

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori penyakit Rheumatoid Arthritis

1. Pengertian

Penyakit rheumatoid arthritis (RA) merupakan salah satu penyakit autoimun berupa inflamasi arthritis pada pasien dewasa. Rheumatoid arthritis (RA) merupakan penyebab tersering inflamasi sendi kronik. RA adalah penyakit inflamasi autoimun - sistemik, progresif dan kronik yang mempengaruhi banyak jaringan dan organ, namun pada prinsipnya merusak sendi-sendi synovial (Fauzi, 2019). Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit inflamasi yang bersifat kronik biasanya menyebabkan peradangan pada persendian dan secara klinis biasanya ditandai dengan nyeri pada sendi tangan dan kaki disertai dengan kekakuan, pembengkakan sendi, kemerahan, mobilitas dan fungsi dari banyak sendi terganggu dan gejala lainnya (Nur Isriani *et al.*, 2022).

Rheumatoid Arthritis merupakan suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliartritis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh pada manusia. Seseorang yang telah terkena rheumatoid arthritis dapat menunjukkan gejala konstitusional yang berupa kelemahan umum, cepat lelah, atau gangguan nonartikular lainnya (Suswitha *et al.*, 2020).

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit inflamasi yang bersifat kronik biasanya menyebabkan peradangan pada persendian dan secara klinis biasanya ditandai dengan nyeri pada sendi tangan dan kaki disertai dengan kekakuan, pembengkakan sendi, kemerahan, mobilitas dan fungsi dari banyak sendi terganggu dan gejala lainnya. Meskipun penyakit ini tidak menular dan tidak menyebabkan kematian, namun dapat menimbulkan masalah medis seperti nyeri, masalah psikologis yang berhubungan dengan rasa sakit, kecemasan, kesulitan tidur dan gelisah

yang disebabkan oleh rasa nyeri yang dirasakan, serta akan mengganggu dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar (Jerita, 2021).

2. Etiologi

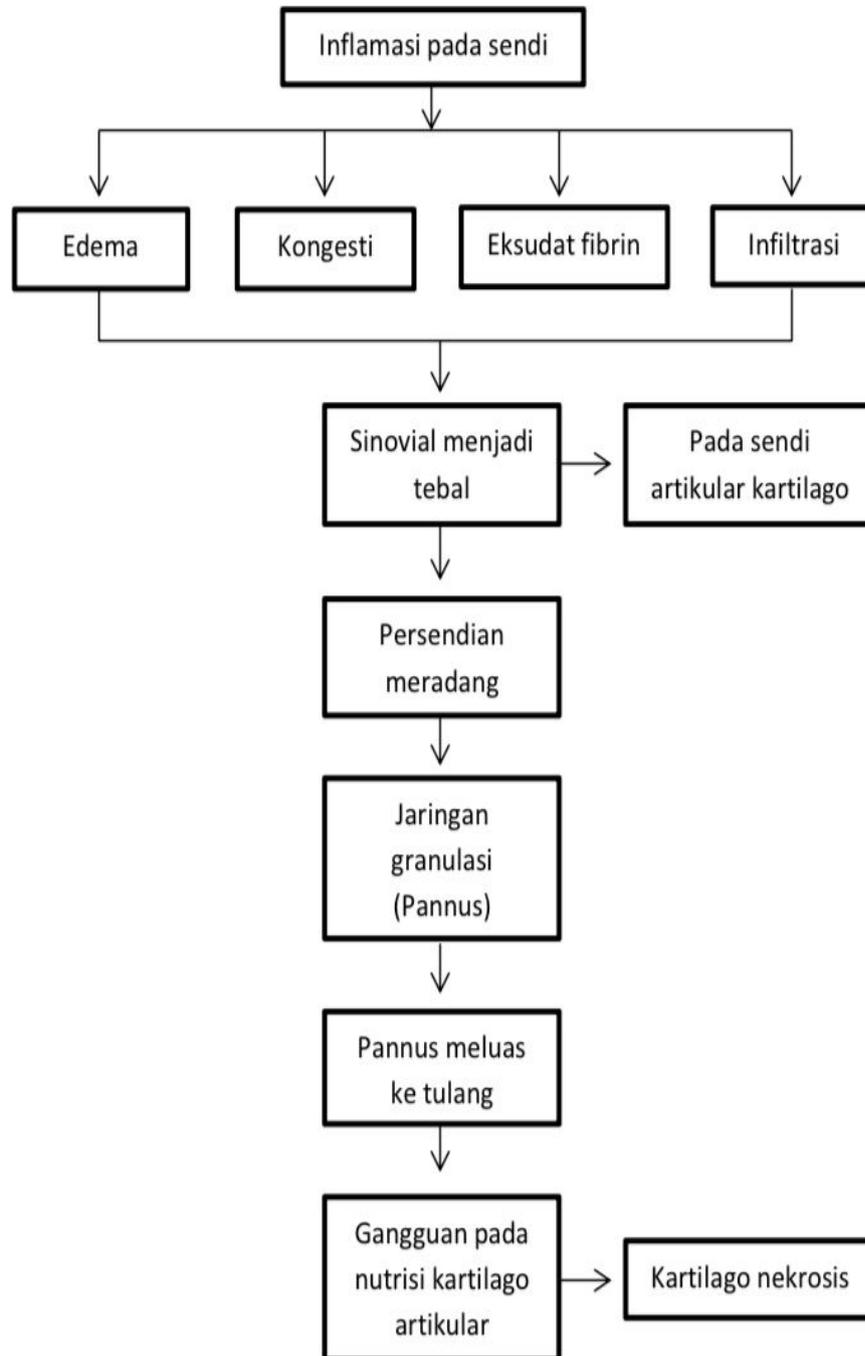
Penyebab rheumatoid arthritis belum diketahui secara pasti walaupun banyak hal mengenai patogenesisnya telah terungkap. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini. Kecenderungan wanita untuk menderita rheumatoid arthritis dan sering dijumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh terhadap penyakit ini. Walaupun demikian karena pembedaan hormon esterogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagaimana yang diharapkan, sehingga kini belum berhasil dipastikan bahwa faktor hormonal memang merupakan penyebab penyakit ini (Aspiani, 2021).

