

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Rheumatoid Arthritis

1. Pengertian

Rheumatoid arthritis adalah penyakit inflamasi sistemik kronis yang tidak diketahui penyebabnya. Karakteristik rheumatoid yaitu terjadinya kerusakan dan proliferasi pada membran sinovial, yang menyebabkan kerusakan pada tulang sendi, ankilosis, dan deformitas. Penyakit ini lebih banyak diderita oleh perempuan yang sering kali ditemukan pada umur 40-50 tahunan. (Lukman & Ningsih, 2013:216) dan (Asikin, 2013:36).

2. Etiologi

Menurut (Sya'diyah, 2018) dan (Asikin, 2013:36), Etiologi penyakit ini tidak diketahui secara pasti. Namun ada beberapa faktor risiko yang diketahui berhubungan dengan penyakit ini, yaitu :

- a. Usia lebih dari 40 tahun
- b. Jenis kelamin wanita lebih sering
- c. Suku bangsa
- d. Faktor kerentanan genetik
- e. Reaksi imunologi
- f. Reaksi inflamasi pada sendi dan tendon
- g. Kepadatan tulang
- h. Cedera sendi, pekerjaan dan olahraga
- i. Kegemukan dan penyakit metabolik

3. Patofisiologi

Inflamasi mula-mula mengenai sendi-sendi sinovial dan menjadi edema, kongesti vaskular, eksudat fibrin dan infiltrasi selular. Peradangan yang berkelanjutan membuat sinovial menjadi menebal, terutama pada sendi kartilago. Persendian yang meradang akan membentuk jaringan granulasi yang disebut dengan pannus. Pannus masuk ke tulang sub chondrial. Jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago artikular. Kartilago menjadi nekrosis. Tingkat erosi dari kartilago menentukan tingkat ketidakmampuan sendi. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka terjadi adhesi diantara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa atau tulang bersatu (ankilosis). Kerusakan kartilago dan tulang menyebabkan tendon dan ligamen jadi lemah dan bisa menimbulkan sublüksasi atau dislokasi dari persendian. Invasi dari tulang sub chondrial bisa menyebabkan osteoporosis setempat. Lamanya arthritis rheumatoid berbeda dari tiap orang. Ditandai dengan masa adanya serangan dan tidak adanya serangan. Sementara pada orang yang sembuh dari serangan pertama dan selanjutnya tidak terserang lagi. Pada kasus lain, terutama mempunyai faktor rheumatoid (seropositif gangguan rheumatoid) gangguan akan menjadi kronis yang progresif. (Risnanto & Insani, 2014:62).

4. Tanda dan gejala

Ada beberapa tanda dan gejala yang biasa ditemukan pada klien dengan rheumatoid arthritis. Tanda dan gejala ini tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan. Karena itu penyakit ini memiliki

tanda dan gejala yang sangat bervariasi. (Lukman & Ningsih, 2013:218) dan (Asikin, 2013:39).

- a. Nyeri persendian disertai kaku terutama pada pagi hari dan gerakan terbatas, kekakuan berlangsung selama kurang lebih 30 menit dan dapat berlanjut sampai berjam-jam dalam sehari.
 - b. Perlahan-lahan bagian yang terkena akan membengkak, panas, warna kemerahan, dan lemah.
 - c. Pembengkakan sendi yang meluas dan simetris
 - d. Paling sering mengenai sendi kecil pada tangan, kaki, dan pergelangan tangan, meskipun sendi yang lebih besar juga sering kali terkena.
 - e. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan dapat dilihat pada foto rontgen.
 - f. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang dapat terjadi kelelahan yang hebat.
5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien rheumatoid arthritis menurut (Asikin, 2013:40).

- a. Pemeriksaan radiologi
Menunjukkan adanya pembengkakan jaringan lunak dan osteoporosis, penyempitan ruang artikular dan erosi tulang marginal hingga kerusakan artikular, serta deformitas sendi.
- b. Pemeriksaan laboratorium
 - 1). Laju endap darah meningkat
 - 2). Protein C-reaktif meningkat

- 3). Terjadi anemia dan leukositosis
- 4). Tes serologi faktor rheumatoid positif (80 % penderita)

c. Aspirasi cairan sinovial

Cairan sinovial menunjukkan adanya proses inflamasi (jumlah sel darah putih $> 2000/\mu\text{L}$). Pemeriksaan cairan sendi meliputi pewarnaan gram, pemeriksaan sel darah, kultur, dan gambaran makroskopis.

