, serta program latihan yang tepat.
- f. Kompres dengan es saat kaki bengkak dan kompres air hangat saat nyeri.

- g. Kompres air hangat rebusan jahe merah menurut penelitian Ferawati (2017) menyatakan bahwa kompres jahe merah bisa menurunkan skala nyeri pada reumatik.
- h. Pembedahan Jika berbagai cara pengobatan telah dilakukan dan tidak berhasil serta terdapat alasan yang cukup kuat, dapat dilakukan pengobatan pembedahan. Jenis pengobatan ini pada pasien Arthritis Rheumatoid umumnya bersifat ortopedik, misalnya sinovektomi, artrodesis, total hip replacement, memperbaiki deviasi ulnar, dan sebagainya. (Nugroho, 2012).

2.1.9 Komplikasi

Kelainan sistem pencernaan yang sering di jumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (disease modifying antirheumatoid drugs, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) (Nugroho, 2012). Komplikasi saraf yang terjadi tidak memberikan gambaran jelas, sehingga sukar di bedakan antara akibat lesi artikular dan lesi neuropatik. Umumnya berhubungan dengan mielopati akibat ketidakstabilan iskemik akibat vaskulitis (Nugroho, 2012).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri atas lima langkah, yaitu pengkajian, perumusan Diagnosis keperawatan, penyusunan perencanaan

tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, Diagnosis klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan klien.

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan.

Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya, data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien (Kholifah & Widagdo, 2016).

Pengkajian menurut Friedman (2013) dalam asuhan keperawatan keluarga diantaranya adalah :

- a. Data Umum Data Umum yang perlu dikaji adalah Nama kepala keluarga, Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat, Daftar anggota keluarga.

- b. Genogram Dengan adanya genogram dapat diketahui faktor genetik atau factor bawaan yang sudah ada pada diri manusia.
- c. Status Sosial Ekonomi Status sosial ekonomi dapat dilihat dari pendapatan keluarga dan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang enggan memeriksakan diri ke dokter dan fasilitas kesehatan lainnya.
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah Riwayat masingmasing kesehatan keluarga (apakah mempunyai penyakit keturunan), Perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, Sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan Pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- e. Karakteristik Lingkungan Karakteristik lingkungan yang perlu dikaji adalah Karakteristik rumah, Tetangga dan komunitas, Geografis keluarga, Sistem pendukung keluarga.
- f. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga dan bagaimana anggota keluarga mengembangkan sikap saling mengerti. Semakin tinggi dukungan

keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya.

Fungsi ini merupakan basis sentral bagi pembentukan dan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda-tanda gangguann kesehatan selanjutnya

2) Fungsi Keperawatan

- a) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena *Rheumatoid Arthritis* (RA) memerlukan perawatan yang khusus yaitu mengenai pengaturan makanan dan gaya hidup. Jadi disini keluarga perlu tau bagaimana cara pengaturan makanan yang benar serta gaya hidup yang baik untuk penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA).
- b) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Yang perlu dikaji adalah

bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita *Rheumatoid Arthritis* (RA).

- c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit *Rheumatoid Arthritis* (RA).
- d) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Yang perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah kekambuhan dari pasien *Rheumatoid Arthritis* (RA)
- e) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung kesehatan seseorang.

3) Fungsi Sosialisasi

Pada kasus penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang sudah mengalami komplikasi, dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik di dalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

Pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) perlu dikaji riwayat penggunaan KB.

5) Fungsi Ekonomi

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Biasanya karena faktor ekonomi rendah individu segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan lainnya.

g. Stres dan Koping Keluarga

Stres dan koping keluarga yang perlu dikaji adalah Stresor yang dimiliki, Kemampuan keluarga berespons terhadap stresor, Strategi koping yang digunakan, Strategi adaptasi disfungsional.

h. Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan Fisik meliputi:

1) Keadaan Umum :

a) Kaji tingkat kesadaran (GCS) : kesadaran bisa compos mentis sampai mengalami penurunan kesadaran, kehilangan sensasi, susunan saraf dikaji (I-XII), gangguan penglihatan, gangguan ingatan, tonus otot menurun dan kehilangan reflek tonus, BB biasanya mengalami penurunan.

b) Mengkaji tanda-tanda vital Tanda-tanda vital biasanya melebihi batas normal.