Beberapa faktor yang diduga menjadi penyebab RA antara lain : (1) Faktor genetik; (2) Reaksi inflamasi pada sendi dan selubung tendon; (3) Faktor rheumatoid; (4) Sinovitis kronik dan destruksi sendi; (5) Gender; (6) Infeksi (Fauzi, 2019).

3. Patofisiologi

Pada awalnya, proses inflamasi akan membuat sendi synovial menjadi edema, kongesti vascular dengan pembentukan pembuluh darah baru, eksudat fibrin, dan infiltrasi selular. Peradangan yang berkelanjutan akan membuat synovial menjadi tebal, terutama pada kartilago. Persendian yang meradang akan membentuk jaringan granulasi yang disebut dengan pannus. Pannus akan meluas sehingga masuk ke tulang subkondrial. Jaringan granulasi akan menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago. Ini membuat kartilago menjadi nekrosis. (Asikin, dkk. 2014)

Gambar 2.1
Pathway Rheumatoid Arthritis



Sumber : Asikin, dkk. 2014

4. Manifestasi Klinis

RA pada umumnya sering di tangan, sendi siku, kaki, pergelangan kaki dan lutut. Nyeri dan bengkak pada sendi dapat berlangsung dalam waktu terus-menerus dan semakin lama gejala keluhannya akan semakin berat. Keadaan tertentu, gejala hanya berlangsung selama beberapa hari dan kemudian sembuh dengan melakukan pengobatan.

Rasa nyeri pada persendian berupa pembengkakan, panas, eritema dan gangguan fungsi merupakan gambaran klinis yang klasik untuk rheumatoid arthritis. Persendian dapat terasa hangat, bengkak, kaku pada pagi hari berlangsung selama lebih dari 30 menit. Pola karakteristik dari persendian yang terkena adalah : mulai pada persendian kecil di tangan, pergelangan, dan kaki. Secara progresif mengenai persendian, lutut, bahu, pinggul, siku, pergelangan kaki, tulang belakang serviks, dan temporomandibular (Pharmascience *et al.*, 2016).

