

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Rematik

1. Defenisi Rematik

Artritis Rematoid adalah suatu penyakit autoimun dimana sistem imun seseorang mengalami kerusakan dibagian persendian (biasanya sendi tangan dan kaki) secara simetris mengalami peradangan, sehingga terjadi pembengkakan, nyeri dan seringkali akhirnya menyebabkan kerusakan bagian dalam sendi (sakti, N. P. R. & Muhlisin, A. M. A, 2019)

2. Klasifikasi Rematik

Reumatik dapat dikelompokkan atas beberapa golongan, yaitu :

1. Osteoarthritis.

Penyakit merupakan penyakit kerusakan tulang rawan sendi yang berkembang lambat dan berhubungan dengan usia lanjut. Secara klinis ditandai dengan nyeri, deformitas, pembesaran sendi, dan hambatan gerak pada sendi – sendi tangan dan sendi besar yang menanggung beban ini.

2. Artritis Rematoid.

Artritis rematoid adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliartritis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien artritis rematoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresifitasnya. Pasien dapat juga menunjukkan gejala berupa kelemahan umum cepat lelah.

3. Polimialgia Reumatik.

Penyakit ini merupakan suatu sindrom yang terdiri dari rasa nyeri dan kekakuan yang terutama mengenai otot ekstremitas proksimal, leher, bahu dan panggul. Terutama mengenai usia pertengahan atau usia lanjut sekitar 50 tahun ke atas.

4. Artritis Gout .

Artritis gout adalah suatu sindrom klinik yang mempunyai gambaran khusus, yaitu artritis akut. Artritis gout lebih banyak terdapat pada pria dari pada

wanita. Pada pria sering mengenai usia pertengahan, sedangkan pada wanita biasanya mendekati masa menopause

3. Etiologi Rematik

Penyebab rematik hingga saat ini masih belum terungkap, namun beberapa resiko untuk timbulnya rematik antara lain:

a. Umur

Dari semua faktor timbulnya rematik, faktor ketuaan adalah terkuat. Prevalensi dan beratnya rematik semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Rematik cenderung terjadi pada usia lanjut.

b. Jenis Kelamin

Wanita lebih sering terkena rematik pada lutut dan pria lebih sering terkena pada paha, pergelangan tangan dan leher.

c. Genetik

Faktor herediter juga berperan timbulnya rematik misalnya pada seorang ibu dari seorang wanita dengan rematik pada sendi-sendi interfalang distal terdapat dua kali lebih sering rematik pada sendi tersebut. Anaknya perempuan cenderung mempunyai tiga kali lebih sering daripada ibunya.

d. Suku

Prevalensi pada pola terkenanya sendi pada rematik nampaknya terdapat perbedaan diantara masing-masing suku bangsa, misalnya rematik paha lebih jarang diantara orang berkulit hitam dengan orang berkulit putih. Rematik lebih sering dijumpai pada orang-orang asli amerika dari pada orang berkulit putih. Hal ini mungkin berkaitan dengan perbedaan cara hidup maupun perbedaan pada frekuensi kelainan kongenital dan pertumbuhan.

e. Kegemukan (Obesitas)

Berat badan berlebihan berkaitan dengan meningkatnya resiko untuk timbulnya rematik pada pria dan wanita. Karena menahan beban berat badan sehingga mengganggu sendi.

4. Manifestasi Klinis

Pasien-pasien dengan rematik akan menunjukkan tanda dan gejala seperti :

a. Nyeri persendian

- b. Bengkak (Rheumatoid nodule)
- c. Kekakuan pada sendi terutama setelah bangun tidur pada pagi hari
- d. Terbatasnya pergerakan
- e. Sendi-sendai terasa panas
- f. Demam (pireksia)
- g. Anemia
- h. Berat badan menurun
- i. Kekuatan berkurang
- j. Tampak warna kemerahan di sekitar sendi
- k. Perubahan ukuran pada sendi dari ukuran normal
- l. Pasien tampak anemic

