



**ASUHAN KEPERAWATAN REUMATOID ARTRITIS PADA ANGGOTA  
KELUARGA Tn Sa DAN Tn Su DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI KRONIS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
ROGOTRUNAN LUMAJANG TAHUN 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh :

**Bani Hasan Habibi  
NIM 162303101022**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN REUMATOID ARTRITIS PADA ANGGOTA  
KELUARGA Tn Sa DAN Tn Su DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI KRONIS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
ROGOTRUNAN LUMAJANG TAHUN 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh :

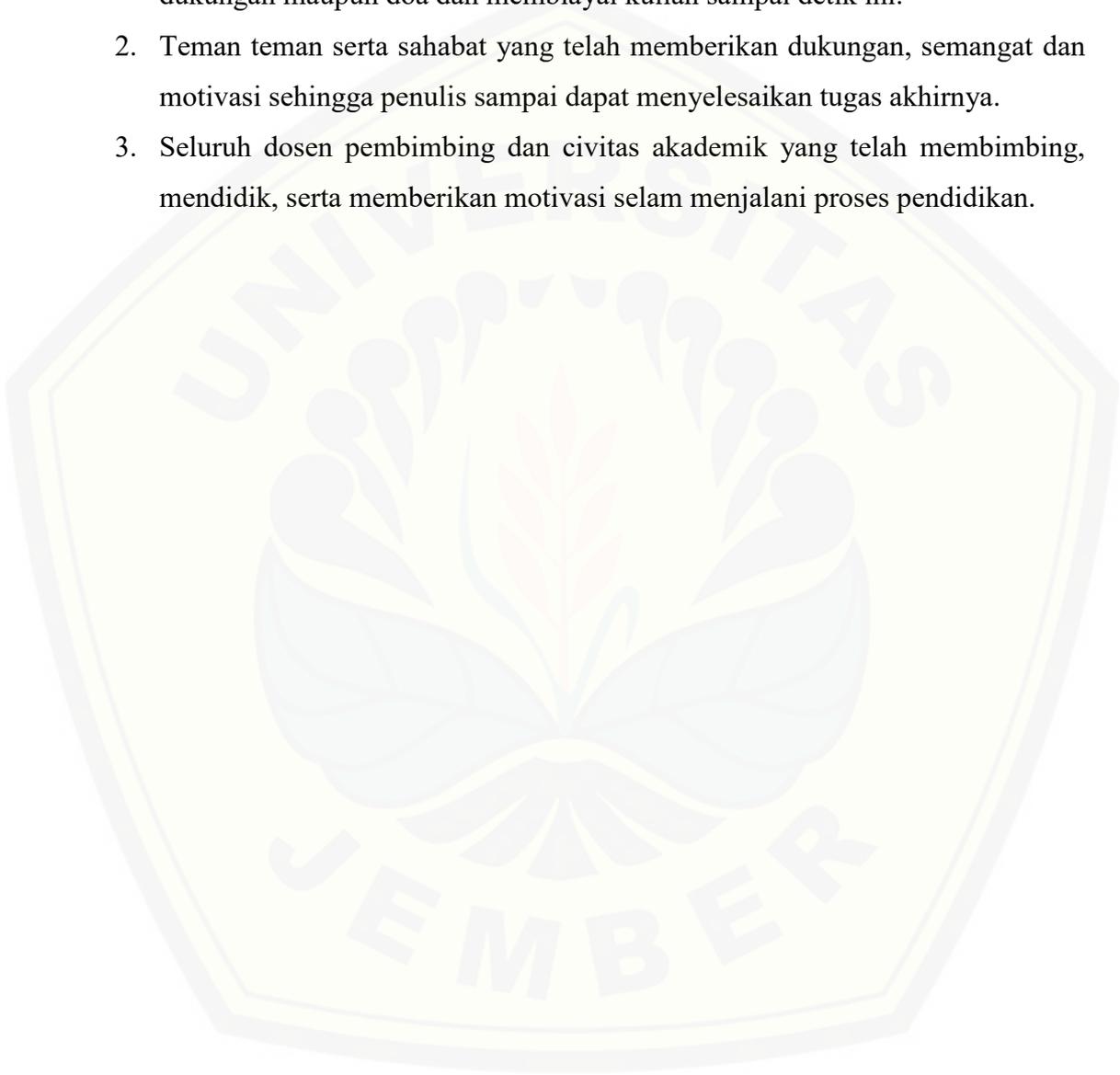
**Bani Hasan Habibi  
NIM 162303101022**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda dan ibu selama ini dalam memberi semangat, kasih sayang dukungan maupun doa dan membiayai kuliah sampai detik ini.
2. Teman teman serta sahabat yang telah memberikan dukungan, semangat dan motivasi sehingga penulis sampai dapat menyelesaikan tugas akhirnya.
3. Seluruh dosen pembimbing dan civitas akademik yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selam menjalani proses pendidikan.



MOTTO

“Dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya tiada berputus asa dari rahmat Allah melainkan orang-orang yang kafur”

(Surat Yusuf ayat 87)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bani Hasan Habibi

NIM : 162303101022

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, Juli 2019

Yang menyatakan,



Bani Hasan Habibi  
NIM. 162303101022

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN REUMATOID ARTRITIS PADA ANGGOTA  
KELUARGA Tn Sa DAN Tn Su DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI KRONIS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
ROGOTRUNAN LUMAJANG TAHUN 2019**

Oleh:

**Bani Hasan Habibi  
NIM 162303101022**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. Suhari, A.Per.Pen.,MM

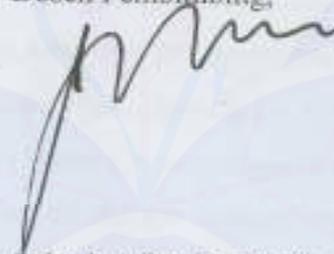
### PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019" telah disetujui pada:

hari, tanggal : Jumat, 5 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember

Dosen Pembimbing,



Dr. Suhari, A. Per. Pen., MM  
NIP : 19630302 198603 1 023

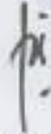
**PENGESAHAN**

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019" karya Bani Hasan Habibi telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Rabu, 24 Juli 2019

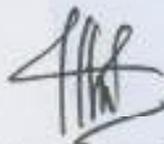
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



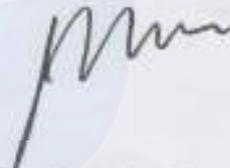
Mashuri, S.Kep.Ners., M.Kep  
NIP 197702072008011019

Anggota I,



Musviro, S.Kep.Ns., M.Kes  
NRP 760017243

Anggota II,



Dr. Suhari, A.Per.Pen., MM  
NIP 196303021986031023

Mengesahkan,  
Koordinator Progam Studi D3 Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep.,Ners., M.M  
NIP 196506291987032008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019; Bani Hasan Habibi 162303101022;** Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Rheumatoid arthritis atau dikenal sebagai Penyakit rematik merupakan suatu istilah terhadap sekelompok penyakit (gabungan untuk lebih dari seratus penyakit) dengan manifestasi klinis berupa nyeri pada system musculoskeletal, kekakuan sendi, serta pembengkakan jaringan sekitar sendi dan tendon. Penyakit ini merupakan peradangan sistematis kronis yang dapat menyebabkan komplikasi berupa nodul rheumatoid, dengan prevalensi penderita rheumatoid arthritis yang paling banyak terdapat pada lansia. Sehingga dukungan keluarga sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien rheumatoid arthritis di keluarga.

Tujuan studi kasus ini mengeksplorasi tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019. Metode yang digunakan adalah metode laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi dan dokumentasi.

Hasil yang didapatkan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dan ketidakmampuan keluarga merawat pasien.. Pada batasan karakteristik kedua pasien menunjukkan bukti nyeri, ekspresi wajah nyeri, keluhan tentang intensitas nyeri dan terjadi perubahan aktivitas. Pada kedua pasien dilakukan tindakan seperti mengkaji skala nyeri, mengukur tanda tanda vital, manajemen nyeri menggunakan teknik relaksasi dan distrasi kompres hangat jahe. Kompres hangat jahe dilakukan selama 2 kali sehari pagi dan sore selama 20 menit sebanyak 100 gram. Setelah dilakukan kunjungan selama 3 kali, didapatkan hasil pada kedua pasien teratasi semua dengan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

Rekomendasi untuk perawat di harap mampu untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang pola hidup sehat dan cara mengontrol rasa nyeri pada penderita rheumatoid arthritis. Selain itu keluarga juga diharapkan bisa melanjutkan tindakan kompres hangat jahe pada pasien, berpartisipasi dalam mendukung klien untuk berpola hidup sehat, dan melakukan 5 tugas perawatan keluarga seperti mengenal kesehatan, mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota yang sakit, memelihara lingkungan yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat.



## SUMMARY

**A nurse care for Rheumatoid arthritis in Family Members Mr.Sa and Mr.Su With Chronic Pain Syndrome Nursing Problems in the work area of Rogotrunan Lumajang Health Center in 2019; Bani Hasan Habibi 162303101022; Nursing Vocation At Program Study University Of Jember**

Rheumatoid arthritis or known as rheumatic disease is a term for a group of diseases (combined for more than one hundred diseases) with clinical manifestations of pain in the musculoskeletal system, joint stiffness, and swelling of tissues around the joints and tendons. This disease is a chronic systematic inflammation that can cause complications in the form of rheumatoid nodules, with the most prevalent rheumatoid arthritis patients in the elderly. So that family support is very important in treating patients with rheumatoid arthritis in the family.

The purpose of this case study explores the implementation of Rheumatoid Arthritis Nursing Care for Family Members of Mr. Sa and Mr Su's Family with Chronic Pain Nursing Problems in the Working Area of Lumot Rogotrunan Health Center in 2019. The method used is the case report method. Data collection was carried out using interview, observation and documentation techniques. The results obtained in both patients with nursing problems pain discomfort associated with the inability of families to use health facilities and the inability of families to treat patients. Within the limits of the characteristics of both patients showed evidence of pain, facial expression of pain, complaints about pain intensity and changes in activity. In both patients measures such as assessing the pain scale, measuring vital signs, pain management using relaxation techniques and the distress of ginger warm compresses. Ginger warm compress is done for 2 times a day morning and evening for 20 minutes as much as 100 grams. After 3 visits, the results in both patients were resolved with all the expected outcome criteria.

Recommendations for nurses are expected to be able to provide health education about healthy lifestyles and how to control pain in patients with rheumatoid arthritis. In addition, the family is also expected to be able to continue

the action of warm ginger compresses on patients, participate in supporting clients to have a healthy lifestyle, and perform 5 family care tasks such as knowing health, making appropriate health care decisions, caring for sick members, maintaining a healthy environment, use health facilities in the community.



## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019” dapat terselesaikan dengan baik. Adapun ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember
2. Ibu Ns Lantin Sulistyorini, S. Kep. M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan.
3. Ibu Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
4. Bapak Mashuri, S.Kep., Ners., M.kep selaku ketua penguji yang memberikan arahan pada penyusunan laporan tugas akhir ini
5. Ibu Musviro, S.Kep.Ns.,M.Kes selaku anggota penguji 1 yang telah memberikan arahan pada penyusunan laporan tugas akhir ini
6. Bapak Dr. Suhari , A.Per.Pen.,MM., selaku Dosen Pembimbing dalam penulisan laporan tugas akhir ini;
7. Semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung yang telah membantu, sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Juli 2019

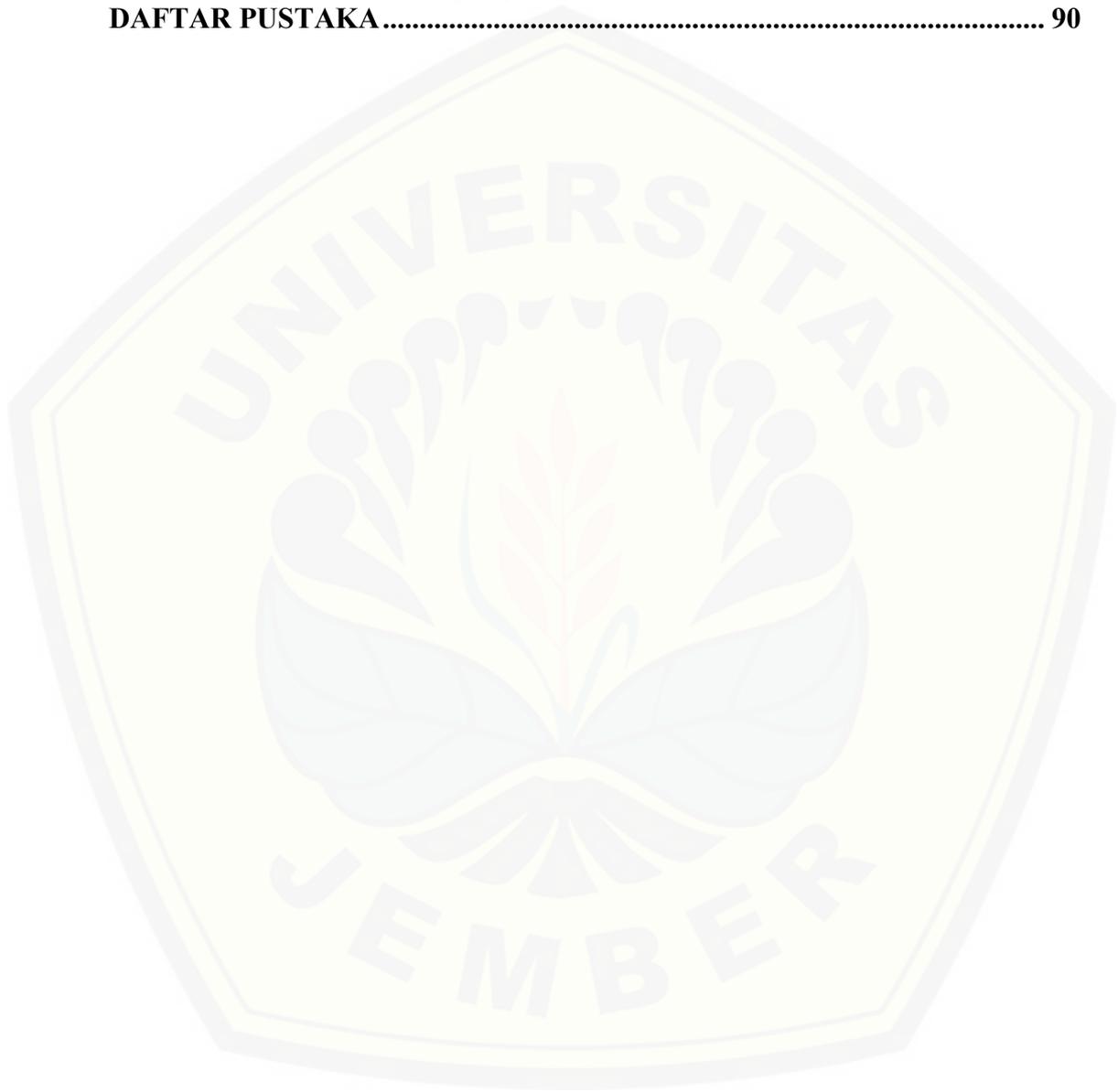
Penulis

DAFTAR ISI

|  |              |
|--|--------------|
| <b>PERSEMBAHAN.....</b>                            | <b>iii</b>   |
| <b>MOTTO .....</b>                                 | <b>iv</b>    |
| <b>PERNYATAAN.....</b>                             | <b>v</b>     |
| <b>LAPORAN TUGAS AKHIR.....</b>                    | <b>vi</b>    |
| <b>PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>                | <b>vii</b>   |
| <b>PENGESAHAN .....</b>                            | <b>viii</b>  |
| <b>RINGKASAN .....</b>                             | <b>ix</b>    |
| <b>SUMMARY .....</b>                               | <b>xi</b>    |
| <b>PRAKATA .....</b>                               | <b>xiii</b>  |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                             | <b>xiv</b>   |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                          | <b>xvii</b>  |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>                          | <b>xviii</b> |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                       | <b>xix</b>   |
| <b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>                    | <b>1</b>     |
| <b>1.1 Latar belakang .....</b>                    | <b>1</b>     |
| <b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>                    | <b>3</b>     |
| <b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>                  | <b>3</b>     |
| <b>1.4 Manfaat .....</b>                           | <b>3</b>     |
| 1.4.1 Bagi perkembangan Keperawatan .....          | 3            |
| 1.4.2 Bagi Klien dan Keluarga.....                 | 4            |
| 1.4.3 Bagi Instansi Pendidikan.....                | 4            |
| 1.4.4 Bagi Perawat .....                           | 4            |
| 1.4.5 Bagi Penulis .....                           | 4            |
| <b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>                | <b>5</b>     |
| <b>2.1 Konsep Dasar Keluarga.....</b>              | <b>5</b>     |
| 2.1.1 Pengertian Keluarga.....                     | 5            |
| 2.1.2 Ciri-ciri Struktur Keluarga .....            | 5            |
| 2.1.3 Tipe-tipe Keluarga .....                     | 6            |
| 2.1.4 Bentuk Keluarga .....                        | 8            |
| 2.1.5 Struktur Keluarga.....                       | 9            |
| 2.1.6 Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga..... | 10           |
| <b>2.2 Konsep Reumatoid Atritis.....</b>           | <b>12</b>    |
| 2.2.1 Definisi.....                                | 12           |
| 2.2.2 Etiologi.....                                | 12           |
| 2.2.3 Tanda dan Gejala .....                       | 13           |
| 2.2.4 Patofisiologi.....                           | 14           |
| 2.2.5 Pathway .....                                | 16           |
| 2.2.6 Pemeriksaan Penunjang .....                  | 17           |
| 2.2.7 Penatalaksanaan .....                        | 18           |
| 2.2.8 Komplikasi .....                             | 19           |
| <b>2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....</b> | <b>21</b>    |
| 2.3.1 Definisi.....                                | 21           |
| 2.3.2 Tahap pengkajian .....                       | 21           |

|               |   |           |
|---------------|---|-----------|
| 2.3.3         | Diagnosis Asuhan Keperawatan Keluarga.....                      | 29        |
| 2.3.4         | Diagnosa Keperawatan Yang Muncul Pada Reumatoid Arthritis ..... | 32        |
| 2.3.5         | Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga.....                     | 33        |
| 2.3.6         | Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga.....                   | 37        |
| 2.3.7         | Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga.....                       | 38        |
| <b>BAB 3.</b> | <b>METODE PENELITIAN.....</b>                                   | <b>42</b> |
| <b>3.1</b>    | <b>Desain Penelitian .....</b>                                  | <b>42</b> |
| <b>3.2</b>    | <b>Batasan Istilah .....</b>                                    | <b>42</b> |
| 3.2.1         | Asuhan Keperawatan .....  | 42        |
| 3.2.2         | Klien Reumatoid Arthritis.....                                  | 43        |
| 3.2.3         | Masalah Keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri .....            | 43        |
| <b>3.3</b>    | <b>Partisipan .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>3.4</b>    | <b>Lokasi dan Waktu .....</b>                                   | <b>44</b> |
| <b>3.5</b>    | <b>Pengumpulan Data.....</b>                                    | <b>44</b> |
| 3.5.1         | Wawancara.....  | 44        |
| 3.5.2         | Obsevasi.....   | 44        |
| 3.5.3         | Studi Dokumentasi .....   | 45        |
| <b>3.6</b>    | <b>Analisa Data.....</b>  | <b>45</b> |
| 3.6.1         | Pengumpulan data .....  | 45        |
| 3.6.2         | Mereduksi data.....   | 45        |
| 3.6.3         | Penyajian data .....  | 45        |
| 3.6.4         | Kesimpulan .....  | 46        |
| <b>3.7</b>    | <b>Etika Penulisan.....</b>                                     | <b>46</b> |
| 3.7.1         | Surat persetujuan ( <i>Informed consent</i> ) .....             | 46        |
| 3.7.2         | Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....                     | 46        |
| 3.7.3         | Tanpa nama ( <i>Anonimity</i> ).....                            | 46        |
| <b>BAB 4.</b> | <b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>                               | <b>48</b> |
| <b>4.1</b>    | <b>4.1 Hasil.....</b>   | <b>48</b> |
| 4.1.1         | Gambaran lokasi pengambilan data .....                          | 48        |
| 4.1.2         | Identitas Umum Keluarga .....                                   | 49        |
| 4.1.3         | Riwayat dan Tahapan Perkembangan Keluarga .....                 | 54        |
| 4.1.4         | Pengkajian Lingkungan.....                                      | 55        |
| 4.1.5         | Struktur Keluarga.....  | 58        |
| 4.1.6         | Fungsi Keluarga .....   | 58        |
| 4.1.7         | Strees dan Koping Keluarga .....                                | 61        |
| 4.1.8         | Keadaan Gizi Keluarga .....                                     | 62        |
| 4.1.9         | Pemeriksaan Fisik .....   | 62        |
| 4.1.10        | Format Pemeriksaan Fisik.....                                   | 64        |
| 4.1.11        | Harapan Keluarga .....  | 65        |
| 4.1.12        | Analisa Data Asuhan keperawatan Keluarga 1 .....                | 66        |
| 4.1.13        | Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas : .....                   | 71        |
| <b>BAB 5.</b> | <b>KESIMPULAN SARAN.....</b>                                    | <b>87</b> |
| <b>5.1</b>    | <b>Kesimpulan .....</b>   | <b>87</b> |
| 5.1.1         | Pengkajian Keperawatan.....                                     | 87        |
| 5.1.2         | Diagnosa Keperawatan .....                                      | 87        |
| 5.1.3         | Intervensi Keperawatan.....                                     | 87        |

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| 5.1.4 Implementasi Keperawatan.....  | 88        |
| 5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....      | 88        |
| <b>5.2 Saran.....</b>                | <b>88</b> |
| 5.2.1 Bagi Keluarga .....            | 88        |
| 5.2.2 Bagi Puskesmas Rogotrunan..... | 88        |
| 5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya ..... | 89        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>           | <b>90</b> |

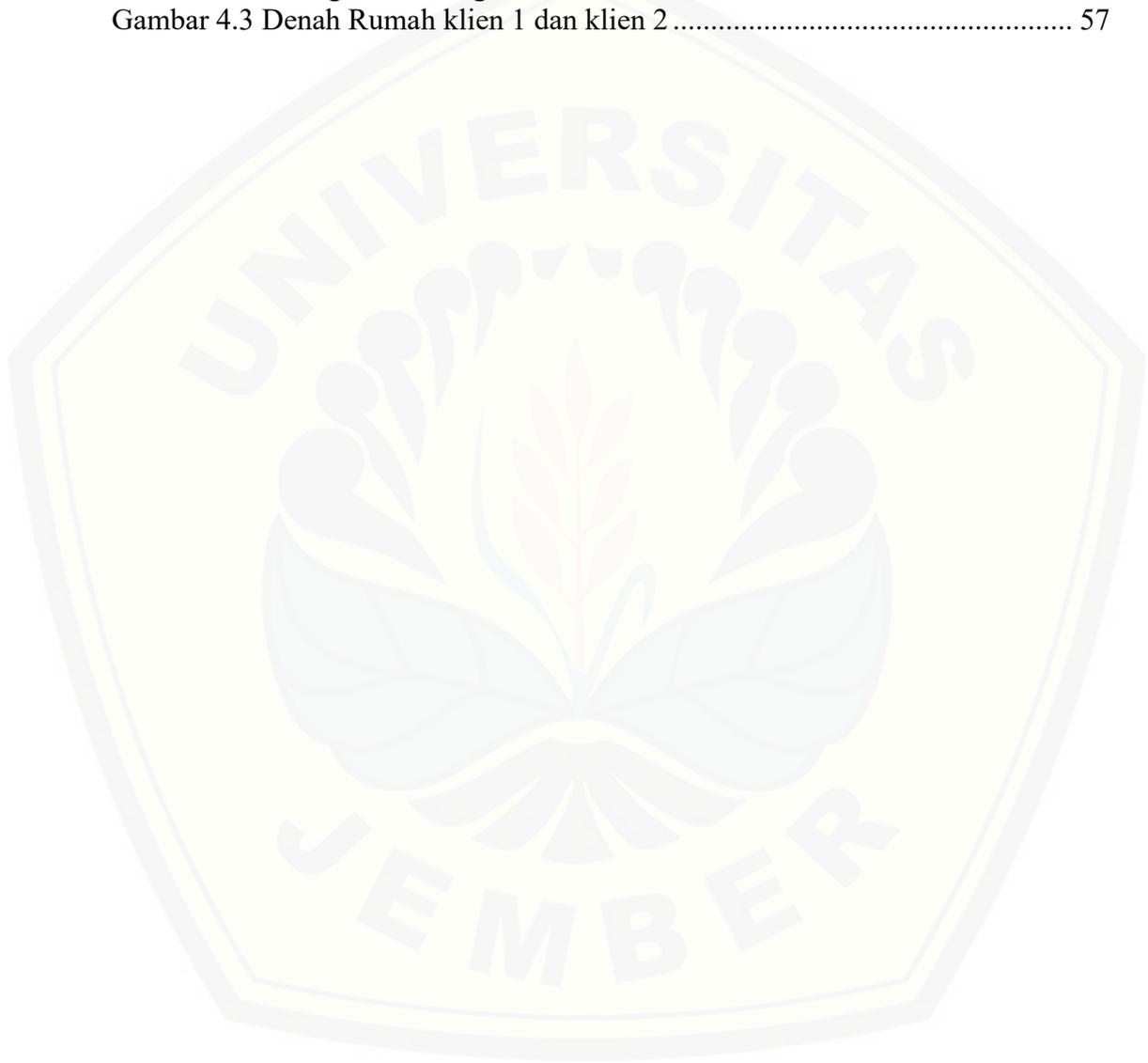


**DAFTAR TABEL**

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabel 2.1  | Kriteria arthritis reumatoid .....                          | 13 |
| Tabel 2.2  | Contoh Penyajian Data Umum Pengkajian Keluarga .....        | 22 |
| Tabel 2.3  | Skala untuk menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan .....   | 31 |
| Tabel 2.4  | Intervensi Keperawatan.....                                 | 35 |
| Tabel 4.1  | Identitas Kepala Keluarga Klien 1 dan 2 .....               | 49 |
| Tabel 4.2  | Komposisi Keluarga Klien 1 dan 2 .....                      | 49 |
| Tabel 4.3  | Type Keluarga Klien 1 dan 2 .....                           | 51 |
| Tabel 4.4  | Suku Bangsa Keluarga Klien 1 dan 2 .....                    | 51 |
| Tabel 4.5  | Agama dan Kepercayaan yang Klien 1 dan 2.....               | 52 |
| Tabel 4.6  | Status sosial ekonomi Keluarga Klien 1 dan 2 .....          | 52 |
| Tabel 4.7  | Aktifitas Rekreasi.....                                     | 53 |
| Tabel 4.8  | Riwayat dan tahap perkembangan Keluarga Klien 1 dan 2 ..... | 54 |
| Tabel 4.9  | Riwayat kesehatan masing-masing anggota Klien 1 dan 2.....  | 55 |
| Tabel 4.10 | Karakteristik rumah Keluarga Klien 1 dan 2 .....            | 55 |
| Tabel 4.11 | Struktur Keluarga Klien 1 dan 2 .....                       | 58 |
| Tabel 4.12 | Fungsi Keluarga Klien 1 dan 2 .....                         | 58 |
| Tabel 4.13 | Strees dan koping Keluarga Klien 1 dan 2.....               | 61 |
| Tabel 4.14 | Keadaan gizi Keluarga Klien 1 dan 2 .....                   | 62 |
| Tabel 4.15 | Pemeriksaan fisik Keluarga Klien 1 dan 2.....               | 62 |
| Tabel 4.16 | Pemeriksaan fisik keluarga klien 1 dan klien 2.....         | 64 |
| Tabel 4.17 | Harapan Keluarga Klien 1 dan 2.....                         | 65 |
| Tabel 4.18 | Analisa Data Klien 1 .....                                  | 66 |
| Tabel 4.19 | Scoring klien 1 .....                                       | 67 |
| Tabel 4.20 | Analisa Data Klien 2 .....                                  | 69 |
| Tabel 4.21 | Scoring klien 2 .....                                       | 69 |
| Tabel 4.22 | Batasan Karakteristik .....                                 | 72 |