Adapun tanda dan gejala yang umum ditemukan atau sangat serius terjadi yaitu: sendi terasa kaku pada pagi hari dan kekakuan pada daerah lutut, bahu, siku, pergelangan tangan dan kaki, juga pada jari-jari, mulai terlihat bengkak setelah mengurangi nyeri sendi dan bengkak, serta meringankan kekakuan dan mencegah kerusakan sendi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien meringankan gejala tetapi juga memperlambat kemajuan penyakit (Pharmascience *et al.*, 2016).

5. Pemeriksaan Penunjang

Berikut adalah beberapa pemeriksaan penunjang Rheumatoid Arthritis diantaranya :

- a. Pemeriksaan antibody citrulline. Pada umumnya tes darah dijalankan untuk membantu membuat diagnosis Rheumatoid Arthritis. Tes ini adalah memeriksa antibody tertentu termasuk *anticyclic antibody citrullinated peptide* (ACPA), dan *antibody antinuclear* (ANA), yang hadir dalam sebagian besar pasien RA. Faktor Rheumatoid Arthritis (RA) muncul sekitar 75-80 persen dari pasien RA, namun kejadian mereka dapat menunjukkan kepada dokter bahwa gangguan autoimun dapat ada.

- b. Pemeriksaan darah. Tes darah lainnya yang dapat dilakukan dapat membantu dokter menentukan sejauh mana peradangan pada sendi dan ditempat lain dalam tubuh. Tingkat sedimentasi 13 eritrosit (ESR) mengukur seberapa cepat sel-sel darah merah jatuh ke dasar tabung reaksi. Biasanya, semakin tinggi tingkat sedimentasi, semakin banyak peradangan yang terjadi di dalam tubuh. Tes darah lain yang mengukur peradangan adalah tes *C-reaktif protein* (CPR). Jika CPR yang tinggi, tingkat peradangan biasanya tinggi juga, seperti selama ruam Rheumatoid Arthritis.
- c. Laju endap darah (LED). Tes ini dilakukan untuk mendeteksi adanya peradangan dalam tubuh. Sampel darah akan diletakkan di dalam sebuah tabung. Saat tubuh mengalami peradangan, maka sel darah merah dalam sampel darah yang diambil akan jatuh ke dasar tabung lebih cepat dari biasanya (Wardana, 2021).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan rheumatoid arthritis yang didasarkan pada sifat terapi terbagi menjadi dua, yaitu: (Lukman & Nurna, Ningsih, 2013)

a. Terapi Nonfarmakologi

Salah satu intervensi nonfarmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat untuk mengurangi skala nyeri Rheumatoid Arthritis dengan menggunakan kompres jahe. Jahe memiliki berbagai manfaat, antara lain sebagai rempah, minyak atsiri, atau obat. Kegunaannya secara tradisional antara lain untuk mengobati rematik, asma, stroke, sakit gigi, diabetes, nyeri otot, sakit tenggorokan, kram, tekanan darah tinggi, mual, demam, dan infeksi. Beberapa kandungan kimia jahe seperti gingerol, shogaol, dan zingerone memiliki efek farmakologis dan fisiologis seperti antioksidan, antiinflamasi, analgesik, dan antikanker. Komponen minyak yang lembab dan tidak mudah menguap dalam jahe berperan sebagai enhancer yang meningkatkan permeabilitas oleoresin ke dalam kulit tanpa iritasi atau kerusakan pada sirkulasi perifer. Senyawa gingerol telah terbukti memiliki sifat antipiretik, antitusif, hipotensi, antiinflamasi dan analgesic.

- b. Terapi farmakologi
 - 1) Obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS)
 - 2) Disease-modifying antireumatic drug (DMARD)
 - 3) Kortikosteroid
 - 4) Terapi Biologi
- 7. Komplikasi
 - a. Dapat menimbulkan perubahan pada jaringan lain seperti adanya proses granulasi dibawah kulit yang disebut subkutan nodule.
 - b. Pada otot dapat terjadi myosis, yaitu proses granulasi jaringan otot.
 - c. Pada pembuluh darah terjadi tromboemboli. Tromboemboli adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.
 - d. Terjadi splenomegali
Splenomegali merupakan pembesaran limfa, jika limfa membesar kemampuan untuk menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah putih dan trombosit dalam sirkulasi menangkap dan menyimpan sel-sel darah akan meningkat (Sya'diyah,2018).