6. Penatalaksanaan medis

Beberapa penatalaksanaan medis, antara lain (Lukman & Ningsih, 2013: 222), (Hidayatus Sya'diyah, 2018) dan (Asikin, 2013:41).

a. Pengobatan farmakologi

- 1). Obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS)
- 2). Disease-modifying antirheumatic drug (DMARD)
- 3). Kortikosteroid
- 4). Terapi biologi

b. Pengobatan nonfarmakologi

- 1). Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit
- 2). Istirahatkan sendi yang sakit, hindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit.
- 3). Latihan fisik
- 4). Nutrisi: pola makan untuk penurunan berat badan yang berlebih
- 5). Lingkungan yang aman untuk melindungi dari cedera
- 6). Kompres dengan es saat kaki bengkak dan kompres air hangat saat nyeri
- 7). Mandi dengan air hangat untuk mengurangi rasa nyeri

7. Komplikasi

Rheumatoid Arthritis bersifat sistemik. Sehingga dapat menimbulkan perubahan pada jaringan lain (Risnanto & Insani, 2014:65) seperti :

- a. Adanya proses granulasi di bawah lapisan kulit yang disebut subkutan nodule
- b. Pada otot terjadi myositis yaitu proses granulasi jaringan otot
- c. Kelainan pada katup jantung, menyebabkan katup menjadi kaku
- d. Pada pembuluh darah terjadi tromboemboli
- e. Pada limfe dapat terjadi splenomegali

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikologi dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan manusia yang lebih dikenal dengan istilah “Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow”.

Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki

4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri.

Pada kasus arthritis rheumatoid kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologi dan kebutuhan keselamatan dan rasa aman tepatnya nyeri. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow, yaitu: kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, kebutuhan seksual. Kebutuhan dasar yang terganggu pada pasien rheumatoid arthritis adalah kebutuhan keselamatan dan rasa aman dan kebutuhan fisiologis. (Mubarak, W. I., & Chayatin, N, 2007:1).

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

- a. Pengertian

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat. (Mubarak & Chayatin, 2007:204).

- b. Fisiologi nyeri

Fisiologi nyeri yaitu bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut

mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus. (Mubarak & Chayatin, 2007:204).

c. Cara pengukuran nyeri

Ada beberapa cara pengukuran nyeri, antara lain Intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain:

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

2). Skala nyeri menurut McGill: Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut:

- a). 0 = tidak nyeri
- b). 1 = nyeri ringan
- c). 2 = nyeri sedang

- d). 3 = nyeri berat atau parah
- e). 4 = nyeri sangat berat
- f). 5 = nyeri hebat

2. Kebutuhan fisiologi yang terganggu adalah istirahat dan tidur

a. Pengertian

Istirahat dan tidur mutlak dibutuhkan oleh setiap orang untuk dapat menjaga status kesehatan pada tingkat yang optimal. Orang yang sakit membutuhkan banyak istirahat dan tidur agar dapat memperbaiki kerusakan sel. Selain itu, orang yang kelelahan juga membutuhkan istirahat dan tidur untuk memulihkan kondisi tubuh.

b. Fisiologi tidur

Aktivitas tidur berhubungan dengan mekanisme serebral yang secara bergantian mengaktifkan dan menekan pusat otak agar dapat tidur dan bangun. Bagian otak yang mengendalikan aktivitas tidur adalah batang otak, tepatnya pada sistem pengaktifan retikularis atau *Reticular Activating System (RAS)* dan *Bulbar synchronizing regional (BSR)*. RAS terdapat di batang otak bagian atas dan diyakini memiliki sel-sel yang dapat mempertahankan kewaspadaan serta kesadaran. RAS juga diyakini dapat memberikan rangsangan visual, pendengaran, nyeri, dan perabaan serta dapat menerima stimulasi dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses berpikir.

Pada saat sadar, RAS melepaskan ketekolamin untuk mempertahankan kewaspadaan dan agar tetap terjaga. Pengeluaran serotonin dari BSR menimbulkan rasa kantuk yang selanjutnya

menyebabkan tidur. Terbangun atau terjaganya seseorang tergantung pada keseimbangan implus yang diterima dipusat otak dan sistem limbik. (Saputra, 2013:169).

3. Obat Tradisional

a. Pengertian

Obat tradisional adalah obat yang dibuat dari bahan atau paduan bahan-bahan yang diperoleh dari tanaman, hewan atau mineral yang belum berupa zat murni. Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan galenic atau campuran dari bahan-bahan tersebut, yang secara tradisional telah digunakan untuk pengobatan, berdasarkan pengalaman (Ditjen POM,1999).

b. Jenis pengobatan di Indonesia

- 1). Pengobatan tradisional dengan dengan ramuan obat
- 2). Pengobatan tradisional dengan spritual/kebatinan
- 3). Pengobatan tradisional dengan memakai peralatan
- 4). Pengobatan tradisional yang telah mendapat pengarahan dan pengaturan pemerintah.

c. Konsep kompres jahe untuk mengatasi rheumatoid arthritis

1). Pengertian jahe

Jahe merupakan tanaman obat berupa tumbuhan rumpun berbatang semu. Jahe (*Zingiber officinale*) berasal dari Asia, yang tersebar dari India sampai Cina. Karena itu kedua bangsa ini disebut-sebut sebagai yang pertama kali memanfaatkan jahe,

terutama sebagai bahan minuman, bumbu masak, dan obat. Pengertian jahe di Indonesia adalah batang yang tumbuh dalam tanah yang disebut rimpang. Berdasarkan ukuran, bentuk, dan warna rimpangnya, jahe dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu jahe putih besar disebut juga jahe badak, jahe putih kecil, dan jahe merah.

2). Indikasi pemberian kompres jahe

- a). Pasien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah)
- b). Pasien dengan perut kembung
- c). Pasien yang mempunyai penyakit peradangan, seperti radang akibat rheumatoid arthritis
- d). Keram otot

3). Kontra indikasi pemberian kompres jahe

- a). Trauma 12-24 jam pertama
- b). Perdarahan
- c). Bengkak
- d). Gangguan pembuluh darah
- e). Memar

4). Efektifitas kompres jahe

Efektifitas kompres hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Dengan meningkatnya aliran darah maka suplai O₂ ke jaringan juga meningkat sehingga sel-sel mendapatkan nutrisi yang cukup. Tercukupinya kebutuhan nutrisi sel akan merangsang ujung saraf

perifer mengirim stimulus ke otak untuk mengeluarkan hormon endorphen yang dapat menimbulkan efek analgesik dan relaksasi otot sehingga proses inflamasi berkurang. Terapi kompres hangat yang dilakukan pada stadium subakut dan kronis pada rheumatoid arthritis untuk mengurangi nyeri, menambah kelenturan sendi, mengurangi penekanan dan nyeri pada sendi, melemaskan otot dan melenturkan jaringan ikat.

Kandungan jahe bermanfaat untuk mengurangi nyeri rheumatoid karena jahe memiliki sifat pedas, pahit, dan aromatic dari oleoresin seperti *zingeron*, *gingerol* dan *shogaol*. Oleoresin memiliki potensi antiinflamasi dan antioksidan yang kuat.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Rhrumatoid Arthritis

1. Pengkajian

Menurut (Sya'diyah, 2018) dan (Lukman & Ningsih, 2013:223), pengkajian terdiri atas:

a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, alamat, penanggung jawab. Data dasar pengkajian pasien tergantung pada keparahan dan keterlibatan organ lainnya (misalnya mata, jantung, paru-paru, ginjal).