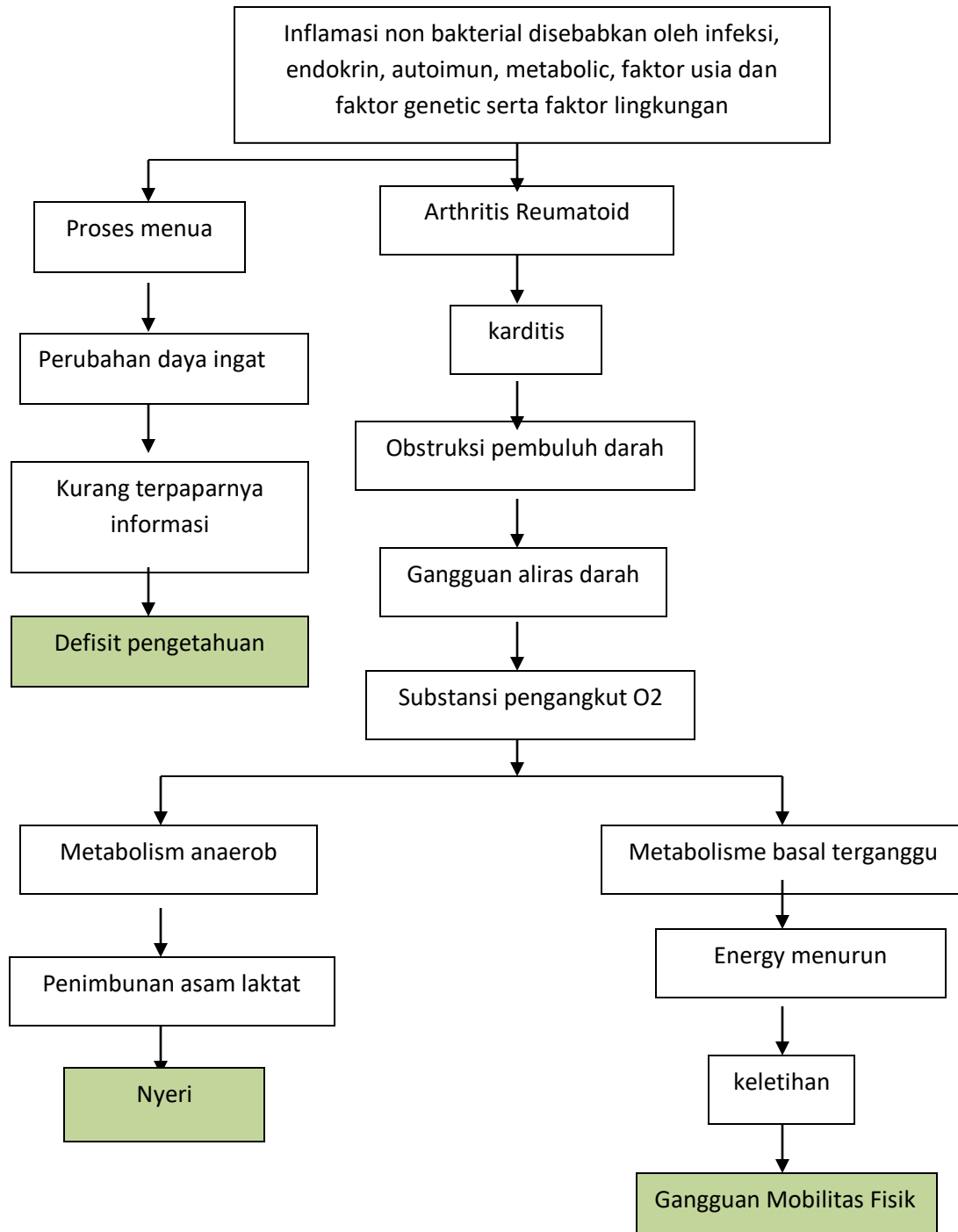
Pada tahap yang lanjut akan ditemukan tanda dan gejala seperti :

- a. Gerakan menjadi terbatas
- b. Adanya nyeri tekan
- c. Deformitas bertambah pembengkakan
- d. Kelemahan
- e. Depresi

5. Patofisiologi

Pada rematik reaksi autoimun terjadi dalam jaringan synovial, proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membrane synovial dan akhirnya pembentukan pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang, akibatnya adalah menghilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi, otot akan turut tertekan karena serabut otot akan mengalami perubahan degenerative dengan menghilangnya elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot (Smeltzer& Bare , 2018).

6. Web Of Caution



7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Sinar X dari sendi yang sakit : menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.
- b. Scan radionuklida : mengidentifikasi peradangan sinovium
- c. Artroskopi Langsung : Visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/ degenerasi tulang pada sendi
- d. Pemeriksaan cairan sendi melalui biopsi, FNA (*Fine Needle Aspiration*) atau artroskopi; cairan sendi terlihat keruh karena mengandung banyak leukosit dan kurang kental dibanding cairan sendi yang normal.
- e. Kriteria diagnostik Arthritis Rheumatoid adalah terdapat poli- arthritis yang simetris yang mengenai sendi-sendi proksimal jari tangan dan kaki serta menetap sekurang-kurangnya 6 minggu atau lebih bila ditemukan nodul subkutan atau gambaran erosi peri-artikuler pada foto rontgen.

8. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Memberikan Pendidikan

Pendidikan yang diberikan meliputi pengertian tentang patofisiologi, penyebab dan prognosis penyakit termasuk komponen penatalaksanaan regimen obat yang kompleks. Pendidikan tentang penyakit ini kepada pasien, keluarga dan siapa saja yang berhubungan dengan pasien.

2. Istirahat

Sangat penting karena Rematoid Arthritis biasanya disertai rasa lelah yang hebat. Oleh karena itu, pasien harus membagi waktu istirahat dan beraktivitas.

3. Latihan Fisik

Dapat bermanfaat dalam mempertahankan fungsi sendi. Latihan ini mencakup gerakan aktif dan pasif semua sendi yang sakit, minimalnya 2x sehari.

4. Termotrafi

Lakukan kompres panas pada sendi- sendi yang sakit dan bengkak mungkin dapat mengurangi nyeri.

5. Gizi

Pemenuhan gizi pada artritis reumatoid adalah untuk mencapai dan mempertahankan status gizi yang optimal serta mengurangi peradangan pada sendi. Adapun syarat – syarat diet artritis reumatoid adalah protein cukup, lemak sedang, cukup vitamin dan mineral, cairan disesuaikan dengan urine yang dikeluarkan setiap hari. Rata – rata asupan cairan yang dianjurkan adalah 2 – 2 ½ L/hari, karbohidrat dapat diberikan lebih banyak yaitu 65 – 75% dari kebutuhan energi total.

9. Penatalaksanaan Medis

a. Pendidikan

Langkah pertama dari program penatalaksanaan ini adalah memberikan pendidikan yang cukup tentang penyakit kepada penderita, keluarganya dan siapa saja yang berhubungan dengan penderita. Pendidikan yang diberikan meliputi pengertian, patofisiologi (perjalanan penyakit), penyebab dan perkiraan perjalanan (prognosis) penyakit ini, semua komponen program penatalaksanaan, sumber-sumber bantuan untuk mengatasi penyakit ini dan metode efektif tentang penatalaksanaan yang diberikan oleh tim kesehatan. Proses pendidikan ini harus dilakukan secara terus-menerus.

b. Latihan Fisik dan Termoterapi

Latihan spesifik dapat bermanfaat dalam mempertahankan fungsi sendi. Latihan ini mencakup gerakan aktif dan pasif pada semua sendi yang sakit, sedikitnya dua kali sehari. Obat untuk menghilangkan nyeri perlu diberikan sebelum memulai latihan. Kompres panas pada sendi yang sakit dan bengkak mungkin dapat mengurangi nyeri. Latihan dan termoterapi ini paling baik diatur oleh pekerja kesehatan yang sudah mendapatkan latihan khusus, seperti ahli terapi fisik atau terapi kerja. Latihan yang berlebihan dapat merusak struktur penunjang sendi yang memang sudah lemah oleh adanya penyakit.

c. Obat-obatan

Pemberian obat adalah bagian yang penting dari seluruh program penatalaksanaan penyakit reumatik. Obat-obatan yang dipakai untuk mengurangi nyeri seperti tindakan nonfarmakologis terapi komplementer kompres jahe yang efektif mengurangi skala nyeri dengan melakukan kompres jahe selama 20 menit (Wahyuni, 2016).

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimic wajah pasien pada saat nyeri menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya pada lansia dan anak-anak.

B. Konsep Dasar Lansia

1. Defenisi Lanjut Usia

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah meliputi tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis (H. Wahyudi Nugroho, 2013).

Usia lanjut adalah proses alami yang tidak dapat dihindari. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Darmojo, 2012).

Jadi menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Adapun beberapa teori mengenai proses menua yang bersifat individual :

- a. Tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda
- b. Setiap lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda

- c. Tidak ada satu faktor pun yang ditemukan dapat mencegah proses menua.

2. Klasifikasi Lansia

Menurut WHO Klasifikasi lansia digolongkan menjadi 4 yaitu :

- a. Usia pertengahan atau *middleage* yaitu seseorang yang berusia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia *elderly* yaitu seseorang yang berusia 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua *old* yaitu orang yang berusia 75-90 tahun
- d. Lanjut usia tua *very old* yaitu seseorang yang berusia diatas 90 tahun.