B. Kebutuhan Dasar Manusia

Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow manusia memiliki lima kebutuhan yang dikenal dengan “Hierarki Maslow”

1. Kebutuhan fisiologis (*physiological needs*)

Kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan yang paling dasar untuk dipenuhi karena meliputi hal-hal yang vital bagi kelangsungan hidup. Yang termasuk kedalam kebutuhan fisiologis yaitu: makan, minum, tidur dan bernafas. Selain pemenuhan nutrisi, kebutuhan fisiologis juga mencakup pakaian, tempat tinggal, dan kehangatan

Maslow juga memasukan reproduksi seksual pada tingkat ini. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi, maka tubuh manusia tidak dapat berfungsi secara optimal.

2. Kebutuhan keamanan dan keselamatan (*security and safety needs*)

Pada tingkat kedua ini, kebutuhan menjadi lebih kompleks, dimana kebutuhan akan rasa aman dan keselamatan menjadi yang utama. Beberapa kebutuhan dasar manusia akan rasa aman dan keselamatan yaitu: keamanan keuangan, kesehatan dan kebugaran, serta keamanan dari kecelakaan dan cedera. Manusia pun akan termotivasi dan melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, misalnya dengan bekerja, nabung dan pindah ke lingkungan yang lebih aman dan lainnya.

3. Kebutuhan kasih sayang dan rasa memiliki (*love and belonging needs*)

Bagian ini berkaitan dengan hal-hal tertentu, contohnya seperti persahabatan, keintiman, kepercayaan, penerimaan serta memberi dan menerima kasih sayang. Dalam memenuhi kebutuhan ini, manusia akan terlibat dalam pertemanan, hubungan romantic, keluarga, kelompok social, dan lainnya. Penting bagi seluruh manusia untuk merasa dicintai dan diterima oleh orang lain untuk menghindari berbagai masalah lainnya seperti kesepian, depresi dan kecemasan.

4. Kebutuhan penghargaan (*esteem needs*)

Manusia memiliki kebutuhan akan penghargaan dan rasa hormat. Setelah ketiga kebutuhan sebelumnya terpenuhi, maka kebutuhan harga diri ini memainkan peran yang lebih menonjol untuk memotivasi perilaku manusia. Maslow membagi tingkat ini menjadi dua kategori yaitu kebutuhan harga diri yang berkaitan dengan martabat, prestasi, penguasaan, dan kemandirian. Kemudian, kebutuhan rasa hormat dari orang lain yang berkaitan dengan status, atensi dan reputasi.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*self-actualization needs*)

Kebutuhan aktualisasi diri berkaitan dengan keinginan untuk mewujudkan dan mengembangkan potensi dan bakat, mencari pertumbuhan diri dan pengalaman, serta untuk menjadi segala sesuatu yang diinginkan.

Dengan mengetahui konsep kebutuhan menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa:

- a. Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri yang maksimal

- b. Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan dibawahnya terpenuhi
- c. Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis
- d. Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan disetiap kebutuhan tersebut termodifikasi sesuai dengan budaya masing-masing
- e. Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas

Tabel 2.1
Kebutuhan Dasar Manusia



Pada kasus rheumatoid arthritis, kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan rasa aman dan nyaman karena nyeri klien Rheumatoid Arthritis. Efek rheumatoid arthritis dapat menyebabkan gangguan kenyamanan dan mobilitas karena nyeri, tulang menjadi keropos, perubahan bentuk tulang, kelelahan, perubahan citra diri. Hal ini karena rematik dapat menyebabkan nyeri terus menerus yang berujung pada kelemahan, sehingga membuat penderita tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

1. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang terganggu adalah bebas dari rasa nyeri.
 - a. Pengertian

Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif yang

hanya dapat dijelaskan dan dinilai oleh seseorang yang pernah mengalaminya. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

b. Jenis dan bentuk nyeri

Rasa nyeri akan dirasakan oleh seseorang dalam beberapa bentuk.