2) Sistem Penginderaan (Penglihatan) Pada kasus *Rheumatoid Arthritis* (RA), terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda, (diplopia)/gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama,

kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik

- 3) Sistem Penciuman Terdapat gangguan pada sistem penciuman, terdapat hambatan jalan nafas.
- 4) Sistem Pernafasan Adanya batuk atau hambatan jalan nafas, suara nafas tredengar ronki (aspirasi sekresi).
- 5) Sistem Kardiovaskular Nadi, frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung), perubahan EKG, adanya penyakit jantung miocard infark, rematik atau penyakit jantung vaskuler.
- 6) Sistem Pencernaan Ketidakmampuan menelan, mengunyah, tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri.
- 7) Sistem Urinaria Terdapat perubahan sistem berkemih seperti inkontinensia.
- 8) Sistem Persarafan :
 - a) Nervus I Olfaktori (penciuman)
 - b) Nervus II Optic (penglihatan)
 - c) Nervus III Okulomotor (gerak ekstraokuler mata, kontriksi dilatasi pupil)

d) Nervus IV Trokhlear (gerak bola mata ke atas ke bawah) Nervus V Trigeminal (sensori kulit wajah, penggerak otot rahang)

f) Nervus VI Abdusen (gerak bola mata menyamping)

g) Nervus VII Fasial (ekspresi fasial dan pengecapan)

h) Nervus VIII Auditori (pendengaran)

i) Nervus IX Glosovaringeal (gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah)

j) Nervus X Vagus (sensasi faring, gerakan pita suara)

k) Nervus XI Asesori (gerakan kepala dan bahu)

l) Nervus XII Hipoglosal (posisi lidah)

9) Sistem Musculoskeletal Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien *Rheumatoid Arthritis* (RA) didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

10) Sistem Integument Keadaan turgor kulit, ada tidaknya lesi, oedem, distribusi rambut.

i. Harapan Keluarga

Perlu dikaji bagaimana harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman (Friedman & Marylin, 2010). Kategori Diagnosis keperawatan keluarga menurut North American Nursing Association (NANDA) dalam Kholifah & Widagdo (2016) adalah :

a. Diagnosis keperawatan aktual
Diagnosis keperawatan aktual dirumuskan apabila masalah keperawatan sudah terjadi pada keluarga. Tanda dan gejala dari masalah keperawatan sudah dapat ditemukan oleh perawat berdasarkan hasil pengkajian keperawatan.

b. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan
Diagnosis keperawatan ini adalah Diagnosis promosi kesehatan yang dapat digunakan di seluruh status kesehatan. Kategori Diagnosis keperawatan keluarga ini diangkat ketika kondisi klien dan keluarga sudah baik dan mengarah pada kemajuan.

c. Diagnosis keperawatan risiko

Diagnosis keperawatan ketiga adalah diagnosis keperawatan risiko, yaitu menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mungkin berkembang dalam kerentanan

individu, keluarga, dan komunitas. Hal ini didukung oleh faktor-faktor risiko yang berkontribusi pada peningkatan kerentanan.

- d. **Diagnosis keperawatan sejahtera** Diagnosis keperawatan keluarga yang terakhir adalah diagnosis keperawatan sejahtera. Diagnosis ini menggambarkan respon manusia terhadap level kesejahteraan individu, keluarga, dan komunitas, yang telah memiliki kesiapan meningkatkan status kesehatan mereka.

Perumusan diagnosis keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi) dan atau tanda (sign). Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

a. **Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah**

- 1) Persepsi terhadap keparahan penyakit.
- 2) Pengertian.
- 3) Tanda dan gejala.
- 4) Faktor penyebab.
- 5) Persepsi keluarga terhadap masalah.

b. **Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan**

- 1) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah

- . 2) Masalah dirasakan keluarga/Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
- . 3) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
- 4) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan informasi yang salah.

c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- 1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit.
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- 3) Sumber – sumber yang ada dalam keluarga.
- 4) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan

- 1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan.
- 2) Pentingnya higyene sanitasi.
- 3) Upaya pencegahan penyakit.

e. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

- 1) Keberadaan fasilitas kesehatan.
- 2) Keuntungan yang didapat.
- 3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
- 4) Pengalaman keluarga yang kurang baik.