3. Penyakit Yang Sering Terjadi Pada Lansia

Menurut Aspiani tahun (2014), ada 4 penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua, yaitu :

- a. Gangguan sirkulasi darah, seperti : hipertensi, kelainan pembuluh darah di otak, coroner dan ginjal.
- b. Gangguan metabolisme hormonal, seperti : diabetes mellitus dan ketidakseimbangan tiroid.
- c. Gangguan pada persendian, seperti : osteoarthritis, gout arthritis, ataupun penyakit kolagen lainnya.
- d. Berbagai macam neoplasma.

Timbulnya penyakit-penyakit tersebut dapat dipercepat atau diperberat oleh faktor-faktor luar, misalnya : makan, kebiasaan hidup yang salah, infeksi dan trauma (Yessi et al, 2013)

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah mekanisme pertahanan bagi tubuh yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri bersifat subyektif yang mempunyai arti berbeda-beda bagi setiap orang (Smeltzer & Bare, 2018).

Nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya penilaian nyeri dapat berguna untuk mengukur tinggi rendahnya intensitas nyeri ketika dilakukan berbagai tindakan intervensi.

2. Mekanisme Nyeri

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikinin, prostaglandin) dilepaskan, kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari jaringan yang rusak ke otak. Sinyal nyeri dari jaringan yang rusak berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian di antarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak dimana sensasi seperti panas, dingin, nyeri, dan sentuhan pertama kali dipersepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke cortex, dimana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan (Priharjo, 2017)

Nyeri dialami oleh pasien dipengaruhi oleh sejumlah faktor termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri, ansietas, usia dan pengharapan tentang penghilang nyeri. Faktor-faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, meningkat dan menurunnya toleransi terhadap nyeri dan pengaruh sikap respon terhadap nyeri (Smeltzer& Bare , 2018).

3. Patofisiologi Nyeri Pada Rematik

Nyeri bukan bagian dari proses penuaan yang tidak dapat dihindari. Pada lanjut usia memiliki resiko tinggi mengalami situasi-situasi yang membuat mereka merasa nyeri, seperti kondisi patologis yang menyertai nyeri. Rematik merupakan penyakit yang sering dialami pada lanjut usia. Gejala dari rematik adalah nyeri kronis. Nyeri kronis berlangsung lama, intensitasnya bervariasi dan merupakan penyebab utama ketidakmampuan fisik. Terjadinya nyeri dapat disebabkan oleh multifactor, diantaranya iritasi ujung-ujung saraf dalam periosteum akibat pertumbuhan osteofit, inflamasi synovial ndan nekrosis subkondral (Sudoyo, 2017).

4. Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri secara umum dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik

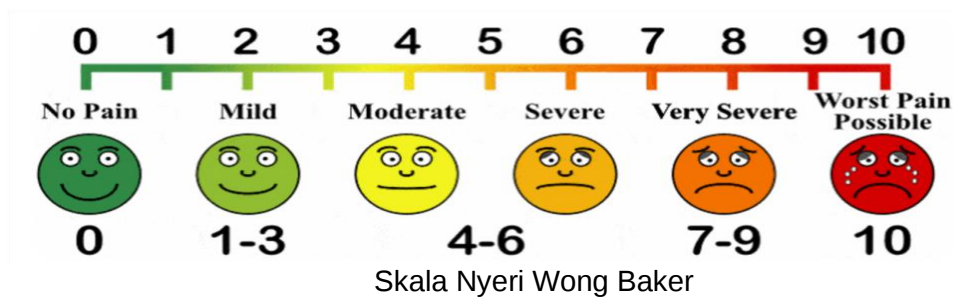
a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari enam bulan.

Penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan nyeri psikosomatis (Smeltzer & Bare, 2018).



D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisa sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, social ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ada lima kegiatan yaitu : pengumpulan data, pengolahan data, analisa data, perumusan atau penentuan masalah kesehatan masyarakat dan prioritas masalah.