Terdapat dua bentuk sindrom nyeri yaitu Nyeri Akut dan Nyeri Kronis:

1. Nyeri akut (Nyeri Nosiseftif)

Nyeri akut sering juga disebut nyeri nosiseftif adalah nyeri yang berlangsung bersamaan dengan masih adanya kerusakan jaringan. Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung secara singkat misal: nyeri yang diakibatkan oleh pembedahan abdomen, rasa nyeri ini tidak melebihi enam bulan. Serangan mendadak dari sebab yang sudah diketahui dan daerah yang nyeri biasanya dapat diketahui. Nyeri akut biasanya ditandai dengan peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

2. Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya.

c. Fisiologi nyeri

Fisiologi bagaimana nyeri ditransmisikan dan dirasakan oleh individu masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, apakah dan seberapa banyak rasa sakit yang dirasakan dipengaruhi oleh interaksi antara sistem penginderaan nyeri tubuh, transmisi dan interpretasi rangsangan sistem saraf.

d. Cara pengukuran nyeri

Intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, yaitu:

1) Skala nyeri menurut Hayward: Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang

menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut:

- a. 0 = tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6 = nyeri sedang
- d. 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan
- e. 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

C. Konsep Asuhan Keperawatan Rheumatoid Arthritis

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi kesehatan.

Menurut (Sya'diyah, 2018) dan (Lukman & Ningsih, 2013) pengkajian terdiri atas:

a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, alamat, penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan, kaki atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa saat sebelum pasien mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi.

c. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut atau tidaknya kulit, dan ada atau tidaknya pembengkakan.

2) Lakukan pengukuran passive range off motion pada sendi-sendi synovial.

a) Catat bila ada atrofi, tonus yang berkurang

- b) Ukur kekuatan otot
- c) Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya
- d) Kaji aktivitas atau kegiatan sehari-hari

d. Riwayat psikososial

Pasien rheumatoid arthritis mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pada pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena ia merasakan adanya kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah.

e. Aktivitas/istirahat

- 1) Gejala: Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stress pada sendi, kekakuan sendi pada hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Gejala lainnya yaitu kelelahan dan keletihan yang hebat.
- 2) Tanda: Malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit dan kontraktur atau kelainan pada sendi dan otot.

f. Kardiovaskuler

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal seperti semula.

g. Integritas ego

Faktor-faktor stress akut atau kronis misal financial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan sosial. Ancaman pada diri, citra tubuh, identitas diri misalnya ketergantungan pada orang lain dan perubahan bentuk anggota tubuh.

h. Makanan dan cairan

Ketidakmampuan untuk menghasilkan atau mengkonsumsi makanan atau cairan secara adekuat, mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah dan mengalami penurunan berat badan.

i. Hygiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan secara mandiri atau ketergantungan kepada orang lain.

j. Neurosensori

Kebas atau kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan serta terjadi pembengkakan pada sendi .

k. Nyeri/Kenyamanan

Fase akut dari nyeri disertai pembengkakan ataupun tidak pada jaringan lunak pada sendi. Rasa nyeri kronis dan kekakuan terutama dipagi hari.

l. Keamanan

Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani aktivitas. Demam ringan menetap, dan kekeringan pada mata dan membrane mukosa.

m. Interaksi sosial

Kerusakan interaksi sosial dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran dan isolasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Rusdianti, 2019)

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien rheumatoid arthritis adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi cairan, destruksi sendi.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau rasa tidak nyaman deformitas skeletal, penurunan kekuatan otot.
- c. Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan otot.

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah gambaran spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu dalam mencapai kriteria hasil (Rusdianti, 2019).