5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.1 Pritoritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat Masalah : a. Aktual b. Resiko Tinggi c. Potensial	3 2 1	1
2	Kemungkinan Masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak Dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya Masalah : a. Segera Diatasi b. Tidak segera diatasi c. Tidak dirasakan ada masalah	2 1 0	1

Penentuan Nilai (Skoring) :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Nilai Bobot}$$

Cara melakukan penilaian :

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria

- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor Diagnosis.

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah *Rheumatoid Arthritis* (RA) berdasarkan standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

- a. Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan agen pencedera biologis (Inflamasi sendi)
- b. Gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- c. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
- f. Gangguan Citra Tubuh (D.0083) berhubungan dengan proses penyakit.

- g. Koping tidak efektif (D.0096) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1	Nyeri Kronis (D.0078) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Penyebab : 1. Kondisi musculoskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil : a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Sikap protektif menurun e. Gelisah menurun f. Kesulitan tidur menurun g. Menarik diri menurun h. Berfokus pada diri sendiri menurun i. Diaphoresis menurun j. Perasaan depresi atau tertekan menurun k. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l. Anoreksia menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Observasi - lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik

6. Gangguan imunitas 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Peningkatan indeks massa tubuh 10. Kondisi pasca trauma 11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan 13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat Gejala dan Tanda Mayor : 1. Data Subjektif - Mengeluh Nyeri - Merasa Depresi (tertekan) 2. Data Objektif - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas Gejala dan Tanda Minor : 1. Data Subjektif - Merasa takut mengalami cedera berulang 2. Data Objektif - Bersikap protektif - Waspada	m. Perineum terasa tertekan menurun n. Uterus teraba membulat menurun o. Ketegangan otot menurun p. Pupil dilatasi menurun q. Muntah menurun r. Mual menurun s. Frekuensi nadi membaik t. Pola nafas membaik u. Tekanan darah membaik v. Proses berpikir membaik w. Fokus membaik x. Fungsi berkemih membaik y. Perilaku membaik z. Nafsu makan membaik aa. Pola tidur membaik	- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Berikan Terapi Non Farmakologis (Kompres Air Jahe) 3. Edukasi Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Kompres Air Jahe) 4. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
---	---	--

	- Pola tidur berubah - Anoreksia - Fokus menyempit - Berfokus pada diri sendiri Kondisi Klinis Terkait : 1. Kondisi kronis (mis. <i>Arthritis rheumatoid</i>) 2. Infeksi 3. Cidera medulla spinalis 4. Kondisi pasca trauma 5. Tumor		
2	Gangguan rasa nyaman (D.0074) Definisi : Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Penyebab : 1. Gejala penyakit, kurang pengendalian situasi/lingkungan, 2. ketidakadekuatan sumber daya (mis: dukungan finansial, social, dan	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dan Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah, dengan kriteria hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi nyeri 2. Keluarga mampu menyebutkan tindakan nonfarmakologis yang dianjurkan mahasiswa.	Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239) 1. Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Teraupetik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - berikan kesempatan bertanya 2. Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

pengetahuan), 3. kurang privasi, 4. gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis: medikasi, radiasi, kemoterapi), 5. gangguan adaptasi kehamilan. Gejala dan tanda mayor : 1. Data Subjektif : - Mengeluh tidak nyaman. 2. Data Objektif : - Gelisah. Gejala dan tanda minor Data Subjektif : - Mengeluh sulit tidur - Tidak mampu rileks - Mengeluh kedinginan/kepanasan - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh mual - Mengeluh Lelah Data Objektif - Menunjukkan gejala distress - Tampak merintih.menangis - Pola eliminasi berubah - Postur tubuh berubah	3. Keluarga mampu memilih tindakan yang dilakukan untuk anggota keluarga yang mengalami nyeri. 4. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan pemberian kompres dan terapi relaksasi jika anggota keluarga mengalami nyeri. 5. Klien mampu mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam	- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. -ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
---	---	---

	- Iritabilitas Kondisi klinis terkait : - Penyakit kronis - Keganasan - Distress psikologis - Kehamilan		
3	Defisit pengetahuan (D.0111). Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Penyebab : 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi Gejala dan Tanda Mayor : 1. Data Subjektif : - Menanyakan masalah yang dihadapi	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat dan Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah, dengan kriteria hasil : 1. Klien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit rheumatoid arthritis	Edukasi Proses Penyakit (L.12444) 1. Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan bertanya 2. Edukasi - Jelaskan penyebab dan factor resiko penyakit - Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit - Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit - Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi - Informasikan kondisi klien saat ini.

	2. Data Objektif : - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor 1. Data Subjektif - Tidak tersedia 2. Data Objektif - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku yang berlebihan Kondisi Klinis Terkait : 1. Gaya hidup sehat 2. Keamanan diri 3. Keamanan fisik anak 4. Kehamilan dan persalinan 5. Kesehatan maternal pasca melahirkan 6. Kesehatan maternal prekonsepsi 7. Penyakit Kronis 8. Manajemen arthritis rheumatoid		
--	---	--	--

4	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) Definisi : Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga Penyebab ; 1. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan 2. Kompleksitas program perawatan/pengobatan 3. Kesulitan ekon 4. Konflik pengambilan keputusan 5. Banyak tuntutan 6. Konflik keluarga Gejala dan Tanda Mayor : 1. Data Subjektif - Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita - Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang diterapkan	Manajemen Ksehetan Keluarga (L.12105) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dan Setelah dilakukan tindakan keperawata n keluarga dapat merawat anggota keluarga, dengan kriteria hasil : 1.Klien dan keluarga mampu merawat anggota keluarga 2. Aktiivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan yang tepat 3. Tindakan untuk mengurangi factor resiko 4. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan 5. Gejala penyakit anggota keluarga	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) 1.Observasi - Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan - Identifiiasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga - Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga. Terapeutik - Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluraga 2. Edukasi - Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga - Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
---	--	--	--

	2. Data Objektif - Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat - Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat Gejala dan Tanda Minor : 1. Data Subjektif - Tidak tersedia 2. Data Objektif - Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi factor risiko Kondisi Klinis Terkait : 1. PPOK 2. Sklerosis Multipel 3. Arthritis Rheumatoid 4. Nyeri Kronis 5. Penyalahgunaan Zat 6. Gagal ginjal/Hati tahap terminal		
5	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Definsi :	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan	Dukungan mobilisasi (I.05173) 1. Observasi -Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Penyebab : 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif	keluarga dapat merawat anggota keluarga dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	-Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi -Monitor kemajuan pasien/ keluarga dalam melakukan mobilisasi 2. Terapeutik -Persiapan materi, media, dan alat-alat seperti bantal, gait belt -Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dengan keluarga - Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya 3. Edukasi - Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontra indikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi - Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah. - Demotrasikan cara melatih rentang gerak (misalkan gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dari kepala ke esktremitas, Gerakan semua persendian sesuai dengan rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak para sisi ekstremitas yang parese dengan menggunakan ekstremitas yang normal,
--	--	---

20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi Gejala dan Tanda Mayor : 1. Data Subjektif : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2, Data Objektif - Kekuatan otot menurun - Retang Gerak (ROM) Menurun Gejala dan Tanda Minor : 1. Data Subjektif - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak 2. Data Objektif - Sendi Kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah Kondisi Klinis Terkait : - Stroke - Cedera medulla spinalis - Trauma		
---	--	--

	- Fraktur - Osteoarthritis - Osteomalasia - Keganasan		
6	Gangguan citra tubuh (D.0083) Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu Penyebab : 1. Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat) 2. Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyaakit, kehamilan, kelumpuhan) 3. Perubahan fungsi kognitif 4. Ketidaksesuain budaya, keyakinan atau sistem nilai 5. Transisi perkembangan 6. Gangguan psikososial	Citra Tubuh (L.09067) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dapat merawat anggota keluarga dengan kriteria hasil : 1. Melihat bagian tubuh membaik 2. Menyentuh bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi kecatatn tubuh membaik 4. Verbalisasi kehilangan tubuh membaik	Promosi citra tubuh (I.093005) 1. Observasi - Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan - Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh - Identifikasi perubahancitra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial - Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri - Monitor apakah pasien bisa melihat bagain tubuh yang berubah 2. Teraupetik - Diskusiakn perubahn tubh dan fungsinya - Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri - Diskusikan perubahn akibat pubertas kehamilan dan penuaan - Diskusikan kondisi stress yang memperngaruhi cintra tubuh (luka, penyakit, pembedahan)

7. Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) Gejala Tanda Mayor : 1. Data Subjektif : - Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh 2. Data Objektif : - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang Gejala Tanda Minor : 1. Data Subjektif : - Tidak mau mengungkapkan kecatatan.kehilangan bagian tubuh 2. Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh - Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain -Mengungkapkan perubahan gaya hidup 2. Data Objektif :		- Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara relitis - Diskusiakn persepsi pasien dan keluarga tentang perubahn citra tubuh. 3. Edukasi - Jelaskan kepada keluarga tentangn perawatan perubahan citra tubuh - Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh - Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (misal kelompok sebaya) - Latih fungsi tubuh yang dimiliki
--	--	--

	- Menyembunyikan. Menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan - Menghindari melihat dan atau menyentuh bagian tubuh - Fokus berlebihan perubahan tubuh - Respon non-verbal pada perubahan dan persepsi tubuh - Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu - Hubungan sosial berubah Kondisi Klinis Terkait : 1. Mastektomi 2. Amputasi 3. Jerawat 4. Parut atau luka bakar yang terlihat 6. Obesitas 7. Hiperpigmentasi pada kehamilan 8. Gangguan psikiatrik 9. Program terapi neoplasma 10. Alopecia chemically induces		
7	Koping tidak efektif (D.0096)	Status Koping Keluarga (L.09088)	Promosi Koping (I.09312)

Definsi : Ketidakmampuan menilai dan merespons stressor dan ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah Penyebab : 1. Ketidakpercayaan kemampuan diri mengatasi masalah 2. Ketidakadekuatan sistem pendukung 3. Ketidakadekuatan sistem koping 4. Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stressor 5. Ketidacukupan atau kekacauan lingkungan 6. Disfungsi sistem keluarga 7. Krisis situasional 8. Kerentanan personalitas 9. Krisis maturasional Gejala dan Tanda Mayor : 1. Data Subjektif : - Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status koping keluarga membaik dan Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengambil keputusan, dengan kriteria hasil : 1. Klien dan keluarga paham terkait proses penyakit yang di derita 2. Keterpaparan informasi 3. Perasaan diabaikan 4. Kekawatiran tentang anggota keluarga 5. Perilaku mengabaikan anggota keluarga 6. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga 7. Komitmen pada keperawatan/pengobatan 8. Komunikasi antara anggota keluarga 9. Perasaan tertekan (depresi) 10. Perilaku menyerang (agresi) 11. Perilaku menghasut 12. Gejala psikosomatis 13. Perilaku menolak perawatan 14. Perilaku bermusuhan 15. Perilaku individualistik 16. Ketergantungan pada anggota keluarga lain 17. Perilaku overprotektif 18. Toleransi 19. Perilaku bertujuan 20. Perilaku sehat	1. Observasi - Identifikasi pemahaman proses penyakit - Identifikasi penyelesaian masalah Terapeutik - Diskusikan perubahan peran yang dialami - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 2. Edukasi - Anjurkan keluarga terlibat - Latih penggunaan teknik relaksasi
--	---	--

2. Data Objektif : - Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan - Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai Gejala dan Tanda Minor : 1. Data Subjektif - Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar - Kekhawatiran kronis 2. Dat Objektif - Penyalahgunaan zat - Manipulasi prang lain untuk memenuhi keinginanya sendiri - Perilaku tidak asertif - Partisipasi social kurang Kondisi Klinis Terkait : 1. Kondisi perawatan kritis 2. Attention Deficit/Hyperactivity Disored 3. Gangguan perilaku 4. Oppositional Defiant Disorrder 5.Delerium 6. Gangguan kecemasan perpisahan 7. Demensia		
---	--	--

	8. Gangguan amnestic 9.. Intoksikasi zat 10. Putus zat		
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Kholifah & Widagdo, 2016).

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan obyektif, "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan.

Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan (Suprajitno, 2016)

2.3 Konsep Kompres Jahe

2.3.1. Definisi

Kompres jahe hangat merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternatif untuk mengurangi nyeri artritis rheumatoid. Kompres jahe hangat memiliki kandungan enzim siklooksigenase yang dapat mengurangi peradangan pada penderita artritis rheumatoid, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologi yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai pada waktu 20 menit sesudah aplikasi panas.