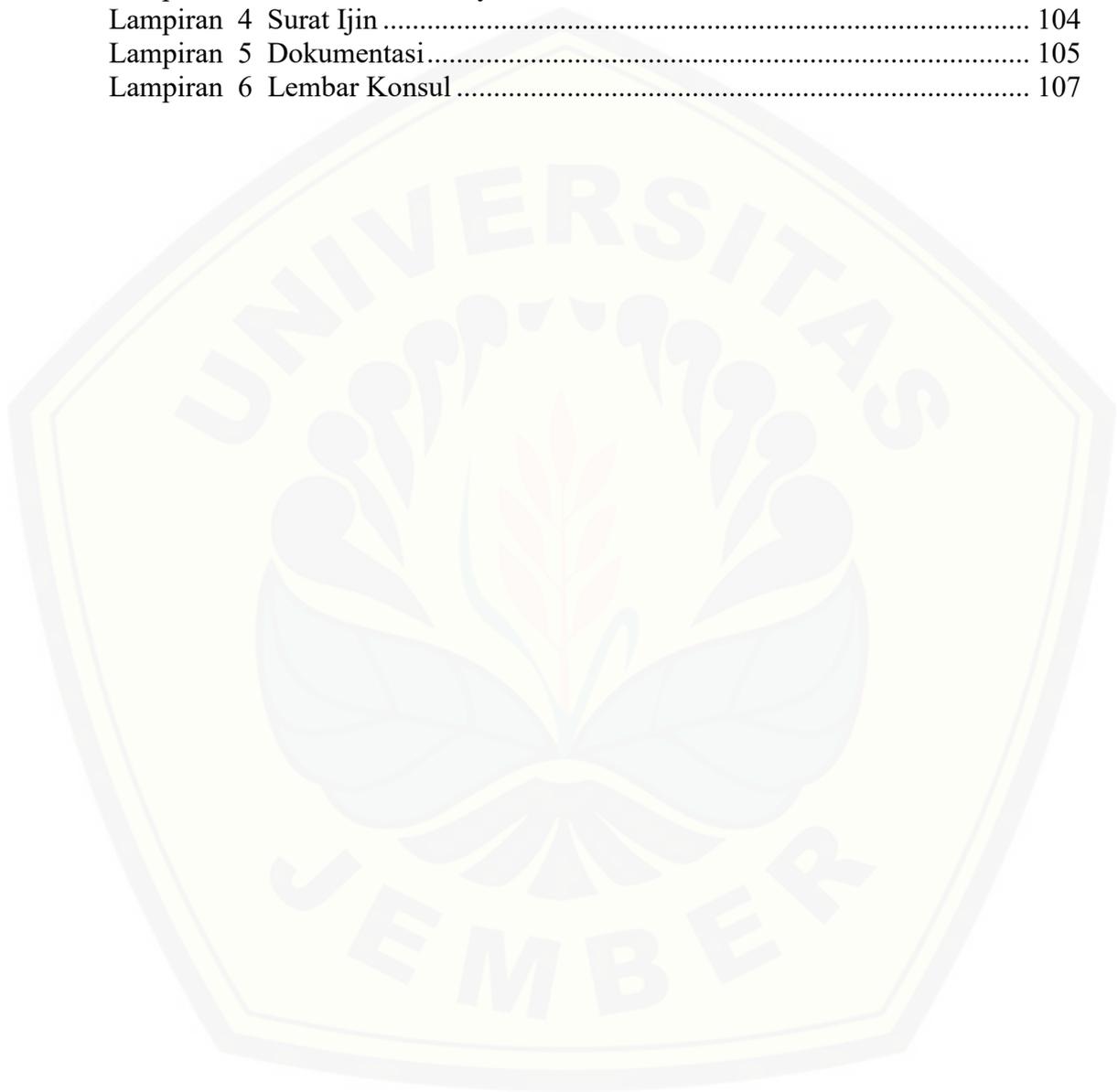
DAFTAR GAMBAR

|  |    |
|--|----|
| Gambar 2.1 Pathway Reumatoid Arthritis .....     | 16 |
| Gambar 2.2 Genogram .....                        | 23 |
| Gambar 4.1 Genogram keluarga klien 1 .....       | 50 |
| Gambar 4.2 Genogram keluarga klien 2 .....       | 50 |
| Gambar 4.3 Denah Rumah klien 1 dan klien 2 ..... | 57 |



DAFTAR LAMPIRAN

|   |     |
|---|-----|
| Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan.....  | 92  |
| Lampiran 2 Inform Consent .....         | 93  |
| Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan..... | 95  |
| Lampiran 4 Surat Ijin .....             | 104 |
| Lampiran 5 Dokumentasi.....             | 105 |
| Lampiran 6 Lembar Konsul .....          | 107 |



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Penyakit rematik merupakan suatu istilah terhadap sekelompok penyakit (gabungan untuk lebih dari seratus penyakit) dengan manifestasi klinis berupa nyeri pada system musculoskeletal, kekakuan sendi, serta pembengkakan jaringan sekitar sendi dan tendon. Meskipun kelainan terutama terjadi pada sendi, tetapi penyakit rematik dapat pula mengenai jaringan ekstraartikuler Dampak keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan. Masalah yang disebabkan oleh penyakit rematik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas dan aktivitas hidup sehari-hari juga efek sistemis yang tidak jelas, tetapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian diri, serta gangguan tidur (Helmi, 2014).

Di dunia, rematik merupakan penyakit muskuloskeletal yang paling sering terjadi, menurut WHO (2016) mencatat penyakit rheumatoid arthritis di dunia dari 2.130 juta populasi telah mencapai angka 355 juta, yang berarti 1 dari 6 jiwa didiagnosis rheumatoid arthritis. Angka ini diprediksi akan terus meningkat sampai tahun 2025 dengan kejadian 25% mengalami kelumpuhan (Andriyani, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2013), menunjukkan bahwa kecenderungan prevalensi rematik di Indonesia tahun 2007-2013 pada usia lansiat erdapat 30,3 % pada tahun 2007, dan mengalami penurunan pada tahun 2013 yaitu menjadi 24,7%. Pada Tahun 2016 jumlah penderita rematik adalah sebanyak 23,8% (Kemenkes RI, 2013 dalam Meliny dkk, 2018). Sedangkan berdasarkan pengelompokan umur, di peroleh bahwa prevalensi penderita rheumatoid arthritis kelompok umur 15-24 tahun adalah yang paling kecil sebesar 8,0 % sedangkan prevalensi penderita rheumatoid arthritis yang paling banyak terdapat pada kelompok umur lebih dari 65 tahun ke atas sebesar 63%. Terlihat kecenderungan bahwa prevalensi akan semakin seiring bertambahnya usia (Nainggolan, 2009). Di jawa timur penyakit rheumatoid arthritis tahun 2011 berjumlah 37.476.757 penderita, tahun 2012 berjumlah 28.196.000 penderita, tahun 2013 berjumlah 20.719.000 penderita (Depkes RI, 2013 dalam Mariana, 2015). Hasil Studi

pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Rogotruman Lumajang wilayah kelurahan Ditrotunan pada bulan januari 2018 sampai desember 2018 tercatat setiap kunjungannya kurang lebih pasien wanita 250 dan pasien laki-laki 203.

Penyebab rheumatoid arthritis belum di ketahui secara pasti, namun faktor predisposisinya adalah mekanisme imunitas (antigen-antibodi) dan faktor metabolic dan infeksi virus. Dengan manifestasi klinisnya seperti sakit pada persendian disertai kaku dan gerakan terbatas, serta sistemik seperti mudah capek, lemah, lesu, demam (Suratun, 2008). Oleh karena itu sering kali di jumpai pada keluarga terutama pada lansia yang mengalami nyeri pada persendian dan dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Sehingga peran dalam keluarga tidak efektif dan akan terjadi penurunan dalam ekonominya.

Salah satu cara untuk mengatasi atau mengendalikan nyeri kronis pada artritis rematoid dengan cara farmakologis dan non farmakologis. Pada cara non farmakologis terdapat terapi fisik, terapi okupasi dan kompres hangat jahe. Peran perawat dalam membantu keluarga yang anggotanya menderita penyakit rheumatoid atritis yaitu dengan menggunakan cara kompres hangat jahe dan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar dapat mengontrol rasa sakitnya. Kompres hangat jahe merupakan pengobatan tradisional untuk mengurangi nyeri arthritis rhematoid. Kompres hangat jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita artritis rhematoid, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas. Pemberian kompres hangat jahe merupakan mekanisme penghambat reseptor nyeri pada serabut saraf besar dimana akan mengakibatkan terjadinya perubahan mekanisme yaitu gerbang yang akhirnya dapat memodifikasi dan merubah sensasi nyeri yang datang sebelum sampai ke korteks serebri menimbulkan persepsi nyeri dan reseptor otot sehingga nyeri dapat berkurang. Jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenase yang dapat mengurangi peradangan pada penderita arthritis rhematoid, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana dapat meredakan

rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas. kompres jahe di lakukan 2 kali sehari pagi dan sore sebanyak 100 gram (Bachtiar, 2010 dalam (Asri Kusyani, 2018).

Berdasarkan pertimbangan di atas, maka penulis memilih judul kasus rheumatoid arthritis sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Mengidentifikasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis Keluarga Pada Anggota Keluarga Tn Sa Dan Tn Su Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019.

## **1.4 Manfaat**

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat secara praktis sebagai berikut:

### **1.4.1 Bagi perkembangan Keperawatan**

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan rheumatoid arthritis, sehingga dapat dilakukan tindakan tepat untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien dengan rheumatoid arthritis.

#### 1.4.2 Bagi Klien dan Keluarga

Memberikan manfaat untuk lebih mengenal tentang rheumatoid arthritis, cara merawat anggota keluarga yang menderita rheumatoid arthritis, serta proses penerimaan anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami rheumatoid arthritis.

#### 1.4.3 Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dan menambah referensi untuk dijadikan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### 1.4.4 Bagi Perawat

Digunakan sebagai alat bantu evaluasi dalam upaya meningkatkan kualitas penanganan terhadap pasien rheumatoid arthritis.

#### 1.4.5 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan rheumatoid arthritis.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan Pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori, yang meliputi konsep Reumatoid Arthritis, konsep dasar keluarga dan konsep asuhan keperawatan keluarga. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain, yaitu *text book*, artikel jurnal, tesis, dan skripsi.

### 2.1 Konsep Dasar Keluarga

#### 2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga sebagai suatu *system social*. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Friedman, 1998 dalam Padila, 2012).

Keluarga merupakan sasaran keperawatan komunitas selain individu, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan di masyarakat (Widyanto, 2014).

#### 2.1.2 Ciri-ciri Struktur Keluarga

Keluarga merupakan sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran, dan aturan atau nilai-nilai yang menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga. Struktur keluarga tersebut memiliki ciri-ciri antara lain:

##### a. Terorganisasi

Keluarga merupakan cerminan organisasi dimana setiap anggota setiap keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung antara satu dengan yang lainnya.

##### b. Keterbatasan

Setiap anggota keluarga memiliki kebebasan, namun juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

##### c. Perbedaan dan Kekhususan

Setiap anggota memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi tersebut cenderung berbeda dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan. Misalnya saja ayah sebagai pencari nafkah utama dan ibu yang bertugas merawat anak-anak (Widyanto, 2014).

### 2.1.3 Tipe-tipe Keluarga

Menurut (Widyanto, 2014) Keluarga memiliki berbagai macam tipe yang dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional, yaitu:

#### a. Keluarga tradisional

- 1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri suami, istri dan anak.
- 2) *The dyad family*, yaitu keluarga yang terdiri suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tanpa anak.
- 3) Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suatu istri yang sudah tua dengan sudah memisahkan diri.
- 4) *The childless family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya. Penyebabnya adalah karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) *The extended family* (keluarga besar), yaitu keluarga yang terdiri tiga generasi hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, bibi, orang tua (kakek dan nenek), keponakan dan lain sebagainya.
- 6) *The single parent family* (keluarga dudu atau janda), yaitu keluarga yang terdiri dari suatu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.
- 7) *Commuter family*, yaitu keluarga dengan kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama di salah satu kota yang menjadi tempat tinggal.
- 8) *Multigenerational family*, yaitu keluarga dengan generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) *Kin-network family*, yaitu keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan menggunakan barang-barang serta pelayanan

bersama. Seperti, menggunakan dapur, kamar mandi, televises, atau telepon bersama.

- 10) *Blended family*, yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
- 11) *The single adult living alone/ single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya (separasi) seperti perceraian atau di tinggal mati.

#### b. Keluarga Non Tradisional

- 1) *The unmarried teenage mother*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *The stepparent family*, yaitu keluarga dengan orangtua tiri.
- 3) *Commune family*, yaitu keluarga dengan beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak memiliki hubungan saudara, hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Gay and lesbian families*, yaitu keluarga dengan seseorang yang persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners).
- 6) *Cohabiting couple*, yaitu keluarga dengan orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 7) *Group-marriage family*, yaitu keluarga dengan beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagai sesuatu, termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
- 8) *Group network family*, yaitu keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

- 9) *Foster family*, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara untuk waktu sementara.
- 10) *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) *Gang*, yaitu sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan criminal dala kehidupannya.

#### 2.1.4 Bentuk Keluarga

Menurut (Ali, 2009) Bentuk keluarga menggambarkan perbedaan sosial, tingkah laku, dan kultur, serta gaya hidup. Dalam asuhan keperawatan, bentuk keluarga ini perlu diperhatikan, terutama dalam hal pelaksanaan asuhan keperawatan.

Sussman et al. menguraikan keluarga menjadi 7 bentuk.

- a. Keluarga inti. Keluarga inti terdiri dari suami (penari nafkah), ini ada keenderungan keluarga inti tradisonal bergeser menjadi bentuk keluarga inti nontradisional, kecenderungan ini disebabkan oleh beberapa hal antara lain suami-istri keduanya pekerja/ berkarir dan keluarga tanpa anak.
- b. Keluarga besar tradisional. Keluarga besar tradisional adalah bentuk keluarga yang berpasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sank saudara, dan kerabat lain dalam keluarga tersebut.
- c. Keluarga dengan orang tua tunggal. Keluarga ini hanya memiliki satu kepala rumah tangga, ayah, atau ibu ( duda/janda/ belum menikah). Jumlah ibu remaja yang tidak menikah akhir-akhir ini cenderung meningkat karena berbagai alasan antara lain kemiskinan dan pergaulan bebas (melahirkan di luar pernikahan).
- d. Individu dewasa yang hidup sendiri. Bentuk ini banyak terdapat di masyarakat. Mereka hidup berkelompok seperti di panti werda, tetapi ada juga yang menyendiri. Mereka ini membutuhkan layanan kesehatan dan psikososial karena tidak mempunyai system pendukung.

- e. Keluarga dengan orang tua tiri. Menurut MCubbin dan Dahl (1985) orang tua menghadapi 3 masalah yang paling menonjol, yaitu pendisiplinan anak, penyesuaian diri dengan kepribadian anak, dan kebiasaan serta penerimaan terhadap pernikahan hati.
- f. Keluarga binuclear. Keluarga binuclear merujuk pada bentuk keluarga setelah cerai sehingga anak menjadi anggota dari suatu system keluarga yang terdiri dari dua rumah tangga inti. Ibu dan ayah dengan berbagai macam perbedaan di antara keduanya, serta keterbatasan waktu yang digunakan dalam setiap rumah tangga.
- g. Bentuk variasi keluarga nontradisional. Bentuk variasi keluarga nontradisional meliputi bentuk keluarga yang sangat berbeda meskipun demikian, memiliki persamaan dalam hal tujuan dan nilai dengan keluarga inti tradisional.

#### 2.1.5 Struktur Keluarga

Menurut (Padila, 2012) Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah:

- a. Patrilineal  
Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- b. Matrilineal  
Adalah keluarga yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
- c. Matrilokal  
Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- d. Patrilokal  
Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
- e. Keluarga kawin  
Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

### 2.1.6 Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungannya pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duval dan Miller (1985) ; Carter dan McGoldrik (1998) dalam (Achjar, 2010) , mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaran secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak ( anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

c. Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah ( anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah ( anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan

teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja ( anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan pension)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memeperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, mempertahankan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

- h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling member perhatian yang

menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

## 2.2 Konsep Reumatoid Atritis

### 2.2.1 Definisi

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit peradangan sistematis kronis yang tidak diketahui penyebabnya dengan manifestasi pada sendi perifer dengan pola simetris. Konstitusi gejala, termasuk kelelahan, malaise, dan kekakuan pada pagi hari. Pada RA sering melibatkan prgan ekstraartikuler seperti kulit, jantung, paru-paru, dan mata. RA menyebabkan kerusakan sendi dan dengan demikian sering menyebabkan morbiditas dan kematian yang cukup besar (Helmi, 2014)

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit inflamasi sistemik kronis yang tidak diketahui penyebabnya. Karakteristik RA adalah terjadi kerusakan dan proliferasi pada membrane sinovial, yang menyebabkan kerusakan pada tulang sendi, ankilosis, dan deformitas. Mekanisme imunologis tampak berperan penting dalam memulai dan timbulnya penyakit ini (Lukman, 2009).

### 2.2.2 Etiologi

Penyebab RA tidak diketahui. Faktor genetic, lingkungan, hormone, imunologi, dan factor-faktor infeksi mungkin memainkan peran penting. Sementara itu, factor sosial ekonomi, psikologis, dan gaya hidup memengaruhi progresivitas dari penyakit.

#### a. Genetik

Sekitar 60% dari pasien dengan RA membawa epitop bersama dari luster HLA-DR4 yang merupakan salah satu situs pengikatan peptide-molekul HLA-DR tertentu yang berkaitan dengan RA.

#### b. Lingkungan

Untuk beberapa decade, sejumlah agen infeksi seperti organism Myoplasma, Epstein-Barr dan virus rubella menjadi predisposisi peningkatan RA.

#### c. Hormonal

Hormon seks mungkin memainkan peran, terbukti dengan jumlah perempuan yang tidak proporsional dengan RA, ameliorasi selama kehamilan, kambuh

dalam periode postpartum dini, dan insiden berkurang pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral.

#### d. Imunologi

Semua elemen imunologi utama memainkan peran penting dalam propogasi inisiasi, dan pemeliharaan dari proses autoimun RA. Peristiwa seluler dan sitokin yang mengakibatkan konsekuensi patologis kompleks, seperti proliferasi sinovia dan kerusakan sendi berikutnya. Keterlibatan limfosit T dan B, antigen-presenting sel (misalnya sel B, makrofag, dan sel dendritik), serta banyak sitokin. Penyimpangan produksi dan regulasi dari kedua sitokin proinflamasi dan antiinflamasi dan jalur sitokin ditemukan di RA. Sel T CD4 diasumsikan memainkan peran penting dalam inisiasi RA. Sel-sel kemudian dapat mengaktifkan makrofag dan populasi sel lainnya, termasuk fibroblast sinovia. Makrofag dan sinovia fibroblast menjadi produsen utama dari sitokin proinflamasi TNF- $\alpha$  dan IL-1. Hiperaktivasi dari membrane sinovia membentuk jaringan pannus dan menyerang tulang sehingga mengalami degradasi oleh aktivasi osteoklas. Perbedaan utama antara RA dan bentuk lain dari inflamasi arthritis, seperti radang sendi psoriasis, tidak terletak pada pola sitokin mereka, tetapi lebih pada potensi merusak yang sangat dari membrane sinovia RA dan autoimun dibayangkan mengarah pada pembentukan imunitas kompleks yang mengaktifkan proses inflamasi ke tingkat yang lebih tinggi yang jauh dari biasanya (Helmi, 2016).

#### 2.2.3 Tanda dan Gejala

Tabel 2.1 Kriteria arthritis rematoid menurut American Rheumatism Association (ARA) dalam (Helmi, 2014)

| Criteria | Tanda dan Gejala  |
|----------|---|
| 1        | Kekakuan sendi jari tangan pada pagi hari ( <i>morning stiffness</i> ).                                       |
| 2        | Nyeri pada pergerakan sendi atau nyeri tekan sekurang-kurangnya pada satu sendi                               |
| 3        | Pembengkakan (oleh penebalan jaringan lunak atau oleh efusi cairan) pada salah satu sendi sear terus-menerus. |
| 4        | Pembengkakan pada sekurang-kurangnya salah satu sendi lain.   |
| 5        | Pembengkakan sendi yang bersifat simetris.  |
| 6        | Nodul subkutan pada daerah tonjolan tulang di daerah anterior.  |
| 7        | Gambaran foto rontgen yang khas pada arthritis rematoid.  |

---

|    |   |
|----|---|
| 8  | Uji aglutinasi faktor rematoid.                     |
| 9  | Perubahan karakteristik histologik lapisan sinovia. |
| 10 | Gambaran histologik yang khas pada nodul.           |
| 11 | Pengendapan cairan cousin yang jelek.               |

---

#### 2.2.4 Patofisiologi

Dipercaya bahwa pajanan terhadap antigen yang tidak teridentifikasi (mis., virus) menyebabkan respons imun menyimpang pada penderita yang rentan secara genetic. Sebagai akibatnya, antibody normal (imunoglobulin) menjadi autoantibody dan menyerang jaringan penderita. Antibody yang berubah ini, biasanya terdapat pada orang yang mengalami RA, disebut factor rheumatoid. Antibody yang dihasilkan sendiri berikatan dengan antigen target mereka dalam darah dan membrane synovial, membentuk kompleks imun. Komplemen diaktivasi oleh kompleks imun, memicu respon inflamasi pada jaringan synovial.

Leukosit tertarik ke membrane synovial dari sirkulasi, tempat neutrofil dan makrofag mengingesti kompleks imun dan melepaskan enzim yang mendegradasi jaringan synovial dan kartilago artikuler. Aktivasi limfosit B dan T menyebabkan peningkatan reproduksi factor rheumatoid dan enzim yang meningkatkan dan melanjutkan proses inflamasi.

Membrane synovial rusak akibat proses inflamasi dan imun. Membrane synovial membengkak akibat infiltrasi leukosit dan menebal karena sel berproliferasi dan membesar secara abnormal. Prostaglandin memicu vasodilatasi, dan sel synovial dan jaringan menjadi hiperaktif. Pembuluh darah baru tumbuh untuk menyokong hyperplasia synovial, membentuk jaringan granulasi vaskuler disebut *pannus* .

Kerusakan sendi yang terjadi pada RA merupakan hasil dari minimal tiga proses:

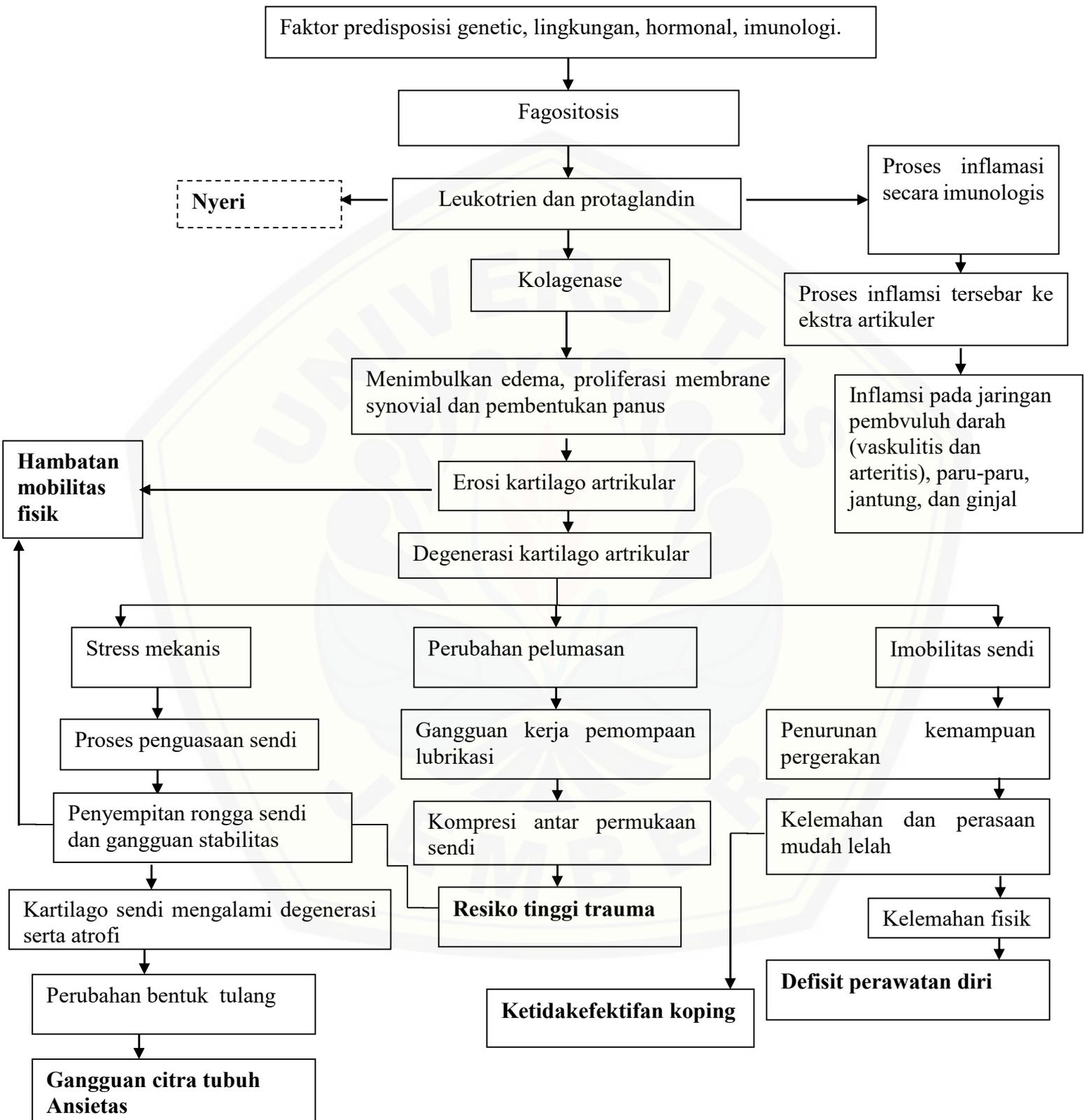
- a. Pannus inflamasi menyebar untuk menutupi kartilago sendi dan menghasilkan enzim seperti kolagen dan protease lain yang memicu kerusakan jaringan.
- b. Sitokin, khususnya interleukin 1 (IL-1) dan factor nekrosis tumor alfa (TNF-alpha), mengaktivasi kondrosit untuk menyerang kartilago sendi.

- c. Sitokin ini, bersama dengan IL-6, juga mengaktivasi osteoklas, menyebabkan resorpsi dan demineralisasi tulang yang menyertai.

Kompleks imun yang bersirkulasi dan sitokin IL-1, TNF, dan IL-6 terhitung untuk gambaran sistemik RA, termasuk malaise, keletihan, dan vaskulitis (Priscilla Lemone et al, 2015).



2.2.5 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Reumatoid Arthritis, (Muttaqin, 2008)

## 2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

### a. Studi laboratorium

Tidak ada tes patognomonik tersedia untuk mengonfirmasikan diagnosis RA, melainkan diagnosis dibuat menggunakan klinis, laboratorium, dan fitur imaging.

- 1) Tanda peradangan, seperti LED dan CRP, berhubungan dengan aktivitas penyakit. Selain itu, nilai CRP dari waktu berkorelasi dengan kemajuan radiografi.
- 2) Parameter hematologi termasuk jumlah CB dan analisis cairan sinovia.
  - a) Profil sel darah lengkap: anemia, trombositosis, trombositopenia, leukositosis, dan leucopenia.
  - b) Analisis cairan sinovia: inflamasi cairan sinovia, dan dominasi neutrofil (60-80%).
  - c) WBC count ( $>2000/uL$ ) hadir dengan jumlah WBC umumnya dari 5.000-50.000/uL.
  - d) Parameter imunologi: factor rematoid hadir pada sekitar 60-80% pasien dengan RA.

### b. Studi Imaging

- 1) Radiografi: perhatikan bahwa erosi mungkin ada pada kaki, bahkan tanpa adanya rasa sakit dan tidak adanya erosi di tangan.
- 2) MRI: modalitas ini digunakan terutama pada pasien dengan kelainan tulang belakang leher, pengenalan awal erosi berdasarkan ittra MRI telah cukup divalidasi.
- 3) Ultrasonografi: hal ini memungkinkan pengakuan efusi pada sendi yang tidak mudah diakses (misalnya: sendi pinggul dan sendi bahu pada pasien obesitas) dan kista (kista baker).
- 4) *Bone scanning*: temuan dapat membantu membedakan inflamasi dari perubahan yang bisa menyebabkan peradangan pada pasien dengan minimal pembengkakan.

- 5) Densitometry: temuan ayng berguna untuk membantu mendiagnosis perubahan dalam kepadatan mineral tulang mengindikasikan osteoporosis (Helmi, 2014).

#### 2.2.7 Penatalaksanaan

Perawatan yang optimal pasien dengan reumautoid arthritis membutuhkan pendekatan yang terpadu dalam terapi farmakologis dan nonfarmakologis.

##### a. Farmakologis

- 1) DMARD's merupakan ukuran yang paling penting dalam pengobatan sukses RA. DMARD's dapat memperlambat atau menegah perkembangan kerusakan dan hilangnya fungsi sendi. Terapi DMARD yang sukses dapat menghilangkan kebutuhan untuk obat antiinflamasi atau analgesic lainnya. Agen Xenobiotic DMARD's, meliputi: garam emas (misalnya, aurotiomalat, auranofin, lainnya);D-penisilamin; klorokuin dan hidrokssklorokuin; sulfasalazin (SSZ), metotreksat (MTX); azatioprina; dan siklosporin A.
- 2) Glukokortikoid adalah obat antiinflamasi manjur dan biasanya digunakan pada pasien dengan RA untuk menjembatani waktu sampai DMARD's efektif. Dosis prednisone 10 mg per hari biasanya digunakan, namun beberapa pasien mungkin memerlukan dosis yang lebih tinggi. Pengurangan dosis tepat waktu dan penghentian obat merupakan hal penting terkait dengan efek samping penggunaan steroid jangka panjang.
- 3) NSAID mengganggu sintesis prostaglandin melalui penghambatan enzimsiklooksigenase (COX) sehingga mengurangi pembengkakan dan rasa sakit. Namun, mereka tidak menghambat kerusakan sendi dan oleh karena itu tidak cukup untuk mengobati RA ketika digunakan sendiri. Serupa dengan glukokortikoid, mereka dapat dikurangi dalam dosis atau dihentikan dengan terapi DMARD sukses.
- 4) Analgesic, seperti asetaminofen/parasetamol, tramadol, kodein, opiate, dan berbagai obat analgesic lainnya juga dapat digunakan untuk mengurangi rasa sakit. Agen ini tidak mengobati kerusakan bengkak atau sendi (Helmi, 2014).

b. Nonfarmakologis

- 1) Pendidikan kesehatan penting dalam membantu pasien untuk memahami penyakit mereka dan belajar bagaimana cara mengatasi konsekuensinya.
- 2) Fisioterapi dan terapi fisik dimulai untuk membantu meningkatkan dan mempertahankan berbagai gerakan, meningkatkan kekuatan otot, serta mengurangi rasa sakit.
- 3) Terapi okupasi dimulai untuk membantu pasien untuk menggunakan sendi dan tendon efisien tanpa menekankan struktur ini, membantu mengurangi ketegangan pada sendi dengan splints dirancang khusus, serta menghadapi kehidupan sehari-hari melalui adaptasi kepada pasien dengan lingkungan dan penggunaan alat bantu yang berbeda.
- 4) Tindakan ortopedi meliputi tindakan bedah rekontruksi (Helmi, 2014).
- 5) Terapi pemberian kompres hangat jahe dengan cara kerja sebagai berikut :
  - a) Siapkan jahe 100 gram
  - b) Cuci jahe dengan air sampai bersih
  - c) Parut jahe
  - d) Siapkan wadah dan isi dengan air hangat suhu 40-50 derajat celsius secukupnya
  - e) Masukkan handuk kecil ke dalam air hangat tersebut kemudian tunggu beberapa saat sebelum handuk dip eras
  - f) Peraskan handuk kemudian tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri klien.
  - g) Tambahkan parutan jahe di atas handuk tersebut.
  - h) Pengompresan dilakukan selama 20 menit.
  - i) Kompres hangat jahe dilakukan dua kali dalam sehari pagi dan sore agar mendapatkan hasil yang optimal (Bachtiar, 2010 dalam (Asri Kusyani, 2018)

### 2.2.8 Komplikasi

a. Anemia

Berkorelasi dengan LED dan aktivitas penyakit; 75% penderita RA mengalami anemia karena penyakit kronik dan 25% penderita tersebut memberikan respon terhadap terapi besi.

b. Kanker

Mungkin akibat sekunder dari terapi yang diberikan; kejadian limfoma dan leukemia 2-3 kali lebih sering terjadi pada penderita RA; peningkatan terjadinya resiko berbagai tumor solid; penurunan resiko terjadinya kanker genitourinaria, diperkirakan karena penggunaan OAINS.

c. Komplikasi kardiak

1/3 penderita RA mungkin mengalami efusi pericardial asimtomatik saat diagnosis ditegakkan; miokarditis bisa terjadi, baik dengan atau tanpa gejala; blok antrioventrikular jarang ditemukan.

d. Penyakit tulang belakang ( *cervical spine disease*)

Tenosinovitis pada ligamentum transversum bisa menyebabkan instabilitas sumbu atlas, hati-hati bila melakukan intubasi endotrakeal; mungkin ditemukan hilangnya lordosis servikal dari berkurangnya lingkup gerak leher, subluksasi C4-C5 dan C5-C6, penyempitan celah sendi pada foto servikal lateral. Myelopati bisa terjadi yang ditandai oleh kelemahan bertahap pada ekstremitas atas dan parastesia.

e. Gangguan mata

Episkleritis jarang terjadi.

f. Pembentukan fistula

Terbentuknya sinus kutaneus dekat sendi yang terkena, terhubungnya bursa dengan kulit.

g. Peningkatan infeksi

Umumnya merupakan efek dari terapi RA.

h. Deformitas sendi tangan

Deviiasi ulnar pada sendi metakarpofalangeal; deformitas *boutonniere*(fleksi PIP dan hiperekstensi DIP); deformitas awan neck (kebalikan dari deformitas *boutonniere*); hiperekstensi dari ibu jari; peningkatan resiko ruptur tendon

i. Deformitas sendi lainnya

Beberapa kelainan yang bisa ditemukan antara lain: *frozen shoulder*, kista popliteal, sindrom terowongan karpal dan tarsal.

j. Komplikasi pernafasan

Nodul paru bisa bersama-sama dengan kanker dan pembentukan lesi kavitas; bisa ditemukan inflamasi pada sendi cricoaryteroid dengan gejala suara serak dan nyeri pada laring; pleuritis ditemukan pada 20% penderita; fibrosis interstitial bisa ditandai dengan adanya ronchi pada pemeriksaan fisik.

k. Nodul rheumatoid

Ditemukan pada 20-35% penderita RA, biasanya ditemukan pada permukaan ekstensor ekstremitas atau daerah penekanan lainnya, tetapi bisa juga ditemukan pada daerah sclera, pita suara, sacrum dan vertebra.

l. Vaskulitis

Bentuk kelainannya antara lain: arteritis distal, perikarditis, neuropati perifer, lesi kutaneus, arthritis organ viscera dan arthritis koroner, terjadi peningkatan resiko pada : penderita perempuan, titer RF yang tinggi, mendapat terapi steroid dan mendapat beberapa macam DMARD; berhubungan dengan peningkatan resiko terjadinya infark miokard (Aru W.Suduyo, 2009).

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Reumatoid Arthritis

### 2.3.1 Definisi

Keperawatan keluarga adalah suatu proses yang kompleks yang meliputi biologi, psikologi, emosi, sosial, spiritual, termasuk budaya. Pemberian asuhan keperawatan keluarga merujuk pada proses keperawatan (*Nursing process*) yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Widyanto, 2014).

### 2.3.2 Tahap pengkajian

Tahap pengkajian menurut (Widyanto, 2014), Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang di bina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, obseravsi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data di puskesmas, desa, bidan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain sebagainya. Adapun data yang harus di kaji dalam keluarga yaitu :

a. Data Umum Keluarga

Pengkajian data umum keluarga meliputi :

1) Nama Kepala Keluarga (KK)

2) Umur dan Jenis Kelamin

Biasanya penyakit rheumatoid artritis terjadi pada wanita dengan perbandingan 3 : 1 lebih banyak daripada laki-laki yang menyerang pada usia antara 25-35 tahun.

3) Pendidikan KK

4) Pekerjaan KK

5) Alamat

6) Komposisi Keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga.

Data ini biasanya disajikan dalam bentuk table seperti contoh berikut:

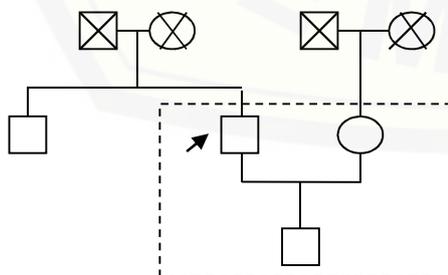
Tabel 2.2 Contoh Penyajian Data Umum Pengkajian Keluarga

| No | Nama | JK | Hubungan Keluarga | Umur | Pendidikan | Pekerjaan | Kondisi |
|----|------|----|-------------------|------|------------|-----------|---------|
| 1  |      |    |                   |      |            |           |         |
| 2  |      |    |                   |      |            |           |         |
| 3  |      |    |                   |      |            |           |         |

7) Genogram / Silsilah Keluarga

Data genogram berisis silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang di pakai. Dari silsilah keluarga faktor genetic juga mempengaruhi terjadinya penyakit rheumatoid arthritis.

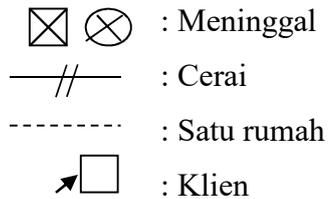
Contoh :



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan



Gambar 2.2 Genogram

## 8) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.

## 9) Suku Bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang di maksud seperti jawa, sunda, batak, dan lain sebagainya.

## 10) Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan agama yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

## 11) Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan bagaimana mengenai pendapatan KK maupun anggota keluarga yang sudah bekerja. Kebutuhan sehari-hari serta kekayaan atau barang-barang yang dimiliki keluarga. Pada penderita rheumatoid arthritis mungkin akan mengeluh kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga menghambat pekerjaannya.

## 12) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau *refreshing*. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton TV, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

## b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

## 1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

## 2) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangna keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

3) Keluhan Utama

Biasanya keluhan utama pada rheumatoid arthritis ini adalah nyeri pada daerah sendi yang mengalami masalah.

4) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data di lakukan sejak keluhan itu muncul. Terutama pada klien rheumatoid arthritis biasanya ditandai dengan gangguan pada keadaan umum berupa malaise, penurunan, berat badan, rasa capek, sedikit panas, dan anemia.

5) Riwayat Keluarga Inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan. Pada rheumatoid arthritis diketahui bahwa faktor genetik berperan penting dalam penyebab RA.

6) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri terkait dengan penyakit rheumatoid arthritis.

7) Pola fungsi kesehatan :

a) Aktivitas / Istirahat

Gejala : nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stress pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan yang hebat.

Tanda : malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit kontraktur/ kelainan pada sendi dan otot.

b) Kardiovaskuler

Gejala : fenomena raynaud tangan/kaki, missal pucat intermitten, sianotik, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

c) Integritas Ego

Faktor-faktor stress akut/kronis, missal financial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan sosial. Keputusan dan ketidakberdayaan. Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas diri missal ketergantungan pada orang lain, dan perubahan bentuk anggota tubuh.

d) Makanan/Cairan

Gejala : ketidakmampuan untuk menghasilkan/mengonsumsi makan/cairan adekuat: misal, mual, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah.

Tanda : penurunan berat badan, dan membrane mukosa kering

e) Hygiene

Gejala : berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain.

f) Neurosensori

Gejala : kebas/kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan.

g) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : fase akut dari nyeri (disertai/tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari).

h) Keamanan

Gejala : kulit mengkilat, tegang; nodus subkutaneus. Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan meneteap, kekeringan pada mata, dan membrane mukosa.

i) Interaksi sosial

Gejala : kerusakan interaksi dengan keluarga/orang lain, perubahan peran, isolasi (Lukman, 2009)

j) Imunologi

Gaya hidup atau pola hidup juga mempengaruhi terjadinya rheumatoid arthritis missal dalam pola makan sering makan daging, kacang-kacangan, ikan.

c. Pengkajian Lingkungan

Dalam lingkungan mencakup sejumlah agen infeksi seperti organisme Mycoplasma, Epstein-Barr dan virus rubella yang menjadi predisposisi

peningkatan RA. Oleh karena itu, pengkajian lingkungan ini harus dilakukan untuk mengetahui adanya agen dari faktor luar.

1) Karakteristik Rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabotan rumah tangga, jenis WC, serta jarak WC ke sumber air. Data ini bisa disajikan dalam bentuk denah.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas Setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya, yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas Geografis keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat. Pada penderita rheumatoid arthritis mungkin terjadi penurunan interaksi sosial pada masyarakat sekitar.

5) Sistem Pendukung Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya.

d. Struktur Komunikasi Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

2) Struktur Kekuatan Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga untuk mengubah perilaku antara anggota keluarga.

3) Struktur Peran

Data ini menjelaskan mengenai peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal. Pada penderita

rheumatoid arthritis akan terjadi hambatan dalam melakukan perannya di keluarga.

4) Nilai / Norma Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan, kasih sayang, saling menghargai, dan lain sebagainya.

2) Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku. Pada penderita RA mungkin akan mengalami penurunan dalam berinteraksi.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan ( 5 tugas)

a) Mengetahui Masalah Kesehatan

b) Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat

c) Merawat Anggota Yang Sakit

d) Memelihara Lingkungan yang Sehat

e) Menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat

4) Fungsi Reproduksi

Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada dan menanyakan apakah menggunakan Kb atau tidak.

5) Fungsi Ekonomi

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan. Jika penderita rheumatoid arthritis sebagai pencari nafkah dalam keluarga mungkin akan terjadi penurunan atau ketidakmampuan dalam mencari nafkah.

f. Stress dan Koping Keluarga

1) Stress Jangka Pendek dan Jangka Panjang

- a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang di alami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu tidak lebih dari 6 bulan.
- b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan..

#### 2) Kemampuan Keluarga Merespon Stresor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berspon terhadap situasi atau stressor yang ada saat ini.

#### 3) Strategi Koping Yang Digunakan

Hal yang perlu dikaji adalah strategi koping atau pemecahan masalah seperti apa yang digunakan keluarga dalam menghadapi stressor yang terjadi.

#### 4) Strategi Koping Disfungsional

Data ini menjelaskan mengenai koping disfungsional yang digunakan ketika keluarga menghadapi masalah misalnya marah-marrah, merusak alat rumah tangga, pelarian dengan melakukan aktivitas yang tidak bermanfaat, dan lain sebagainya.

#### g. Pemeriksaan Fisik

Semua anggota keluarga di periksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan. Seperti di lakukan inspeksi, palpasi, auskultasi, mapun perkusi dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*). Secara umum, sendi tangan dan kaki akan terpengaruh dalam distribusi yang relatif simetris. Sendi menunjukkan peradangan dengan pembengkakan, kelembutan, kehangatan, dan penurunan rentang gerak. Atrofi otot-otot interoseus tangan merupakan temuan awal yang khas. Pada pemeriksaan fisik mungkin ditemukan tenosinosis pada daerah ekstensor pergelangan tangan dan fleksor jari-jari. Pada sendi besar (misalnya sendi lutut) gejala peradangan lokal berupa pembengkakan, nyeri serta tanda-tanda efusi sendi. Kurang lebih 25% dari klien akan mengalami masa remisi, tetapi serangan akan timbul kembali seperti semula.

#### h. Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada.

### 2.3.3 Diagnosis Asuhan Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (shoemaker, 1984 dalam Sutanto, 2012). Diagnosis keperawatan keluarga di analisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga (Sutanto, 2012).

#### a. Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang di dapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi keperawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES ( Problem, Etiologi, dan Simpton) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah.

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual ( terjadi deficit/ gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (*wellness*)(Padila, 2012).

#### 1) Actual ( terjadi deficit atau gangguan kesehatan)

Diagnosis aktual diangkat jika dari pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan. Contoh :

a) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada Ny S, keluarga Tn A berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang kurang gizi.

#### 2) Resiko (ancaman kesehatan)

Diagnosis resiko diangkat jika sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang tidak adekuat. Contoh:

b) Resiko terjadi konflik pada keluarga Tn H berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah komunikasi.

3) Potensial (keadaan sejahtera atau *wellness*)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan (Widyanto, 2014). Contoh :

c) Potensial terjadi peningkatan kesejahteraan pada ibu hamil (Ny F) keluarga Tn.J

#### b. Penentuan Prioritas Masalah

Apabila masalah kesehatan keluarga cukup banyak, masalah tersebut tidak mungkin diatasi semuanya karena ada keterbatasan. Oleh karena itu perlu disusun skala prioritas dengan menggunakan kriteria berikut :

1) Sifat masalah

Skala yang digunakan adalah ancaman kesehatan, tidak / kurang sehat, dan krisis yang dapat di ketahui.

2) Kemungkinan masalah tersebut dapat diubah / tidak

Bila masalah ini dapat diatasi dengan sumber daya yang ada (tenaga, dana, dll), masalah akan berkurang atau mencegah lebih meluas. Skala yang digunakan adalah muda, hanya sebagian, dan tidak dapat.

3) Potensi masalah untuk di cegah

Sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dapat dikurangi atau di cegah. Skala yang digunakan adalah tinggi, cukup, dan rendah.

4) Menonjolnya masalah

Cara keluarga melihat dan menilai masalah dalam hal beratnya dan mendesaknya masalah. Skala yang di gunakan adalah masalah berat harus di tangani, masalah tidak perlu segera di tangani, masalah tidak di rasakan.

Setiap skala diberi bobot 0-3 dan setiap criteria di beri bobot, lihat tabel 2.3

Penentuan prioritas di pengaruhi oleh faktor-faktor tertentu. Kriteria pertama di pengaruhi oleh faktor kebudayaan. Kriteria di pengaruhi oleh (1)

pengetahuan yang ada, teknologi, dan tindakan untuk mengatasi masalah, (2) sumber daya keluarga dalam hal fisik, keuangan, tenaga, dan waktu, (3) sumber daya perawatan dalam bentuk fasilitas organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat. Sedangkan kriteria ketida di pengaruhi oleh faktor (1) lamanya masalah (semakin lama, maslah semakin komplek), (2) kerumitan masalah. Hal ini berhubungan dengan beratnya penyakit atau masalah. Pada umumnya, semakin berat masalah, semakin sedikit kemungkinan akan berubah/ dapat di cegah, (3) tindakan yang sedang di jalankan, yaitu tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah. Tindakan yang tepat akan meningkatkan kemungkinan untuk mencegah masalah, adanya kelompok “resiko tinggi” atau kelompok yang sangat peka meningkatkan potensi untuk mencegah masalah (Ali, 2009).

Tabel 2.3 Skala untuk menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Sutanto, 2012) .

| No                                | Kriteria   | Skor | Bobot |
|-----------------------------------|--|------|-------|
| 1                                 | Sifat masalah  |      |       |
|                                   | Skala: Aktual  | 3    | 1     |
|                                   | Resiko   | 2    |       |
| Keadaan sejahtera/diagnosis sehat | 1  |      |       |
| 2                                 | Kemungkinan masalah dapat di ubah                    |      |       |
|                                   | Skala: Mudah   | 2    | 2     |
|                                   | Sebagian   | 1    |       |
| Tidak dapat                       | 0  |      |       |
| 3                                 | Potensi masalah untuk di cegah                       |      |       |
|                                   | Skala: Tinggi  | 3    | 1     |
|                                   | Cukup  | 2    |       |
| Rendah                            | 1  |      |       |
| 4                                 | Menonjolnya masalah                                  |      |       |
|                                   | Skala: Masalah dirasakan dan harus segera di tangani | 2    | 1     |
|                                   | Ada masalah tetapi tidak perlu di tangani            | 1    |       |
| Masalah tidak dirasakan           | 0  |      |       |

Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skore dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.

Skore

————— X bobot

Angka tertinggi

c. Jumlahkanlah skore untuk semua criteria.

#### 2.3.4 Diagnosa Keperawatan Yang Muncul Pada Reumatoid Arthritis

a. Menurut (Suratun dkk, 2018), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada kasus ini :

- 1) Gangguan rasa nyaman (nyeri) (Aktual)
- 2) Resiko cedera ( Resiko)
- 3) Gangguan konsep diri (Aktual)
- 4) Kurang pemenuhan kebutuhan sehari-hari ( Aktual)
- 5) Hambatan mobilitas fisik (Aktual)
- 6) Kurang pengetahuan (Resiko)

b. Batasan Karakteristik

Isyarat/ sekumpulan yang dapat di observasi bahwa klaster sebagai manifestasi diagnosis berfokus-masalah, promosi, kesehatan, atau sindrom. Ini tidak hanya menyatakan bahwa sesuatu yang dapat dilihat perawat, tetapi sesuatu yang terlihat, didengar (mis., pasien/ keluarga menyatakan-nya kepada kita), disentuh, atau dicium.

Batasan karakteristik pada diagnose nyeri akut:

- 1) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., Neonatal Infant Pain scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate)
- 2) Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpacar atau tetap pada satu focus, meringis)
- 3) Fokus menyempit (mis., persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan)
- 4) Fokus pada diri sendiri
- 5) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numeric)

- 6) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
- 7) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
- 8) Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, ,menangis, waspada)
- 9) Perilaku distraksi
- 10) Perubahan pada parameter fisiologis (mis., tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, dan *end-tidal* karbon dioksida (CO<sub>2</sub>))
- 11) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 12) Putus asa
- 13) Sikap melindungi area nyeri
- 14) Sikap tubuh melindungi
- 15) Agens cedera biologis (mis., infeksi, iskemia, neoplasma) (T. Heather Herdman, 2015)

#### 2.3.5 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga

ANA (1995) mendefinisikan intervensi sebagai rencana tindakan perawat untuk kepentingan klien atau keluarga (Setiawati, 2008). Intervensi merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga yang memberikan kesempatan bagi perawat untuk membangkitkan minat keluarga dalam mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat (Ali, 2009).

##### a. Syarat Intervensi

Intervensi yang baik harus memenuhi beberapa syarat berikut :

- 1) Intervensi harus berdasarkan pada masalah yang telah disusun dengan jelas dan benar.
- 2) Rencana tersebut harus realistis, dan dapat dilaksanakan (ada sarana, metodologi, dan sumber daya manusianya).
- 3) Rencana harus sesuai dengan falsafah dan tujuan serta kebijaksanaan pemerintah dan institusi layanan kesehatan tersebut.

- 4) Intervensi dibuat bersama keluarga karena keluarga sebagai objek dan subjek pelayanan.
- 5) Rencana dibuat secara tertulis agar dapat ditindaklanjuti oleh orang lain secara berkesinambungan dan mudah dievaluasi.
- 6) Intervensi difokuskan pada tindakan yang dapat mencegah masalah/meringankan masalah yang sedang dihadapi.
- 7) Intervensi dilaksanakan berdasarkan pada prose yang sistematis.
- 8) Intervensi terkait dengan masa yang akan datang dan masa yang lalu.
- 9) Intervensi terkait dengan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya.
- 10) Intervensi merupakan strategi untuk mencapai tujuan.  
Intervensi merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus.  
(Ali, 2009)

b. Domain Intervensi

Ada tiga domain yang bisa digunakan dalam menyusun intervensi (Calgary), yaitu:

- 1) Domain kognitif, ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.
- 2) Domain afektif, ditujukan membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi.
- 3) Domain psikomotor, ditujukan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.  
(Setiawati, 2008)

c. Menetapkan Tujuan Intervensi

Tujuan merupakan pernyataan yang lebih spesifik tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan. Beberapa ciri tujuan yang baik adalah spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis, dan ada batasan waktu.  
(Ali, 2009)

Tujuan dalam intervensi dibedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) Tujuan umum, merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah, di mana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan ke arah perilaku yang menguntungkan kesehatan. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga.
- 2) Tujuan khusus, dalam rencana keperawatan lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing-masing kegiatan. (Setiawati, 2008)

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah secara mandiri dan kolaborasi (Yasmara, 2016).

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

| Diagnosa keperawatan                                       | TUM  | TUK  | Standart  | Intervensi (NIC)   |
|--|--|--|---|--|
| Nyeri akut berhubungan dengan 5 tugas perawatan keluarga : | 1) Nyeri hilang atau berkurang<br>2) Tanda tanda vital dalam batas normal, 110/70-120/80 | Keluarga mampu melaksanakan 5 tugas perawatan dalam keluarga : | Kontrol nyeri :<br>1) Melaporkan nyeri mereda atau terkendeli.<br>2) Mengikuti regimen farmakologis yang diresepkan.<br>3) Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri.<br>Nyeri :perilaku mengganggu | Manajemen nyeri:<br><i>Independen</i><br>1) Selidiki laporan nyeri, dengan mencatat lokasi dan intensitas menggunakan skala 0-10 atau skala isyarat serupa. Catat faktor pemicu dan petunjuk nyeri non verbal.<br>2) Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara di tempat tidur atau duduk di kursi.<br>Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan, |
| 1) Mengenal Masalah Kesehatan                              | 3) Wajah tidak nampak menyeringai  | 1) Mengenal Masalah Kesehatan                                  | 2) Mengikuti regimen farmakologis yang diresepkan.  | 2) Mencatat lokasi dan intensitas menggunakan skala 0-10 atau skala isyarat serupa. Catat faktor pemicu dan petunjuk nyeri non verbal.   |
| 2) Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat       | 4) Tidak nampak gelisah  | 2) Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat           | 3) Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri.   | 2) Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara di tempat tidur atau duduk di kursi.<br>Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan,   |
| 3) Merawat Anggota Yang Sakit                              | 5) Mengekspresikan perilaku bahagia  | 3) Merawat Anggota Yang Sakit                                  | 3) Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri.   | 2) Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara di tempat tidur atau duduk di kursi.<br>Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan,   |
| 4) Memelihara Lingkungan yang Sehat                        | 6) Tidak ada laporan tentang rasa nyeri  | 4) Memelihara Lingkungan yang Sehat                            | 3) Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri.   | 2) Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara di tempat tidur atau duduk di kursi.<br>Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan,   |
| 5) Menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat           | 7) Tidak ada keluhan   | 5) Menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat               | 3) Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri.   | 2) Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara di tempat tidur atau duduk di kursi.<br>Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan,   |
| Definisi :<br>pengalaman sensorial dan                     |  |  | 1) Tampak santai dan rapat tidur atau istirahat dengan tepat.   |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>emosi yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (international association for the study of pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (nyeri akut) atau terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (nyeri kronis).</p> | <p>2) Mengikuti aktivitas harian pada tingkat kemampuan.</p> | <p>tetapi kembali bergerak segera mungkin.</p> <p>3) Tempatkan dan pantau pemakaian bantal, kantong psir, gulungan trokanter, bidai, dan ortotiks.</p> <p>4) Dorong perubahan posisi sering</p> <p>5) Anjurkan Dengan pemberian kompres hangat jahe.</p> <p>6) Dorong pemakaian teknik manajemen stress, mis., relaksasi progresif, umpan balik biologis, visualisasi, imajinasi terbimbing, hypnosis-diri, dan pernapasan terkendali. Beri sentuhan terapi jika memungkinkan .</p> <p>7) Libatkan klien dalam aktivitas pengalih yang tepat bagi situasi individu.</p> <p>8) Beri medikasi sebelum aktivitas terencana dan</p> |
|--|--|---|

---

olahraga,  
sesuai indikasi.  
9) Pantau apakah  
ada  
perkembangan  
ruam kulit  
khususnya bagi  
yang alergi  
sulfa

---

### 2.3.6 Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga dengan nyeri kronis

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien. Pendekatan yang diberikan adalah pendekatan secara independen, dependen, dan interdependen. Tindakan independen adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk atau arahan dari dokter atau tenaga kesehatan lain. Tindakan dependen adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan medis. Tindakan interdependen adalah tindakan yang memerlukan suatu kerjasama dengan kesehatan lain (Nursalam, 2011).

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua intervensi keperawatan didokumentasikan ke dalam format yang telah ditetapkan oleh instansi (Nursalam, 2011).

Pada kegiatan implementasi keluarga, terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan. Kontrak meliputi waktu

pelaksanaan, materi, siapa yang melaksanakan, siapa anggota keluarga yang perlu mendapat pelayanan, serta peralatan yang di butuhkan jika ada. Kegiatan selanjutnya adalah implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosis yang di angkat. Implementasi keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

Selain itu implementasi pada aspek masalah keperawatan nyeri dengan melakukan beberapa tindakan seperti:

- a. Mengkaji skala nyeri
- b. Mengukur tanda tanda vital
- c. Membantu klien mengambil posisi yang nyaman
- d. Melakukan teknik relaksasi dan distraksi
- e. Melibatkan klien dalam aktivitas pengalih yang tepat bagi situasi
- f. Memberi dan mengajarkan tentang cara kompres hangat jahe

### 2.3.7 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, implementasinya (Nursalam, 2011). Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

- a. Penentuan Keputusan pada Tahap Evaluasi

Setelah data tentang status kesehatan klien terkumpul, maka perawat membandingkan data dengan kriteria hasil. Tahap berikutnya adalah membuat keputusan tentang pencapaian klien terhadap kriteria hasil. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respons klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan,

sehingga perawat dapat mengambil keputusan seperti sebagai berikut (Nursalam, 2011)

- 1) Mengakhiri rencana asuhan keperawatan, jika klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan.
- 2) Memodifikasi rencana asuhan keperawatan, jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan.
- 3) Meneruskan rencana asuhan keperawatan, jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan.
- 4) Evaluasi Kualitas Asuhan Keperawatan

Kualitas asuhan keperawatan dapat dievaluasi pada saat proses (formatif) dan dengan melihat hasilnya (sumatif) (Nursalam, 2011).

a) Evaluasi Proses

Fokus pada evaluasi proses (formatif) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus-menerus dilaksanakan sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, open-chart audit, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Sistem penulisan pada tahap ini dapat menggunakan sistem SOAP atau model dokumentasi lainnya (Nursalam, 2011).

b) Evaluasi Hasil

Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna. Evaluasi hasil bersifat objektif, fleksibel, dan efisien. Metode pelaksanaan evaluasi hasil terdiri atas closed-chart audit, wawancara pada pertemuan akhir asuhan keperawatan, dan pertanyaan kepada klien dan keluarga. Meskipun data pada tahap ini tidak secara langsung berpengaruh terhadap klien yang dievaluasi, tetapi evaluasi hasil dapat menjadi suatu metode untuk memonitor kualitas dan efektivitas intervensi yang telah

diberikan (Nursalam, 2011). Pada hasil evaluasi diharapkan semua kriteri hasil tercapai meliputi:

- (1) Skala nyeri berkurang , 0-3
- (2) Tanda tanda vital dalam batas normal, 110/70- 120/80
- (3) Wajah tidak nampak menyeringai
- (4) Tidak nampak gelisah
- (5) Mengekspresikan perilaku bahagia
- (6) Tidak ada laporan tentang rasa nyeri
- (7) Tidak ada keluhan

Dan keluarga mampu melaksanakan 5 tugas perawatan pada keluarga seperti :

- (1) Mengenal Masalah Kesehatan
- (2) Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat
- (3) Merawat Anggota Yang Sakit
- (4) Memelihara Lingkungan yang Sehat
- (5) Menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat

#### b. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan keperawatan keluarga merupakan indikator keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan pada keluarga oleh petugas kesehatan. Karakteristik evaluasi dengan pedoman SOAP memberikan tuntunan pada perawat dengan uraian sebagai berikut :

- 1) Subjektif, pernyataan atau uraian keluarga, klien atau sumber lain tentang perubahan yang dirasakan baik kemajuan ataupun kemunduran setelah diberikan tindakan keperawatan.
- 2) Objektif, data yang bisa diamati dan diukur melalui teknik observasi, palpasi, perkusi, atau auskultasi sehingga dapat dilihat kemajuan atau kemunduran pada sasaran perawatan sebelum dan setelah diberikan tindakan keperawatan.
- 3) Analisa, Pernyataan yang menunjukkan sejauh mana masalah keperawatan dapat tertanggulangi.

- 4) *Planning*, merupakan rencana tindakan hasil evaluasi tentang dilanjutkan atau tidak rencana tersebut sehingga diperlukan inovasi dan modifikasi bagi perawat (Setiawati, 2008).



### **BAB 3. METODE PENELITIAN**

Pada bab 3 ini penulis akan membahas tentang pendekatan yang akan digunakan dalam penulisan ini.

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penulisan yang dipakai dalam penelitian Asuhan Keperawatan pada Keluarga yang Anggota Keluarga Menderita Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri ini adalah studi kasus menggunakan desain penelitian metode kualitatif dengan studi kasus yaitu laporan yang ditulis secara naratif untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada Keluarga yang Anggota Keluarga Menderita Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di Puskesmas Rogotrunan Tahun 2019.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah (dalam versi kuantitatif disebut sebagai definisi operasional) adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Hidayat, 2009). Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah penerapan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada pasien Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di Puskesmas Rogotrunan Tahun 2019.

##### **3.2.1 Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah bentuk pelayanan keperawatan yang di berikan oleh perawat guna meningkatkan derajat kesehatan manusia yang di mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 2 sampai 3 hari.

### 3.2.2 Klien Reumatoid Arthritis

Klien yang terdiagnosa rheumatoid arthritis laki-laki atau perempuan. Dengan tanda gejala kekakuan sendi pada pagi hari, nyeri pada persendian, pembengkakan pada persendian.

### 3.2.3 Masalah Keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri

Klien yang memiliki tanda-tanda minimal di bawah ini :

- a. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., Neonatal Infant Pain scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate)
- b. Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)
- c. Fokus menyempit (mis., persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan)
- d. Fokus pada diri sendiri
- e. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numeric)
- f. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
- g. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
- h. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis, waspada) (T. Heather Herdman, 2015)

## 3.3 Partisipan

Unit analisis atau partisipan yang nantinya akan diteliti dalam penelitian atau penulisan studi kasus ini adalah 2 orang klien dengan diagnosa medis sama yaitu keluarga dengan anggota keluarga menderita Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri.

Klien tersebut memenuhi kriteria :

3.3.1 Klien kekakuan sendi pada pagi hari.

3.3.2 Klien nyeri pada persendian.

- 3.3.3 Klien pembengkakan pada persendian
- 3.3.4 Klien teregister sebagai penduduk wilayah Puskesmas Rogotrungan Kecamatan Lumajang.
- 3.3.5 Klien menyetujui lembar inform consent
- 3.3.6 Klien dengan masalah keperawatan gangguan aman nyaman nyeri

### **3.4 Lokasi dan Waktu**

Pada studi kasus ini dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderita Reumatoid Arthritis dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri Di Puskesmas Rogotrungan Tahun 2019 dan waktunya adalah 3 kali pertemuan pada Bulan Februari 2019.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Ada beberapa metode yang diperlukan dalam pengumpulan data Asuhan Keperawatan pada Keluarga yang Anggota Keluarga Menderita Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di Puskesmas Rogotrungan, yaitu (Nursalam, 2011)

#### **3.5.1 Wawancara**

Hasil anamnesa berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga pasien ibu post partum dengan luka perineum dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri eliminasi. Sumber data dari pasien, keluarga, dan perawat lainnya. Metode ini dapat dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam serta jumlah responden sedikit.

#### **3.5.2 Obsevasi**

Metode ini merupakan metode yang paling dasar, menjadi *gold standart* dan paling tua dipakai pada riset kualitatif dan riset ilmu sosial. Kegiatan observasi meliputi memperhatikan dengan seksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan

mempertimbangkan hubungan antar aspek pada fenomena yang sedang diamati. Pada Asuhan Keperawatan pada Keluarga yang Anggota Keluarga Menderita Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di Puskesmas Rogotruran, penulis lebih memfokuskan pengamatan terhadap pengetahuan klien tentang mengontrol rasa nyeri pada persendiannya.

3.5.3 Dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

### **3.6 Analisa Data**

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data anggota keluarga yang menderita rheumatoid arthritis dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menggunakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang akan dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi dan menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah sebagai berikut.

#### **3.6.1 Pengumpulan data**

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

#### **3.6.2 Mereduksi data**

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

#### **3.6.3 Penyajian data**

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

### 3.6.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

## 3.7 Etika Penulisan

Etika penulisan yang perlu dituliskan pada penyusunan studi kasus meliputi:

### 3.7.1 Surat persetujuan (*Informed consent*)

*Informed Consent* seperti yang biasanya digunakan pada penelitian kuantitatif akan menjadi masalah karena sifat penelitian kualitatif yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal. Penelitian kualitatif bersifat fleksibel dan mengakomodasi berbagai ide yang tidak direncanakan sebelumnya yang timbul selama proses penelitian. Oleh karena itu peneliti tidak mungkin menjelaskan keseluruhan studi yang akan dilakukan di awal, maka perlu adanya Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) dari manusia sebagai subjek atau partisipan yang dipelajari. Persetujuan partisipan merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia. PSP merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang dilakukan (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

### 3.7.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipan dengan sebaik-baiknya. Untuk menjamin kerahasiaan (*Confidentiality*) data, peneliti wajib menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

### 3.7.3 Tanpa nama (*Anonimity*)

Hasil rekaman diberi kode partisipan tanpa nama (*Anonimity*), untuk selanjutnya disimpan di dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama.

Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014).



## BAB 5. KESIMPULAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada kedua keluarga berada dalam tahap perkembangan keluarga usia lanjut, memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi, dengan tipe keluarga usila dan nuclear family, status sosial menengah, adanya gejala atau kondisi seperti klien mengeluh nyeri pada persendian tangan dan kaki terutama pada bagian di bawah lutut, pencahayaan dan ventilasi kurang memadai, ruangan dan barang-barang kurang tertata rapi, klien kurang mengetahui tentang perawatan rheumatoid arthritis yang benar, kurang adanya sumber dukungan untuk melakukan perawatan rheumatoid arthritis dan kurang adanya pengetahuan pada klien dan keluarga.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua klien adalah Gangguan rasa nyaman nyeri, dimana didapatkan perilaku keluarga klien yang tidak mampu merawat anggota keluarga yang mengalami rheumatoid arthritis sehingga terjadi gangguan rasa nyaman nyeri.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang dilakukan pada pasien rheumatoid arthritis dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri meliputi memberikan informasi kepada keluarga dan klien tentang manifestasi klinik nyeri sebagai tanda memberatnya penyakit *rheumatoid arthritis*, pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan, cara mengatasi nyeri kepada klien dan diet makanan klien, anjuran mengompres air hanget dengan jahe dibagian yang nyeri, anjurkan klien mengurangi aktivitas, anjurkan klien istirahat cukup. Dimana pada semua intervensi diharapkan keluarga dapat ikut serta dalam membantu merawat klien.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik adalah mengkaji keluhan klien, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memotivasi keluarga untuk mengungkapkan kembali definisi rheumatoid arthritis dan dampak dari gangguan rasa nyaman nyeri, menjelaskan penanganan awal rheumatoid arthritis, menjelaskan keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan, cara merawat klien di rumah dengan kompres air hangat jahe pada persendian yang sakit, melakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya. Semua intervensi dapat dilakukan dalam 3 kali kunjungan namun tidak dihadiri atau tidak didampingi oleh anggota keluarga yang lain.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dicapai setelah 3 kali kunjungan terhadap keluarga rheumatoid arthritis yaitu Klien / keluarga mampu menjelaskan kembali tentang keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan, cara merawat anggota keluarga dengan *rheumatoid arthritis* secara mandiri dan dapat menyebutkan diet *rheumatoid arthritis*.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Keluarga

Dengan adanya anggota keluarga yang sakit diharapkan keluarga mampu melakukan 5 tugas keluarga secara optimal dan mandiri.

#### 5.2.2 Bagi Puskesmas Rogotrunan

Sebagai sumber pelayanan terdekat bagi kedua klien maka Puskesmas Rogotrunan untuk bisa dijadikan sebagai fasilitator dan sumber informasi bagi keluarga pasien *rheumatoid arthritis* yang tidak mau berobat ke pelayanan kesehatan terdekat.

### 5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya untuk bisa spesifik dalam meneukan kriteria hasil dan intervensi untuk keluarga dengan *rheumatoid arthritis* dengan gangguan rasa nyaman nyeri.



## DAFTAR PUSTAKA

- Achjar. dan K. Ayu. Heni. 2010. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Afiyanti dan Rachmawati, 2014. *Metode Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ali, H.Z. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Andriyani, N. Agustina. 2018. Gambaran Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Kejadian Rheumatoid Arthritis Pada Individu Yang Hidup Di Komunitas. *Fakultas Ilmu Kesehatan*.
- Kusyani, A., L. Andriyani., David., dan A. Nurnaminudin. Aziz. 2018. *Pengaruh Kompres Jahe Terhadap Penurunan Nyeri Arthritis Reumatoid Pada Lansia*. Well Being, 3.
- Helmi, Z.N. 2014. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Helmi, Z.N. 2016. *Buku ajar Gangguan muskuloskeletal*. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.A. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data..* Jakarta: Salemba Medika.
- Lukman. dan N. Ningsih. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Meliny., Suhadi., dan M. Sety. 2018. Analisis Faktor resiko Rematik Usia 45-54 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017. *JIMKESMAS*, 2, p.2.
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal: Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Nainggolan, O. 2009. Prevalensi dan Determinan Penyakit Rematik di Indonesia. *Maj Kedokt Indon*, 59.
- Nursalam, 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Padila, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Risnanto. dan U. Insani. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Muskuloskeletal)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Suratun., H.M.R., 2008. *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Sutanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan keluarga*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- T. Heather Herdman, S.K. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. 10th ed. Jakarta: EGC.
- Widyanto, F.C. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis..* Yogyakarta: Nuha Medika.