Rencana keperawatan pada kasus Rheumatoid Arthritis menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.2
Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi akumulasi cairan, destruksi sendi	Kontrol nyeri (L.08063:58) Kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat 4. Penggunaan analgesic	Manajemen nyeri (I.08238:201) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.hipnosis, acupressure, terapi music, terapi pijat, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

1	2	3	4
			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan startegi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik , bila perlu
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas skeletal, penurunan kekuatan otot</p>	<p>Mobilitas fisik (L.05042:65) Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173:30) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana

1	2	3	4
			yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)
3	Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan otot	Tingkat jatuh (L.14138:140) Kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan jatuh (I.14540:279) Observasi: 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis.penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik: 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2) Pasang handrail tempat tidur 3) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat 5) Gunakan alat bantu berjalan Edukasi: 1) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan 4) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

4. Implementasi

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien berpindah dari situasi kesehatan yang mereka

hadapi kesituasi kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diinginkan (Suarni&Apriyani, 2017:67) .

Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana atau tindakan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukan Nursing order untuk membantu klien dan keluarga mencapai tujuan yang diharapkan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan mengevaluasi pelaksanaan asuhan yang dimaksud untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien yang terbaik dan untuk mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017:73).

Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016). Evaluasi adalah menilai keberhasilan tindakan yang telah dilaksanakan. Indikator evaluasi adalah kriteria hasil yang telah disusun pada tujuan ketika perawat menyusun tindakan keperawatan.

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan menggunakan komponen SOAP sebagai berikut:

S: Data subjektif, merupakan informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O: Data objektif, merupakan informasi yang didapat hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A: Analisa, merupakan perbandingan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian atau tidak teratasi.

P: Planning, merupakan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

D. Teori Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah

meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil. Pengetahuan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil. Domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3. TUK 3 : Mampu merawat

Domain capaian hasil adalah kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian adalah kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil adalah pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

E. Proses Keperawatan Keluarga

Teori di atas sesuai dengan pernyataan (Achjar, 2010) menyatakan aspek keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Data umum

1) Identitas pasien

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi: nama, umur, unsur, pekerjaan, suku, agama, dan alamat (KK).

2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini focus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnosa penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.

3) Data kesehatan keluarga

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembaban lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana serana MCK yang ada dilingkungan rumah.

4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi didalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu:

a) KMK mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian hingga tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat asli dari luasnya masalah dirasakan keluarga. Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah

kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

c) KMK merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) KMK memelihara kesehatan memodifikasi memelihara lingkungan

Meliputi keuntungan atau manfaat pemeliharaan, pentingnya hygien sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

e) KMK kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan

Meliputi sejauh mana keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan baik.

b. Prioritas masalah

Skoring Diagnosis Keperawatan Menurut Bailon & Maglaya (1978)

Tabel 2.3
Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah Aktual (tidak/kurang sehat) Resiko Potensial	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Mudah Hanya sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1

Keterangan skoring:

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai tabel di atas, langkah selanjutnya yaitu membuat skoring. Bailon dan Maglaya membuat rumus:

Gambar 2.4
Skoring skala prioritas

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Dengan adanya skala proiritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang memutuhkan penanganan cepet atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera tidak atau kurang sehat merupakan kondisi di mana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini biasa berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah.

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

3) Kriteria potensi pencegahan masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah, berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling berat

adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria masalah yang menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien.

Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat. Prioritas yang harus ditangani berdasarkan:

- a) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- b) Ada masalah terapi tidak harus segera ditangani.
- c) Ada masalah tetapi tidak dirasakan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengambilan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggungjawab untuk melaksanakannya.

a. Problem (P/masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien. Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum atau membuat analogi-analogi yang mudah dimengerti sehingga mampu meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan, unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

- 1) Patofisiologi penyakit, yaitu semua penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
 - 2) Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang bias menjadikan sebab kekurangan pengetahuan, isolasi social.
 - 3) Medikasi yaitu fasilitas dan program pengobatan atau perawatan.
 - 4) Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak.
 - 5) *Adolescare* yaitu tergantungan dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif.
 - 6) *Young adult* yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orang tua.
 - 7) Dewasa, yaitu tekanan karier dan tanda-tanda pubertas.
- c. Sign dan sympom (S/Tanda dan Gejala)

Pada tahap ini yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, gejala, atau tanda. Sign and symptom merupakan informasi yang sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan, dan telah ditentukan rumus yang telah disepakati bersama. Rumus tersebut adalah PE/PES (Achjar, 2012).