2.3.2. Efektifitas

Efektifitas kompres hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Dengan meningkatkan aliran darah maka suplai O₂ ke jaringan meningkat dan sel mendapatkan nutrisi yang cukup sehingga merangsang ujung saraf ujung perifer mengirim stimulus ke otak untuk mengeluarkan hormon endorfin yang dapat menimbulkan analgetik sehingga proses inflamasi berkurang. Kandungan jahe bermanfaat untuk mengurangi nyeri karena jahe memiliki kandungan oleoresin yang bermanfaat sebagai anti inflamasi.

2.3.3. Prosedur Pelaksanaan

Tabel 2.3 Standar Operasional Prosedur Kompres Jahe

1	Persiapan alat dan bahan	Persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: 1. Parutan. 2. Timbangan 2 kg. 3. Pisau kecil. 4. Baskom kecil. 5. Termos untuk air panas. 6. Handuk kecil dengan ukuran 30x70cm, terdiri dari 2 handuk kecil Bahan-bahannya yaitu: 1. Jahe merah atau jahe biasa 100 gram 2. Air hangat kuku 40-50 °C
2	Cara Kerja	1. Siapkan jahe merah 100 gram. 2. Cuci jahe merah sampai bersih. 3. Kemudian jahe merah diparut. 4. Siapkan baskom kecil dan isi air, isi dengan air hangat suhu 40-50 °C secukupnya untuk 100 gram jahe merah.

	Prosedur pelaksanaan : 1. <i>Informed consent</i> 2. Bersihkan terlebih dahulu daerah nyeri yang akan dilakukan pengompresan. 3. Kemudian tuangkan air hangat yang ada pada termos ke dalam baskom kecil. 4. Kemudian masukkan handuk kecil kedalam air hangat tersebut, kemudian tunggu berapa menit sebelum handuk diperas. 5. Peraskan handuk dan tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. 6. Tambahkan parutan jahe diatas handuk tersebut. 7. Pengompresan dilakukan selama 15 menit. 8. Angkat handuk kecil apabila sudah terasa dingin. 9. Lakukan pengukuran skala nyeri setelah dilakukan pengompresan tersebut (post test).
--	---

2.3.4 Evidence Based Practice (EBP)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Diah Jerita Sari dan Masruroh pada tahun 2021 dengan judul Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Intensitas Nyeri *Rheumatoid Arthritis* (RA) Pada Lansia, dengan metode penelitian One grup Pre-Post Test Design dengan populasi sebanyak 48 orang lansia, didapatkan hasil sebelum diberikan kompres hangat jahe, sebagian besar responden mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 23 orang (53%), sedangkan sesudah diberikan kompres hangat jahe, sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 29 orang (67%). Hal ini menunjukkan kompres hangat jahe memiliki efek yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusyani, dkk (2018) yang berjudul Pengaruh Kompres Jahe Terhadap Penurunan Nyeri Artritis Reumatoid Pada Lansia Di PSLU Jombang, dengan metode penelitian Pra-eksperiment dengan rancangan One-Grup Pre-test Post-test Design. Jumlah populasi 20 orang dengan sampel sebanyak 20 responden dimana terdapat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan kompres jahe pada skala nyeri. Lalu penelitian oleh Purba dkk (2019) dengan judul Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Penurunan Skala Nyeri Artritis Reumatoid Pada Lansia Di Desa Lau Rakit Dusun Ii Kecamatan Stm Hilir Kab Deli Serdang, dengan desain penelitian penelitian pre eksperimen dengan satu kelompok pre–post. Hasil penelitian terdapat penurunan skala nyeri pada penderita artritis reumatoid yang diberikan terapi kompres hangat jahe.

Lalu penelitian oleh Maria (2018) dengan judul Pengaruh Kompres Jahe Hangat Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Arthritis Reumatoid Pada Lansia, dengan desain penelitian menggunakan Studi Kasus, dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kompres jahe hangat terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *Arthritis Reumatoid* (RA). Penelitian tersebut sejalan dengan Arisandy dkk (2023) dengan judul penelitian Penerapan Kompres Hangat Dengan Jahe Merah Pada Rheumatoid Arthritis (RA) Terhadap Nyeri Kronis, dengan desain penelitian deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus asuhan keperawatan untuk mengeksplorasi penerapan kompres hangat dengan jahe, dengan hasil penelitian penerapan kompres hangat dengan jahe merah pada kedua pasien dapat berhasil. Dimana saat menerapkan kompres hangat jahe merah yang dilakukan selama 3 hari selama 1 jam, dapat membantu menurunkan nyeri kronis pada lansia.