Lampiran 1 JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH

| KETERANGAN                        | TAHUN 2018 |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   | TAHUN 2019 |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
|-----------------------------------|------------|---|---|---|-----|---|---|---|----------|---|---|---|-----|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|
|                                   | APRIL      |   |   |   | MEI |   |   |   | JUNI-SEP |   |   |   | OKT |   |   |   | NOV-DES    |   |   |   | JAN-APR |   |   |   | MEI |   |   |   | JUNI |   |   |   | JULI |   |   |   |
|                                   | 1          | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 |
| Informasi Penelitian              | ■          | ■ | ■ | ■ |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Konfirmasi Penelitian             | ■          | ■ | ■ | ■ |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Konfirmasi Judul                  |            |   | ■ | ■ |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Penyusunan Proposal Laporan Kasus |            |   |   |   | ■   | ■ | ■ | ■ | ■        | ■ | ■ | ■ | ■   | ■ | ■ | ■ | ■          | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Seminar Proposal                  |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   | ■          | ■ |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Revisi                            |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   | ■          | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Pengumpulan Data                  |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Konsul Penyusunan Data            |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   | ■       | ■ | ■ | ■ | ■   | ■ | ■ | ■ | ■    | ■ |   |   |      |   |   |   |
| Ujian Sidang                      |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   | ■    |   |   |   |
| Revisi                            |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |
| Pengumpulan Laporan Kasus         |            |   |   |   |     |   |   |   |          |   |   |   |     |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |

## Lampiran 2 INFORM CONSENT

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian  
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SUPNYA  
Umur : 55 th  
Jenis kelamin : PEREMPUAN  
Alamat : Cipreduwung sam  
Pekerjaan : Pedagang

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Menderita  
Reumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Aman Nyaman  
(Nyeri) Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Lumajang, 11 Mei 2019  
Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
Bumi Hasan Habibi  
NIM. 162303101022

  
(.....Supnya.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ineke .....

Umur : 53 th .....

Jenis kelamin : Perempuan .....

Alamat : Cibro Sasuarjaton .....

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga .....

Setelah mendengarkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

"Azuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menderita  
Reumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Aman Nyaman  
(Nyeri) Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Lumajang, 0 April 2019  
Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
Bani Hasan Habibi  
NEM. 162303101022

  
.....

Lampiran 3

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**“Reumatoid Arthritis”**



Oleh:

**Bani Hasan Habibi**

**162303101022**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topic : Reumatoid arthritis  
Hari/Tanggal : Kamis, 11 April 2019  
Waktu : 10 menit  
Tempat : Di rumah keluarga  
Sasaran : Anggota keluarga

**A. Analisa Situasi**

1. Peserta
  - a. Klien dan keluarga
2. Penyuluh
  - a. Bani Hasan Habibi
  - b. Mampu mengetahui lebih detail tentang ruang lingkup obesitas
3. Ruangan
  - a. Di dalam rumah
  - b. Situasi, kondisi dan sarana prasarana mendukung untuk dilakukan penyuluhan

**B. Tujuan Penyuluhan**

1. Tujuan umum  
Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan Keluarga dapat mengetahui dan memahami ruang lingkup Reumatoid arthritis
2. Tujuan khusus
  - a. Keluarga mampu mendefinisikan Reumatoid arthritis
  - b. Keluarga mampu menyebutkan faktor penyebab Reumatoid arthritis
  - c. Keluarga mampu menjelaskan tanda gejala Reumatoid arthritis
  - d. Keluarga mampu menyebutkan cara penanganan Reumatoid arthritis

## C. Kegiatan Penyuluhan

| Tahap Kegiatan | Kegiatan Penyebab   | Kegiatan Peserta                 | Metode                  | Waktu   |
|----------------|---|----------------------------------|-------------------------|---------|
| Pembukaan      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam pembukaan</li> <li>2. Perkenalan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li> <li>4. Kontrak waktu</li> </ol>  | Memperhatikan dan menjawab salam | Ceramah                 | 2 menit |
| Penyajian      | Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pengertian Reumatoid arthritis</li> <li>2. Menjelaskan faktor penyebab Reumatoid arthritis</li> <li>3. Menjelaskan tanda gejala Reumatoid arthritis</li> <li>4. Menjelaskan cara penanganan Reumatoid arthritis dengan</li> </ol> | Mendengarkan dan memperhatikan   | Ceramah dan Tanya jawab | 5 menit |

|         |   |                       |                         |         |
|---------|---|-----------------------|-------------------------|---------|
|         | menggunakan kompres hangat jahe   |                       |                         |         |
| Penutup | 1. Memberikan pertanyaan<br>2. Menyimpulkan isi materi penyuluhan<br>3. Salam penutup | Bertanya dan menjawab | Ceramah dan Tanya jawab | 3 menit |

D. Materi

Terlampir

E. Media dan alat penyuluhan :

Leaflet

F. Metode penyuluhan :

Ceramah

Tanya jawab

G. Pengorganisasian

Penyaji : Sebti Puspitasari

H. Evaluasi

1. Peserta dapat menjelaskan kembali pengertian Reumatoid artritis
2. Peserta dapat mengetahui faktor penyebab Reumatoid artritis
3. Peserta dapat menjelaskan tanda gejala Reumatoid artritis
4. Peserta dapat mengetahui cara penanganan Reumatoid artritis

I. Paparan Materi

## MATERI

### A. Definisi

Rematik adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh peradangan pada persendian sehingga tulan sendi mengalami destruksi dan deformitas serta menyebabkan jaringan ikat akan mengalami degenerasi semakin lama akan parah.

### B. Penyebab Reumatoid arthritis

1. Umur (jarang menyerang usia dibawah 40 tahun dan sering menyerang pada usia diatas 60 tahun).
2. Jenis kelamin (wanita lebih sering terkena osteoarthritis lutut dan sendi, dan lelaki lebih sering terkena osteoarthritis paha, pergelangan tangan dan leher)
3. Genetik (faktor herediter atau keturunan)
4. Suku (faktor dengan perbedaan cara hidup maupun perbedaan pada frekuensi kelainan kongnital dan pertumbuhan)
5. Kegemukan (menyebabkan resiko timbulnya ostoarthritis)

### C. Tanda gejala Reumatoid arthritis

1. Nyeri pada anggota gerak
2. Kelemahan otot
3. Peradangan dan bengkak pada sendi
4. Kekakuan sendi
5. Kejang dan kontraksi otot
6. Krepitasi sendi
7. Sendi goyah
8. Terjadi perubahan bentuk sendi
9. Timbul benjolan nodul

#### D. Cara penanganan Reumatoid arthritis

1. Obat-obatan (antiinflamasi steroid sebagai analgetik dan mengurangi sinovitis)
2. Diet (penurunan berat badan seringkali dapat mengurangi timbulnya keluhan dan peradangan)
3. Fisioterapi
4. Operasi (osteotomy untuk mengoreksi ketidaklurusan atau tidak sesuainya sendi, debridement sendi untuk menghilangkan fragmen tulang rawan sendi, pembersihan osteofit)
5. Menggunakan kompres hangat jahe
6. Istirahat saat sendi sakit (menghindari dari aktivitas berlebih)

**DAFTAR PUSTAKA**

- Asri Kusyani, L. A. (2018). Pengaruh Kompres Jahe Terhadap Penurunan Nyeri Artritis Reumatoid Pada Lansia. *Well Being* , 3.
- Soumya. (2010). *Teori Rematik*. Jakarta: PT.Gramedia.





## Rematoid artritis



Oleh:

**BANI HASAN HABIBI**

### **--Rematoid artritis--**

Adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh peradangan pada persendian sehingga tulang dan sendi mengalami destruksi dan deformitas (kelainan pada tulang)

### **Penyebab**

1. Faktor umur (sering menyerang pada umur 40-60 keatas)
2. Faktor keturunan
3. Suku (berkaitan dengan cara hidup masing-masing budaya)
4. Faktor kegemukan (beratnya beban lemak yang ditumpu oleh tulang dan sendi)

### **--Tanda dan Gejala--**

1. Nyeri pada sendi
2. Otot lemah
3. Bengkak pada sendi
4. Sendi Kaku
5. Krepitasi pada sendi
6. Terjadi perubahan pada sendi
7. Adanya benjolan nodul



**-Cara Penanganan-**

- 1. Obat-obatan**
- 2. Diet penurunan berat badan**
- 3. Fisioterapi (latihan terapi air panas/dingin melalui program yang tepat**
- 4. Kompres hangat dengan menggunakan jahe**
- 5. Istirahat saat sendi sakit**



**Rubahlah pola hidup anda menjadi lebih sehat**



**Terimakasih**

**Semoga  
Bermanfaat**

## Lampiran 4 SURAT IJIN

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fak. (0334) 881986 e-mail: kesbangpol@lumajang.go.id  
**LUMAJANG - 67313**

---

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKNPKL/KEGIATAN**  
Nomor: 072/624/427.75/2019

**Dasar**

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang

**Menimbang**

Surat dan Koordinatir Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor 365/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 5 Maret 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama BAN HASAN HABIBI.

**Abas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :**

1. Nama : BAN HASAN HABIBI
2. Alamat : Desa Krayan RT 003 RW 006 Desa Jabroto Kec. Jabroto
3. Pekerjaan/Labatan : Mahasiswa
4. Instansi/UM : UNEJ Kampus Lumajang 162303101022
5. Kebangsaan : Indonesia

**Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKNPKL/Kegiatan:**

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Menderita Rheumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Aman Nyaman (Nyam) Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati S. Kep. Ners MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 15 Maret 2019 s.d 31 Mei 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotrunan Lumajang

**Dengan ketentuan :**

1. Berkewajiban menghormati dan menaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKNPKL/Kegiatan;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKNPKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat
3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKNPKL/Kegiatan dan sejenaknya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKNPKL/Kegiatan;
4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 12 Maret 2019  
a.n. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN LUMAJANG  
Kepala Bidang HAL

  
**Dr. ABU HASAN**  
Pembina  
NIP. 19620801 198003 1 001

**Tersusun 7 (tujuh) :**

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdt. Ka. Pokdas Lumajang.
3. Sdt. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang.
4. Sdt. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang.
5. Sdt. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang.
6. Sdt. Koordinatir Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang.
7. Sdt. Yang Berkepentingan

Lampiran 5 DOKUMENTASI





Lampiran 6 LEMBAR KONSUL

| FORMULIR  |                     | No. Dok.<br>Berlaku Sejak<br>Revisi                                     |   |                        |                    |
|---|---------------------|---|---|------------------------|--------------------|
| <p><b>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA</b></p> <p><b>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER</b></p> <p>NAMA MAHASISWA : <i>Diam Hagan H</i><br/>                     NIM : <i>162303101022</i><br/>                     PROGRAM STUDI : <i>D3 Keperawatan</i><br/>                     JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :</p> |                     |   |   |                        |                    |
| TAHAP PENULISAN PROPOSAL  |                     |   |   |                        |                    |
| NO.   | TANGGAL             | KEGIATAN  | HASIL KEGIATAN                                      | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
| 1   | <i>20 Juli 2016</i> | <i>3</i><br>Konsultasi dengan dosen pembimbing mengenai masalah menulis | <i>1</i><br><del>Penyusunan</del> <i>Penyusunan</i> | <i>[Signature]</i>     | <i>[Signature]</i> |
| 2   | <i>20 Juli 2016</i> | Konsultasi dengan dosen pembimbing mengenai masalah penyusunan          | <i>ACC</i>  | <i>[Signature]</i>     | <i>[Signature]</i> |

| NO. | TANGGAL         | KEGIATAN     | HASIL KEGIATAN   | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|-----------------|--------------|--|------------------------|--------------------|
| 1   | 2               | 3            | 4  | 5                      | 6                  |
| 3   | 15 Januari 2019 | Konsep Bab 2 | Menyebutkan Matriks, plane, teknologi, solusi, serta kemampuan yang harus edit |                        |                    |
| 4   | 15 Januari 2019 | Konsep Bab 4 | Ace - layout bab II  |                        |                    |
| 5   | 16 Januari 2019 | Konsep Bab 2 | Bt edit format & relasi antar format   |                        |                    |
| 6   | 17 Januari 2019 | Konsep Bab 2 | psychologi - di awal - ke pinggir / awal                                       |                        |                    |
| 7   | 21              | Konsep Bab 2 | Paragraf - Terjemah - paragraf rewording                                       |                        |                    |
| 8   | 23              | Konsep Bab 2 | edit bab I   |                        |                    |
| 9   | 25/01/19        | BAB 2        | Bab II ace   |                        |                    |

| NO. | TANGGAL    | KEGIATAN        | HASIL KEGIATAN                              | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|------------|-----------------|---|------------------------|--------------------|
| 1   | 15         | 3               | 1   | 5                      | 6                  |
|     | 15         |                 | Bab III ael, moju 11.                       |                        |                    |
|     | 16 Januari | revisi proposal | Bab IV ael, Bab III ael, Ujian akhir        |                        |                    |
|     |            | Konsep Bab 4    | Konsep Pengajaran - evaluasi                |                        |                    |
|     |            | Konsep Bab 4    | Bab IV ael, Bab III Pengajaran              |                        |                    |
|     |            | Konsep Bab 4    | Bab IV ael                                  |                        |                    |
|     |            | Konsep Bab 5    | Lengkap Bab IV, Bab III kesimpulan & review |                        |                    |
|     |            | Konsep Bab 1-5  | Ael   |                        |                    |