b. Riwayat kesehatan

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan, atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa periode 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 tidaknya kulit, dan ada tidaknya pembengkakan.
- 2). Lakukan pengukuran *passive range off motion* pada sendi-sendi sinovial: catatat bila ada deviasi (keterbatasan gerak sendi), catat bila ada krepitasi, catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakkan, lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral
 - a). Catat bila ada atrofi, tonus yang berkurang
 - b). Ukur kekuatan otot
 - c). Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya
 - d). Kaji aktivitas/kegiatan sehari-hari

d. Riwayat psikososial

Pasien arthritis reumatoid 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, yang memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan yang hebat.
- 2). Tanda: Malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktur atau kelainan pada sendi dan otot.

f. Kardiovaskular

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal

g. Integritas Ego

Faktor-faktor stres akut atau kronis, misal finansial, pekerjaan, ketidak-mampuan, faktor-faktor hubungan sosial. Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas diri misal ketergantungan pada orang lain, dan perubahan bentuk anggota tubuh.

h. Makanan/Cairan

Ketidakmampuan untuk menghasilkan atau mengonsumsi makanan atau cairan adekuat, mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah. Penurunan berat badan, dan membran mukosa kering.

i. Higiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain.

j. Neurosensori

Kebas atau kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Terjadi pembengkakan sendi simetris.

k. Nyeri/Kenyamanan

Fase akut dari nyeri (disertai atau tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari).

l. Keamanan

Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani tugas atau pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap, kekeringan pada mata, dan membran mukosa.

m. Interaksi Sosial

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

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien rheumatoid arthritis (Istianah, 2017: 101) adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut b.d proses inflamasi akumulasi cairan, destruksi sendi.
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas skeletal, penurunan kekuatan otot
- c. Risiko cedera b.d kelemahan otot
- d. Gangguan pola tidur b.d nyeri, fibrosistis
- e. Gangguan citra tubuh b.d perubahan kemampuan melaksanakan aktivitas sehari-hari, peningkatan penggunaan energi atau ketidakseimbangan mobilitas.

3. Rencana Keperawatan

Tabel 1.2
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d proses inflamasi akumulasi cairan, destruksi sendi d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur	Kontrol nyeri (L.08063:58) Kriteria hasil: 1. Kemampuan mengenali kapan nyeri terjadi 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 3. Penggunaan analgesik 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi	Manajemen nyeri (I.08238:201) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi (seperti teknik relaksasi dan kompres hangat daerah yang nyeri) 5. Fasilitasi istirahat dan tidur.

1	2	3	4
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas skeletal, penurunan kekuatan otot d.d sulit meng-gerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, gerakan terbatas	Mobilitas fisik (L.05042:65) Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) 4. Gerakan terbatas 5. Kaku sendi	Dukungan mobilisasi (I.05173:30) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Anjurkan mobilisasi dini 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur).
3.	Risiko cedera b.d kelemahan otot	Tingkat jatuh (L.14138:140) Kriteria hasil: 1. Tidak jatuh saat berjalan 2. Tidak jatuh saat berdiri 3. Tidak jatuh saat duduk dan berpindah 4. Keselamatan fisik klien terjaga	Pencegahan jatuh (I.14540:279) 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis.lantai licin, penerangan kurang). 3. Anjurkan menggunakan alas kaki yang aman 4. Gunakan alat bantu berjalan (mis.kursi roda, walker).

1	2	3	4
4.	Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d sulit tidur, merasa tidak puas tidur, istirahat tidak cukup	Pola Tidur (L.05045:96) Kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur 2. Keluhan sering terjaga 3. Keluhan istirahat tidak cukup 4. Kemampuan beraktivitas menurun	Dukungan tidur (I.05174:48) 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan, cahaya, suhu) 5. Anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
5.	Gangguan citra tubuh b.d perubahan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi atau ketidakseimbangan mobilitas d.d mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahantubuh, mengungkapkan kecacatan	Citra tubuh (L.09067:19) Kriteria hasil: 1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh 2. Verbalisasi perubahan gaya hidup 3. Fokus pada bagian tubuh 4. Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan	Promosi citra tubuh (I.09305:359) 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan. 2. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya. 3. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 4. Identifikasi dampak dari budaya, agama, ras, jenis kelamin pasien terkait citra tubuh.

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			5. Diskusikan perubahan-perubahan bagian tubuh disebabkan adanya penyakit atau pembedahan, dengan cara yang tepat.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Suarni & Apriyani,2017:67).

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni & Apriyani,2017:73).

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

S : Data subjektif

Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O : Data objektif

Adalah informasi yang didapat hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A : Analisa

Adalah membandingkan antara informasi subjectif dan objectif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.

P : Planning

Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

D. Teori Keperawatan Keluarga

Menurut Astuti Yuni Nursasi, dalam rakernas Rakernas IPKKI 2017, “Perawat Komunitas sebagai Pilar Ketahanan Keluarga Sehat”, Jakarta, 16 November 2017 menyatakan bahwa “Asuhan keperawatan keluarga adalah asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga, salah satu tujuannya adalah memungkinkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga di berikan kepada individu, keluarga, kelompok masyarakat. Diagnosa keperawatan adalah tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga yang mengaplikasikan lima tujuan khusus. Dengan memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1: Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil: pengetahuan kesehatan 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, dukungan *care giver* dan emosional.

3. TUK 3: Mampu merawat

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

5. TUK 5: Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil yaitu pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan. (Nigrum, 2019 dalam KTI).

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

1. Pengkajian

a. Data Umum

1). Identitas kepala keluarga

Berisi tentang identitas pasien meliputi nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat (KK), suku, agama.

2). Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus pada yang sakit yang mencakup diagnosa penyakit, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, riwayat

perawatan, gangguan kesehatan serta kebutuhan dasar manusia apa saja yang terganggu. Dan kemudian pemeriksaan *head to toe* dari kepala, ekstermitas atas, ekstermitas bawah, serta area genitalia.

3). Data kesehatan lingkungan

Berupa kondisi rumah meliputi: tipe rumah, ventilasi, kebersihan rumah, bagaimana pencahayaan rumah, kelembapan lingkungan dan kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

4). Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tentang tipe keluarga, peran anggota keluarga, dan bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan dan sumber penunjang kehidupan keluarga.

5). Fungsi keluarga

Pada bagian fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga yaitu :

a). KMK mengenal masalah kesehatan

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

b). KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah, masalah yang dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.

c). KMK merawat anggota yang sakit

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 atau memodifikasi/memelihara lingkungan keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, dan upaya pencegahan penyakit.

e). KMK menggunakan fasilitas kesehatan

b. Prioritas masalah

Tabel 2.2

Skala Prioritas Keperawatan Keluarga

Kriteria	Bobot	Skor
Sifat masalah	1	Aktual : 3 Risiko : 2 Potensial : 1
Kemungkinan masalah dapat diubah	2	Mudah : 2 Sebagian : 1 Tidak dapat : 0
Potensi untuk di cegah	1	Tinggi : 3 Cukup : 2 Rendah : 1
Menonjolnya masalah	1	Segera di atasi : 2 Tidak segera di atasi : 1 Tidak di rasakan : 0

Sumber : (Bakri,2011:119)

Setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan tabel di atas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon dan Maglaya (2009) membuat rumus :

Skoring Skala Prioritas

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

Dengan adanya skala prioritas, maka kita dapat mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing-masing dari kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

a). 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. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi potensi yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bisa berlaku dari penyakit yang ringan hingga yang paling berat. Keadaan sejahtera suatu keluarga bisa menjadi penentu suatu masalah.

b). 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.

c). Kriteria potensi pencegahan masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkatan, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkatan ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling dekat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

d). Kriteria masalah yang menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat saat menangani pasien. Namun masih tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilakukan tepat.

e). Prioritas yang harus ditangani berdasarkan: 1) masalah yang benar-benar harus segera ditangani, 2) ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani, 3) ada masalah tetapi tidak dirasakan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. (Suarni & Apriyani, 2017:43).

a. Komponen diagnosa keperawatan

1). Problem (P/Masalah)

Merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal, atau sesuai dengan perkembangannya. Tujuan dari diagnosa ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan

yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien.

2). Etiologi (E/Penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari berbagai penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan. Penyebab inilah yang akan memberikan arah terhadap terapi keperawatan.

3). Sign & symptom (S/Tanda & Gejala)

Pada poin ini, yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, tanda atau gejala. *Sign and symptom* merupakan informasi yang sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan.