

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan suatu unit terkecil yang ada di dalam masyarakat. Keluarga dapat didefinisikan sebagai suatu istilah kekerabatan dimana individu satu dengan yang lain bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan seseorang yang mempunyai hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Wahyuni, 2021).

Duvan dan Logan (1986) dalam setyowati dan murwani (2018) mengatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki hubungan melalui perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, memelihara budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, emosional dan sosialnya dalam setiap anggota keluarga. Keluarga merupakan unit terkecil di dalam masyarakat yang mana merupakan agen sosialisasi primer untuk mengenalkan nilai, norma maupun aturan yang diterapkan dalam keluarga (Awaru, 2021).

Menurut Friedman (2010) dalam Syukur (2023) mengatakan bahwa keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena adanya hubungan darah, perkawinan, dan berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. (Syuukur, 2023). Keluarga merupakan pranata sosial yang fungsinya sangat penting dalam masyarakat.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu unit terkecil yang ada di masyarakat, dan juga satu individu yang tergabung di dalam satu rumah dengan adanya hubungan darah, perkawinan dan saling berinteraksi antar anggota keluarga sesuai dengan perannya masing- masing.

2. Ciri- ciri Keluarga

Ciri – ciri keluarga di Indonesia menurut Ariyanti (2023) adalah sebagai berikut:

- 1) Suami sebagai pengambil keputusan.
- 2) Keluarga merupakan satu kesatuan yang utuh.
- 3) Ikatan kekeluargaan sangat erat.
- 4) Mempunyai semangat gotong royong.
- 5) Dijiwai oleh nilai- nilai budaya ketimuran.

Menurut Ariyanti (2023) mengatakan bahwa ciri- ciri suatu keluarga antara lain :

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk dan dipelihara.
- 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama dan perhitungan garis keturunan.
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota- anggota keluarganya yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.

3. Tipe Keluarga

Menurut Setiawan (2016) di kutip dalam Husnaniyah (2022) bahwa tipe keluarga di klasifikasikan menjadi dua yaitu secara tradisional dan modern.

1) Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan lagi menjadi 2 kelompok yaitu sebagai berikut :

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) keluarga ini terdiri dari ayah, ibu dan anak dari keturunannya atau bahkan adopsi.
- b) Keluarga besar (*extended family*) pada keluarga ini terdiri dari keluarga inti kemudian ditambah dengan anggota keluarga lain yang masih mempunyai ikatan darah, sebagai contoh kakek dan nenek.

2) Keluarga Adopsi

Keluarga adopsi merupakan cara lain untuk membentuk keluarga, dimana tanggung jawab orang tua kandung diserahkan seutuhnya kepada orang tua angkat.

3) Keluarga Asuh

Keluarga asuh memberikan layanan kesejahteraan, dimana anak-anak hidup terpisah bersama orang tua kandungnya. Biasanya orang tua dari anak-anak ini adalah orang tua yang dianggap tidak mampu dalam memenuhi dan menjamin keamanan dan kesejahteraan fisik serta emosional mereka. Pada umumnya si anak akan ditinggal sementara dikeluarga asuhnya namun pada akhirnya akan dikembalikan ke keluarga kandungnya.

4) Secara Modern

Secara modern dikelompokkan menjadi beberapa tipe keluarga, yaitu sebagai berikut :

a. *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (terdiri dari ayah, ibu dan anak) yang tinggal dalam satu rumah yang telah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam ikatan pernikahan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

b. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali baik dari pihak suami ataupun istri yang tinggal dalam satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan sebelumnya maupun hasil perkawinan saat ini, satu ataupun keduanya bisa bekerja di luar rumah.

c. *Niddle Age/Aging Couple*

Pada tipe keluarga ini suami sebagai pencari uang sedangkan istri dirumah. Atau juga keduanya bekerja di rumah, anak sudah meninggalkan rumah baik untuk sekolah, bekerja ataupun sudah menikah.

d. *Dyadic Nuclear*

Tipe keluarga ini dimana terdapat suami dan istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, salah satu atau keduanya bekerja.

e. *Single Parent*

Terdapat satu orang tua bisa ayah atau ibu sebagai akibat dari perceraian atau kematian pasangannya.

f. *Dual Carrier*

Pada tipe ini terdiri dari suami dan istri yang sibuk berkarier tanpa memiliki seorang anak.

g. *Commuter Married*

Pada tipe ini, suami dan istri merupakan seorang yang berkarier dan tinggal secara terpisah pada jarak tertentu.

h. *Single Adult*

Wanita atau lelaki yang tinggal sendiri tanpa adanya keinginan untuk menikah.

i. *Three Generation*

Pada tipe keluarga ini terdiri dari 3 generasi yang tinggal dalam satu rumah.

j. *Institutional*

Anak-anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti.

k. *Comunal*

Dimana satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan dengan anak-anaknya dan secara bersama dalam penyediaan fasilitas.

l. *Grup Marriage*

Dalam tipe ini satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan setiap individu yang kawin atau menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anaknya.

m. *Unmarried Parent Child*

Dimana dalam suatu keluarga terdiri dari ibu dan anak yang dimana anaknya bukan anak dari hasil pernikahan melainkan anak adopsi.

n. *Cohabiting Couple*

Pada tipe keluarga ini dua orang atau satu pasangan tinggal bersama tanpa adanya ikatan pernikahan.

o. *Gay/Lesbian Family*

Keluarga ini dibentuk oleh pasangan yang mempunyai jenis kelamin yang sama.

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dikutip dalam Husnaniyah (2022) Bahwa fungsi keluarga dibedakan menjadi 5 macam yaitu sebagai berikut

a) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, dimana pada fungsi afektif ini sangat berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Ada beberapa komponen yang harus dipenuhi oleh keluarga agar tercipta fungsi efektif ini yaitu dengan cara : saling mengasuh, mencintai kehangatan, saling menerima, saling memahami dan mendukung sehingga akan tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung, karena hubungan yang baik di keluarga akan menjadikan dasar dalam membina hubungan dengan orang lain.

b) Fungsi Sosiologi

Sosialisasi dimulai pada saat individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan unit terkecil dimana seseorang dapat melakukan sosialisasi. Tahapan perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi, anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai dan norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat.

c) Fungsi Reproduksi

Pada fungsi ini keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan untuk meningkatkan sumber daya manusia.

d) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi pada keluarga untuk meningkatkan status kesehatan. Fungsi ini untuk memenuhi kebutuhan anggota seperti makanan, pakaian dan rumah, dengan itu maka keluarga membutuhkan sumber keuangan.

e) Fungsi Perawatan Keluarga

Fungsi ini berfungsi untuk melakukan asuhan kesehatan terhadap keluarganya baik untuk mencegah terjadinya suatu gangguan penyakit maupun merawat keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan yang memerlukan bantuan.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Definisi nyeri terkini menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan. Konsep lama menyatakan bahwa proses nyeri (*pain processing*) hanya bergantung pada jalur nyeri saja dan intensitas nyeri yang timbul hanya dipengaruhi besarnya stimulus yang didapatkan (Suwondo dkk, 2017).

Nyeri merupakan cara tubuh untuk memberitahu kita bahwa terjadi sesuatu yang salah, nyeri bekerja sebagai suatu sistem alam yang merupakan sinyal yang memberitahukan kita untuk berhenti melakukan sesuatu yang mungkin menyakitkan kita, dengan cara ini melindungi kita dari keadaan yang berbahaya. Alasan ini nyeri seharusnya ditangani secara serius. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial, namun nyeri bersifat subyektif dan sangat individual. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya (Suwondo dkk, 2017).

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitannya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Mubarak, dkk 2015).

b. Nyeri Kronik

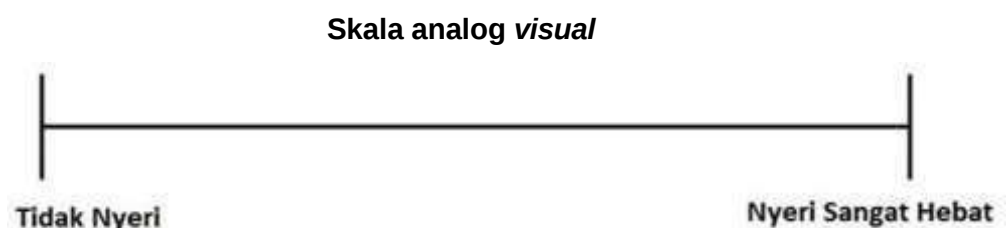
Kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Keseimbangan kontribusi faktor fisik dan psikososial dapat berbeda-

beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan lainnya. Dalam praktek klinis sehari-hari nyeri kronik dibagi menjadi nyeri kronik tipe maligna (nyeri kanker) dan nyeri kronik tipe non maligna (arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala, dan nyeri punggung kronik) (Suwondo, dkk 2017).

c. Penilaian respon nyeri

Hal yang selalu harus diingat dalam melakukan penilaian nyeri diantaranya adalah melakukan penilaian terhadap intensitas dan penentuan tipe nyeri sangat penting karena menyangkut jenis pengobatan yang sesuai yang sebaiknya diberikan terutama terapi farmakologis. Beberapa alat ukur yang sudah umum dipakai untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Visual analogue scale* (VAS) atau *Numeric Pain Scale* (NPS) dan membedakan tipe nyeri antara lain adalah *ID Pain Score* dan *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms Score* (LANSS) (Suwondo dkk, 2017).

- 1) Intensitas nyeri
- 2) Lokasi nyeri
- 3) Kualitas nyeri, penyebaran dan karakter nyeri
- 4) Faktor-faktor yang meningkatkan dan mengurangi nyeri
- 5) Efek nyeri pada kehidupan sehari-hari
- 6) Regimen pengobatan yang sedang dan sudah diterima
- 7) Riwayat manajemen nyeri termasuk farmakoterapi, intervensi dan respon terapi
- 8) Adanya hambatan umum dalam pelaporan nyeri dan penggunaan analgesik.



Gambar 2.1 Skala Analog Visual

Numeric rating scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

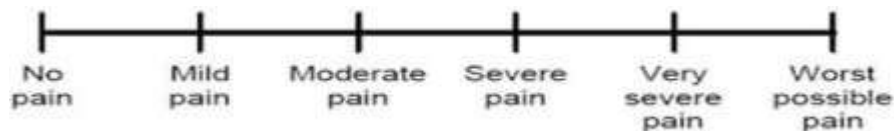
Tidak Nyeri Nyeri Sedang Nyeri Sangat Hebat

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata (Maryunani, 2014). Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10:

Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala Verbal Rating Scale (VRS)

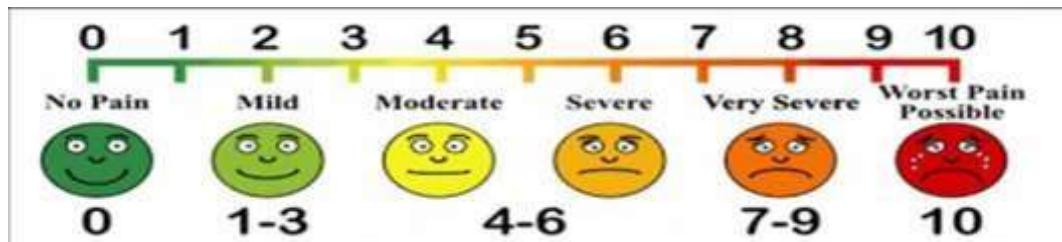
Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau 17 angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik atau nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Yudiyanta dkk, 2015).



Gambar 2.3 Skala Verbal Rating

Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, "Tidak ada sakit hati" sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan "Sakit terburuk". Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat (Yudiyanta dkk, 2015).



Gambar 2.4 Wong Baker Scale

Penilaian skala nyeri ini dilakukan dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah :

Wajah Pertama 0 : Tidak merasa sakit sama sekali.

Wajah Kedua 2 : Sakit hanya sedikit.

Wajah Ketiga 4 : Sedikit lebih sakit.

Wajah Keempat 6 : Lebih sakit.

Wajah Kelima 8 : Jauh lebih sakit

Wajah Keenam 10 : Sangat sakit luar biasa.

d. Pengkajian Nyeri

Menurut Tanjung (2015) pengkajian yang dapat dilakukan untuk mengkaji nyeri yaitu:

O (*Onset*) : Kapan nyeri muncul?, Berapa lama nyeri?, Berapa sering nyeri muncul?

P (*Provoking*) : Apa yang menyebabkan nyeri?, Apa yang membuatnya berkurang?, Apa yang membuat nyeri bertambah parah?

Q (*Quality*) : Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan?, Bisakah di gambarkan?

R (*Region*) : Dimanakah lokasinya?, Apakah menyebar?

S (*Severity*) : Berapa skala nyerinya? (dari 0-10)

T (*Treatment*): Pengobatan atau terapi apa yang digunakan?

U (*Understanding*): Apa yang anda percayai tentang penyebab nyeri ini?, Apakah anda pernah merasakan nyeri sebelumnya?, Jika iya apa masalahnya?

V (*Values*) : Apa tujuan dan harapan untuk nyeri yang anda derita?

C. Konsep Rheumatoid Arthritis

1. Pengertian Rheumatoid Arthritis

Rheumatoid Arthritis (RA) adalah suatu kelainan inflamasi terutama mengenai membrane sinovial dari persendian dan umumnya ditandai dengan nyeri persendian, kaku sendi, penurunan mobilitas, dan kelelahan. *Rheumatoid Arthritis* (RA) terjadi antara usia 30 tahun dan 50 tahun dengan puncak insiden antara 40 tahun dan 60 tahun. Wanita terkena dua sampai tiga kali lebih sering dibanding pria. *Rheumatoid Arthritis* (RA) diyakinkan sebagai respons imun terhadap antigen yang tidak diketahui. Stimulusnya dapat virus atau bakteri. Mungkin juga terdapat predisposes terhadap penyakit (Baughman and Hackley, 2020).

Menurut *America College of Rheumatoid* (2012), *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah penyakit kronis (jangka panjang) yang menyebabkan nyeri, kekakuan, pembengkakan serta keterbatasan gerak dan fungsi banyak sendi. *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah suatu penyakit kronik sistemik pada system musculoskeletal. Penyakit ini ditandai dengan adanya peradangan pada lapisan sinovial. Sebagai penyakit kronik, kondisi ini

dapat menyebabkan nyeri dan deformitas (Smeltzer & Bare, 2012). Sehingga dapat disimpulkan *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah penyakit autoimun atau inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, cenderung kronik yang menyerang persendian dengan menunjukkan beberapa gejala berupa kelemahan umum, cepat lelah, nyeri, kekakuan, pembengkakan serta keterbatasan gerak dan fungsi banyak sendi. *Rheumatoid Arthritis* (RA) merupakan manifestasi utamanya adalah poliartritis yang progresif, akan tetapi penyakit ini juga melibatkan seluruh organ tubuh (Dhani, 2019).

2. Etiologi

Sampai saat ini penyebab dari *Rheumatoid Arthritis* (RA) belum diketahui secara pasti namun faktor predisposisinya adalah termasuk genetik, lingkungan, hormonal, dan imunolog (Dhani, 2019). Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA), yaitu:

a. Faktor Genetik

Rheumatoid Arthritis (RA) memiliki komponen genetik yang kuat. Beberapa gen tertentu, seperti gen dalam kompleks histokompatibilitas utama (HLA, terutama HLA-DR4), dikaitkan dengan peningkatan risiko *Rheumatoid Arthritis* (RA). Orang yang memiliki riwayat keluarga dengan RA atau penyakit autoimun lainnya juga memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan *Rheumatoid Arthritis* (RA)

b. Faktor Imunologi

Rheumatoid Arthritis (RA) adalah penyakit autoimun, yang berarti sistem kekebalan tubuh menyerang jaringannya sendiri. Dalam *Rheumatoid Arthritis* (RA), sistem kekebalan tubuh secara keliru menyerang lapisan sendi (sinovium), menyebabkan peradangan yang dapat merusak tulang, tulang rawan, dan jaringan sendi lainnya.

c. Faktor Lingkungan

Beberapa faktor lingkungan telah diidentifikasi sebagai pemicu *Rheumatoid Arthritis* (RA) pada individu yang rentan secara genetik. Ini termasuk:

- 1) Merokok: Merokok adalah faktor risiko lingkungan yang paling signifikan untuk *Rheumatoid Arthritis* (RA). Merokok dapat memicu peradangan dan mengubah respon kekebalan tubuh, meningkatkan risiko *Rheumatoid Arthritis* (RA), terutama pada individu dengan faktor genetik tertentu. ‘
- 2) Paparan debu atau bahan kimia: Paparan bahan kimia tertentu (seperti silika) di tempat kerja atau lingkungan mungkin meningkatkan risiko *Rheumatoid Arthritis* (RA).
- 3) Infeksi: Beberapa penelitian menyarankan bahwa infeksi bakteri atau virus dapat memicu *Rheumatoid Arthritis* (RA) pada individu yang rentan. Namun, agen infeksi spesifik yang terlibat belum diidentifikasi dengan pasti.

d. Faktor Hormonal

Rheumatoid Arthritis (RA) lebih sering terjadi pada wanita, yang menunjukkan bahwa hormon mungkin memainkan peran dalam perkembangan penyakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perubahan hormon (seperti selama kehamilan atau menopause) dapat mempengaruhi perkembangan atau eksaserbasi *Rheumatoid Arthritis* (RA).

e. Usia

Meskipun *Rheumatoid Arthritis* (RA) dapat terjadi pada semua usia, penyakit ini lebih sering muncul di antara usia 40 dan 60 tahun.

f. Faktor Mikrobiota Usus

Ada bukti yang berkembang bahwa komposisi mikrobiota usus dapat mempengaruhi risiko pengembangan penyakit autoimun, termasuk *Rheumatoid Arthritis* (RA). Ketidakseimbangan dalam flora usus dapat mempengaruhi sistem kekebalan dan berkontribusi pada respons autoimun.

3. Klasifikasi

Klasifikasi *Rheumatoid Arthritis* (RA) menurut lama penyakitnya dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Arthritis akut

Sebanyak 10% *Rheumatoid Arthritis* (RA) muncul secara akut sebagai poliartritis, yang berkembang cepat dalam beberapa hari. Pada sepertiga penderita, gejala mula-mula monoartritis lalu poliartritis. Terjadi kekakuan paling parah pada pagi hari, yang berlangsung sekitar 1 jam dan mengenai sendi secara bilateral. Episode-episode peradangan diselingi oleh remis (Dhani, 2019).

b. Arthritis kronik

Kerusakan struktur persendian akibat kerusakan rawan sendi atau erosi tulang. Periartikular merupakan proses yang tidak dapat diperbaiki lagi dan memerlukan modifikasi mekanik atau pembedahan. Pada peradangan kronik, membran sinovial mengalami hipertrofi dan menebal sehingga terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan nekrosis sel dan respon peradangan berlanjut. Sinovial yang menebal kemudian dilapisi oleh jaringan granular yang disebut pannus. Pannus dapat menyebar keseluruh sendi sehingga semakin merangsang peradangan dan pembentukan jaringan parut. Proses ini secara lambat merusak sendi dan menimbulkan nyeri hebat serta deformitas (Dhani, 2019). Diagnosis *Rheumatoid Arthritis* (RA) dikatakan positif apabila sekurang-kurangnya empat dari tujuh kriteria ini terpenuhi. Empat kriteria yang disebutkan terdahulu harus sudah berlangsung sekurang-kurangnya 6 minggu (Dhani, 2019).

4. Manifestasi Klinis

Ada beberapa gejala klinis yang sering ditemukan pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA). Gejala klinis ini harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gejala arah klinis yang sangat bervariasi.

a. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.

- b. Poliartthritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi diatrodial dapat diserang (Dhani, 2019).
- c. Pentingnya untuk membedakan nyeri yang disebabkan perubahan mekanis dengan nyeri yang disebabkan inflamasi. Nyeri yang timbul setelah aktivitas serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Sebaliknya nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas (Dhani, 2019).
- d. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari 1 jam, dapat bersifat generalisata, tetapi dapat menyerang sendi-sendi, kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam. Arthritis erosive merupakan ciri khas penyakit pada gambaran radiologic. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi ditepi tulang (Dhani, 2019).
- e. Deformitas: kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, sublukasi sendi metakarpofalangeal, leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dan sublukasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi (Dhani, 2019).
- f. Nodula-nodula *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah adalah masa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA). Lokasi paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan, walaupun demikian nodula-nodula ini biasanya merupakan petunjuk suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.
- g. Manifestasi ekstra-articular: *Rheumatoid Arthritis* (RA) juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Seperti Jantung (pericarditis),

paru-paru (pleuritis), mata dan pembuluh darah dapat rusak (Dhani, 2019).

5. Komplikasi

a. Sistem respiratori

Peradangan pada sendi krikioartritenoid tidak jarang dijumpai pada arthritis rheumatoid. Gejala keterlibatan saluran nafas atas inidapat berupa nyeri tenggorokan, nyeri menelan, atau disfonia yang umumnya terasa lebih terasa berat dipagi hari. Pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang lanjut dapat pula dijumpai sfusi pleura dan fibrosis paru yang luas (Dhani, 2019).

b. Sistem kardiovaskuler

Seperti halnya pada sistem respiratorik, pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) jarang dijumpai gejala pericarditis berupa nyeri dada atau gangguan faal jantung. Akan tetapi pada beberapa penderita dapat pula dijumpai gejala pericarditis yang berat. Lesi inflamasi yang menyerupai nodul reumatoid dapat dijumpai miokardium dan katup jantung. Lesi ini dapat menyebabkan disfungsi katup, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortitis dan kardiomiopati (Dhani, 2019).

c. Sistem gastrointestinal

Kelainan sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptic yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (disease modifying antireumatoid drug, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditasi dan mortalitasi utama pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) (Dhani, 2019).

d. Sistem persarafan

Komplikasi neurologis yang sering dijumpai pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) umumnya tidak memberi gambaran yang jelas sehingga sukar untuk membedakan komplikasi neurologis akibat lesi articular dari lesi neuropatik Pathogenesis komplikasi neurologis pada umumnya berhubungan dengan mielopati akibat instabilitas vertebre, servikal neuropati jepitan atau neuropati iskemik akibat vaskulitis (Dhani, 2019).

e. Sistem perkemihan

Ginjal Berbeda dengan lupus eritematosus sistemik pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) jarang sekali dijumpai kelainan glomerulural. Jika pada pasien *Rheumatoid Arthritis* (RA) dijumpai proteinuria, umumnya hal tersebut lebih sering disebabkan karena efek samping pengobatan (Dhani, 2019).

f. Sistem hematologis

Anemia akibat penyakit kronik yang ditandai dengan gambaran eritrosit normosistik-normosistik (hipokromik ringan) yang disertai dengan kadar besi serum yang rendah serta kapasitas pengikatan besi yang normal atau rendah merupakan gambaran umum yang sering dijumpai pada *Rheumatoid Arthritis* (RA). Anemia akibat penyakit kronik ini harus dibedakan dari anemia defisiensi besi yang juga dapat dijumpai pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) akibat penggunaan OAINS atau DMARD yang menyebabkan erosi mukosa lambung (Dhani, 2019).

g. Kerusakan Sendi

Peradangan kronis dapat menyebabkan kerusakan permanen pada tulang, tulang rawan, dan jaringan lunak di sekitar sendi. Hal ini dapat menyebabkan deformitas sendi dan hilangnya fungsi sendi.

h. Osteoporosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobatinya, seperti kortikosteroid, dapat meningkatkan risiko osteoporosis, yaitu kondisi di mana tulang menjadi lemah dan rapuh.

6. Patofisiologi

Patofisiologi pada *Rheumatoid Arthritis* (RA), reaksi auto-imun terutama terjadi dalam jaringan sinovial. Proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecah kalogen sehingga terjadi edema, proliferasi membrane sinovial dan akhirnya terjadi pembentukan pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan akan menimbulkan erosi tulang. Akibatnya akan menghilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan mengalami perubahan degeneratif dengan menghilangnya elastisitas otot dan kekakuan kontraksi otot (Smeltzer, 2020). Dari penelitian mutakhir

diketahui bahwa pathogenesis *Rheumatoid Arthritis* (RA) terjadi akibat rantai peristiwa imunologis sebagai berikut: suatu antigen penyebab *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang berada pada membran sinovial, akan diproses oleh antigen presenting cells (APC). Antigen yang telah diproses akan dikenali dan diikat oleh CD4 + bersama dengan determinan HLA-DR yang terdapat pada permukaan membrane APC tersebut dan membentuk suatu kompleks trimolekular. Pada tahap selanjutnya kompleks antigen trimolekular tersebut akan mengekspresi reseptor interleukin-2 (IL-2) pada permukaan CD4 + . IL-2 yang dieksekresi oleh sel CD4 + akan mengikat diri pada reseptor spesifik pada permukaannya sendiri dan akan mengakibatkan terjadinya mitosis dan proliferasi sel tersebut. Selain IL-2, CD4 + yang telah teraktivasi juga mensekresi berbagai limfokin lain seperti gamma-interferon, tumor necrosis faktor α (TNF- β), interleukin 3 (IL-3), interleukin 4 (IL-4), granulocytemacrophage colony stimulating faktor (GM-CSF) serta beberapa mediator lain yang bekerja merangsang makrofage untuk meningkatkan aktivitas fagositosisnya dan merangsang proliferasi dan aktivitas sel β untuk memproduksi antibodi.

Setelah berikatan dengan antigen yang sesuai antibodi yang dihasilkan akan membentuk kompleks imun yang akan berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi. Fagositosis kompleks imun oleh sel radang akan disertai oleh pembentukan dan pembebasan radikal oksigen bebas, produksi protease, kolagenase dan enzim-enzim hidrolitik lainnya. Enzim-enzim ini akan menyebabkan destruksi jaringan sendi, memecahkan tulang rawan, ligamentum, tendon dan tulang pada sendi. Proses ini diduga adalah bagian dari suatu respon autoimun terhadap antigen yang diproduksi secara lokal. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema. Proliferasi membrane sinovial (Dhani, 2019).

7. Pathway



Gambar 2.5 Pathway

Sumber : Smelzer (2020)

8. Pemeriksaan Diagnostik

Tidak banyak berperan dalam diagnosis *Rheumatoid Arthritis (RA)*, namun dapat menyokong bila terdapat keraguan atau melihat prognosis pasien. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat:

- a. Fiksasi lateks: positif pada 75% dari kasus-kasus khas.
- b. Reaksi-reaksi aglutinasi: positif pada lebih dari 50% kasus-kasus khas.
- c. SDP: meningkat pada waktu timbul proses inflamasi. Artroskopi langsung: visualisasi dari area yang menunjukkan iregularitasi/degenerasi tulang pada sendi.
- d. Aspirasi cairan sinovial: mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal: buram, berkabut, muncul warna kuning (respon inflamasi), perdarahan, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
- e. Biopsi membrane sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas (Doenges, 2020).
- f. Tes faktor rheumatoid biasanya positif pada lebih dari 75% pasien arthritis rheumatoid terutama bila masih aktif. Sisanya dapat dijumpai pada pasien leprae, tuberkolosis paru, sirosis hepatis, hepatitis infeksiosa, endocarditis bakterialis, penyakit kolagen dan eksaserbasi.
- g. Protein C-reaktif: biasanya meningkat, posisi selama masa eksaserbasi.
- h. LED: umumnya meningkat pesat (80-100mm/h) mungkin kembali normal sewaktu gejala-gejala meningkat.
- i. Leukosit: normal atau meningkat pada waktu timbul proses inflamasi.
- j. Anemia normositik hipokrom akibat adanya inflamasi yang kronik.
- k. Trombosit meningkat.
- l. Kadar albumin serum turun dan globin naik
- m. Pada pemeriksaan rontgen, semua sendi dapat terkena, tetapi yang tersering adalah metatarsofalang dan biasanya simetris. Sendi sakroiliaka juga sering terkena. Pada awalnya terjadi pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi jukstra articular kemudian terjadi penyempitan ruang sendi dan erosi (Dhani, 2019)

D. Senam Rematik

1. Definisi Senam Rematik

Senam Rematik adalah suatu metode yang baik untuk pencegahan dan meringankan gejala-gejala rematik serta berfungsi sebagai terapi tambahan terhadap pasien rematik dalam fase tenang (Sangrah, 2017). Senam Rematik adalah olahraga ringan yang mudah dilakukan dan tidak memberatkan yang dapat diterapkan pada lansia dengan rematik (Sangrah, 2017).

2. Keuntungan Senam Rematik

Keuntungan dari senam rematik yaitu (Sangrah, 2017). :

- a. Tulang menjadi lebih lentur.
- b. Otot-otot akan menjadi tetap kencang.
- c. Memperlancar peredaran darah.
- d. Menjaga kadar lemak darah tetap normal.
- e. Jantung menjadi lebih sehat.
- f. Tidak mudah mengalami cedera.

3. Tujuan Senam Rematik

Menurut (Sangrah, 2017).berikut adalah kontra indikasi dari senam rematik:

- a. Mengurangi nyeri pada penderita Rheumatoid Arthritis
- b. Menjaga kesehatan jasmani menjadi lebih baik.

4. Indikasi Senam Rematik

Menurut (Sangrah, 2017) berikut adalah indikasi dari senam rematik :

- a. Klien dengan keluhan nyeri sendi
- b. Klien dengan riwayat Rheumatoid Arthritis

5. Kontra Indikasi Senam Rematik

Menurut (Sangrah, 2017) berikut adalah kontra indikasi dari senam rematik:

- a. Ibu yang menderita anemia
- b. Mempunyai penyakit jantung dan paru paru

6. Macam – Macam Senam Rematik

Berikut adalah beberapa macam-macam senam rematik menurut para ahli atau sumber terpercaya dalam dunia kesehatan dan fisioterapi. Senam

rematik adalah bentuk latihan fisik yang dirancang untuk membantu penderita rematik (arthritis) dalam menjaga fleksibilitas, kekuatan otot, dan mengurangi rasa nyeri.

a. Senam *Pilates*

Pilates bisa termasuk dalam senam untuk penderita rematik, asalkan dilakukan dengan penyesuaian tertentu dan di bawah pengawasan instruktur atau fisioterapis yang memahami kondisi rematik.

- 1) *Mat Pilates* (di atas matras): Lebih ringan dan bisa disesuaikan. Cocok untuk latihan di rumah.
- 2) *Pilates Reformer* (alat khusus): Membantu mengurangi tekanan pada sendi dan memberikan dukungan tambahan.

b. Senam Rematik Ringan

Menurut *American College of Rheumatology*, latihan ringan seperti gerakan *low-impact aerobic* sangat dianjurkan untuk penderita rematik. Gerakan ini tidak membebani sendi terlalu berat dan mencakup:

- 1) Jalan kaki ringan
- 2) Senam peregangan
- 3) Gerakan mengayun lengan dan kaki
- 4) Putaran bahu dan leher

c. *Range of Motion (ROM) Exercise*

Menurut *Arthritis Foundation*, latihan rentang gerak (ROM) membantu mempertahankan dan meningkatkan kelenturan sendi. Latihan ini mencakup:

- 1) Mengangkat dan menurunkan lengan
- 2) Memutar pergelangan tangan
- 3) Menekuk dan meluruskan lutut secara perlahan

d. *Strengthening Exercise* (Latihan Penguatan Otot)

Menurut ahli fisioterapi seperti Cynthia C. Norkin, latihan ini penting untuk memperkuat otot yang menopang sendi. Bentuk latihannya bisa berupa:

- 1) Latihan isometrik (kontraksi otot tanpa pergerakan sendi)
- 2) Latihan dengan resistensi ringan (menggunakan karet elastis atau beban ringan)

7. Prosedur Senam Rematik.

Cara melakukan senam rematik menurut (Sangrah, 2017) , sebagai berikut:

a. Pemanasan

- 1) Gerakan kepala dari arah kanan kiri , atas bawah 8x hitungan



Gambar 2.4 Sumber : (Sangrah, 2017).

- 2) Angkat kedua tangan dari samping ke arah atas 8x hitungan



Gambar 2.5 Sumber : (Sangrah, 2017)

- 3) Kaitkan tangan lalu angkat ke arah atas dan bawah



Gambar 2.6 Sumber : (Sangrah, 2017).

b. Gerakan inti

- 1) Putar bahu atas kanan kiri ke depan dan ke belakang



Gambar 2.7 Sumber : (Sangrah, 2017).

- 2) Kepalkan kedua tangan lalu dibuka dalam hitungan 8x



Gambar 2.8 Sumber : (Sangrah, 2017).

- 3) Renggangkan tangan dan tekuk siku , dengan gerakan ke kiri dan ke kanan



Gambar 2.9 Sumber : (Sangrah, 2017)

- 4) Angkat tangan kiri ke atas dan kanan dibawah lalu ayunkan secara bergantian



Gambar 2.10 Sumber : (Sangrah, 2017)

c. Pendinginan

- 1) Gerakan pendinginan dan gerakan kaki



Gambar 2.11 Sumber : (Sangrah, 2017)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Rheumatoid Arthritis

1. Pengkajian.

- a. Identitas: Nama, umur, dan alamat pasien dimasukkan sesuai dengan kartu identitas.
- b. Data Keluarga: Identitas anggota keluarga klien yang bertanggung jawab atas pengambilan keputusan tentang pembiayaan, masalah lansia, dll.
- c. Kondisi kesehatan saat ini :
 - 1) Keluhan utama: Klien dengan RA mengeluh nyeri pada persendian tulang yang terkena dan gangguan gerak yang menghambat mobilitas
 - 2) Riwayat penyakit sebelumnya: Ini dapat mencakup riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya, seperti fenomena Raynaud di jari tangan dan kaki riwayat pekerjaan yang melibatkan riwayat penyakit

muskuloskeletal, penggunaan obat-obatan dan penggunaan alkohol dan merokok.

- d. Pemahaman dan upaya yang dilakukan untuk menangani keluhan
Apakah pasien telah berusaha mengatasi keluhannya.
- e. Penggunaan obat: klien telah mengonsumsi obat-obatan, herbal, dan jamu selama dua minggu terakhir dan selama pengkajian dilakukan
- f. Keadaan umum: Klien lanjut usia dengan gangguan muskuloskeletal dapat mengalami kelelahan. Kesadaran klien biasanya ambigu.
- g. Sistem Integumen: Periksa warna, ukuran, lembut tidaknya, dan pembengkakan kulit.
- h. Kepala: Orang tua kadang-kadang mengalami gatal atau pusing di kepala; iritasi.
- i. Mata: Orang tua mungkin mengalami penurunan penglihatan atau kejelasan dalam melihat, serta dilatasi pupil. Selain itu, orang tua mungkin mengalami mata merah atau iritasi yang parah. Gejala ini dapat berlangsung sementara atau seumur hidup dan biasanya menyebabkan gejala lain seperti sakit mata, kepekaan terhadap cahaya, berair,
- j. Telinga: artritis reumatoid dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan tinnitus, yaitu suara berdenging, berdengung, atau bersiul terus-menerus di telinga. Orang tua yang menderita RA selama bertahun-tahun biasanya mengalami masalah pendengaran.
- k. Hidung Sinus: Periksa apakah ada cairan yang keluar dari hidung Anda. Cairan serebrospinal biasanya keluar dari hidung. Apakah ada riwayat alergi atau infeksi dalam tiga bulan terakhir.
- l. Mulut, Tenggorakan: Cari tahu apakah ada nyeri atau masalah menelan, perubahan rasa, atau riwayat infeksi dalam tiga bulan terakhir.
- m. Leher: Cari tahu apakah ada kekakuan atau nyeri tekan pada kelenjar limfe di sekitar leher.
- n. Pernafasan: Frekuensi napas dapat meningkat atau tetap normal. Kardiovaskuler: Periksa apakah ada nyeri pada dada, gejala kesulitan bernafas, atau bengkak karena penumpukan cairan ekstraseluler
- o. Perkemihan: Perubahan kebiasaan buang air kecil, termasuk inkontinensia urin, buang air kecil, kandung kemih, dan warna urin, bau, dan kebersihan.

- p. Perut. Sistem gastrointestinal: konstipasi, konsistensi tinja, frekuensi buang air kecil, auskultasi bising usus, anoreksia, distensi perut, dan nyeri tekan m. Reproduksi (laki-laki): Tidak ada masalah reproduksi laki-laki.
- q. Reproduksi Wanita: Tidak ada masalah dengan reproduksi wanita.
- r. Muskuloskeletal: Tentukan apakah nyeri hebat muncul secara tiba-tiba atau mungkin terlokalisasi pada area jaringan tertentu. Nyeri ini dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot, imobilitas, kontraktur, atrofi otot, perfusi kulit, dan perubahan warna. Gejala: Nyeri fase akut, yang mungkin tidak disertai dengan pembengkakan jaringan lunak di sendi. nyeri jangka panjang dan kaku (terutama pada pagi hari)
- s. Persyarafan: Cari tahu apakah ada kehilangan gerakan atau sensasi, kontraksi otot, atau kelemahan atau hilangnya kemampuan. Pergerakan mata, kejelasan pandang, dan dilatasi pupil Agitasi. Gejala: kesemutan atau kebas pada tangan dan kaki, sensasi yang hilang pada jari tangan Kedua sendi mengalami pembengkakan yang tidak simetris.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri Kronis (D.0078) berhubungan dengan Kondisi Muskuloskeletal Kronis
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan Kekakuan Sendi
- c. Risiko jatuh (D.0143) di tandai dengan penggunaan alat bantu berjalan
- d. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala penyakit
- e. Gangguan Pola Tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1	Nyeri Kronis (D.0078) DS: - Mengeluh nyeri - Merasa depresi (tertekan) DO: - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Perasaan depresi menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi 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 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 nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 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 Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk
--	--	--	--

			mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) DS: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa mobilitas fisik meningkat adalah: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 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 Terapeutik 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 Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan

			prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Risiko jatuh (D.0143)	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat jatuh menurun adalah: 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) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)

			4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
--	--	--	---

			Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
4	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) DS: • Mengeluh tidak nyaman DO: • Gelisah	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa status kenyamanan meningkat adalah: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah

			efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan
--	--	--	--

			medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
5	Gangguan Pola Tidur (D.0055) DS: - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga	Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa pola tidur membaik adalah: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering	Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

	- Mengeluh tidak puas tidur\ - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup DO: • Tidak tersedia	terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan dan dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori, perencanaan). Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan (SIKI PPNI, 2017).