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

- Data inti meliputi : riwayat atau sejarah perkembangan keluarga, data demografi, vital statistic, status kesehatan komunitas.
- Data lingkungan fisik, meliputi : pemukiman, sanitasi, fasilitas, batas-batas wilayah, dan kondisi geografis.
- Pelayanan kesehatan dan sosial, meliputi : pelayanan kesehatan, fasilitas sosial

- d. Ekonomi meliputi : jenis pekerjaan, jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan, jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan, jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia.
- e. Keamanan dan transportasi
- f. Politik dan keamanan, meliputi : sistem pengorganisasian, struktur organisasi, kelompok organisasi dalam komunitas, peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan.
- g. Sistem komunikasi, meliputi : sarana untuk komunikasi, jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas, cara penyebaran informasi.
- h. Pendidikan, meliputi : tingkat pendidikan komunitas, fasilitas pendidikan yang tersedia, dan jenis bahasa yang digunakan.
- i. Rekreasi, meliputi : kebiasaan rekreasi dan fasilitas tempat rekreasi.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data :

- a. Menetapkan kebutuhan komunitas
- b. Menetapkan kekuatan
- c. Mengidentifikasi pola respon komunitas
- d. Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan

3. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan masalah kesehatan pada masyarakat dapatlah dirumuskan diagnosa keperawatan keluarga yaitu, masalah (Problem) yaitu kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang terjadi.

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI 2017) adalah :

- 1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078)
- 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- 3. Defisit pengetahuan tentang ghout rheumatoid berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan keluarga disusun berdasarkan diagnosa keperawatan keluarga yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. jadi perencanaan keperawatan meliputi : perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dan kriteria hasil untuk mencapai tujuan

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
1. Nyeri kronis (D.0078) Penyebab : 1. kondisi musculoskeletal kronis 2. kerusakan sistem saraf 3. penekanan saraf 4. infiltrasi tumor 5. ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor 6. gangguan imunitas 7. gangguan fungsi metabolic 8. riwayat posisi kerja statis 9. peningkatan indeks masa tubuh 10. kondisi pasca trauma	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x24 jam, diharapkan nyeri kronis menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Nyeri : 1. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Gelisah menurun 4. Meringis menurun. 5. Kesulitan tidur menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Perasaan depresi (tekanan) menurun	Intervensi Utama MANAJEMEN NYERI (I. 08238) Observasi 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya

11. tekanan emosional 12. riwayat penganiayaan 13. riwayat penyalahgunaan obat/zat	8. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 9. Anoreksia menurun 10. Frekuensi nadi membaik 11. Pola nafas membaik 12. Focus membaik 13. Pola tidur membaik (L.08066)	terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. 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) 2. Control 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 Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	--	--

		PERAWATAN KENYAMANAN (I.08245) Observasi 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan(mis. Mual, nyeri, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual Terapeutik 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Berikan terapi akupresur 6. Berikan terapi hypnosis 7. Dukungan keluarga dan
--	--	---

		pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan 8. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang di inginkan Edukasi 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernafasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing EDUKASI MANAJEMEN NYERI (I.12391) Observasi 4. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
--	--	--

		2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5. Jelaskan penyebab, periode dan strategi meredakan nyeri 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Penyebab : 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	DUKUNGAN AMBULASI (1.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan

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 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi	3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun (L.05042)	tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke
--	---	--

		kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi DUKUNGAN MOBILISASI (1.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan 3. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas 4. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk
--	--	--

		membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3. Defisit Pengetahuan (0.0111) Penyebab : 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekelirun mengikuti anjuran kurang terpapar informasi 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang mampu mengingat	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap	EDUKASI KESEHATAN (I. 12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

6. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	masalah menurun 4. Menjalani perilaku yang tidak tepat menurun 5. Perilaku membaik (L.12111)	Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
--	---	--

5. Implementasi Keperawatan

Merupakan tahap realisasi dari rencana asuhan keperawatan keluarga yang telah disusun. Prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, yaitu :

- a. Berdasarkan respon masyarakat.
- b. Disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di masyarakat.
- c. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara diri sendiri serta lingkungannya.
- d. Bekerjasama dengan profesi lain.
- e. Menekankan pada aspek peningkatan kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit.
- f. Memperhatikan perubahan lingkungan masyarakat.

Melibatkan partisipasi dan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan keperawatan dalam mencapai tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien, macam-macam evaluasi:

1) Evaluasi formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan, dan ditulis pada catatan perawatan.

2) Evaluasi sumatif SOAP

Kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan.

Hasil yang diharapkan pada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan membantu mengontrol nyeri dengan tehnik non farmakologi, pasien mengatakan mobilitas fisik meningkat dan mampu mengerti cara mengontrol nyeri. Tindakan selanjutnya mengobservasi keluhan klien dan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien.