

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori Keluarga**

##### **2.1.1 Pengertian**

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang perannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat, dari keluarga inilah pendidikan individu di mulai, dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga. Keluarga adalah sebagian unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat satu atap dalam keadaan saling bergantung (Setiadi, 2008).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan. (Sulistyo, 2012).

##### **2.1.2 Ciri-ciri Keluarga**

- 1) Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton
  - a) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
  - b) Keluarga berbentuk suatu lembaga yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.

c) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*Nomen Clatur*) termasuk garis keturunan.

2) Ciri Keluarga Indonesia

a) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.

b) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.

c) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah (Setiadi, 2008).

### 2.1.3 Tipe Keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan :

1) Secara tradisional

a) Keluarga inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari Ayah, Ibu, dan Anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah ( Kakek-Nenek, Paman-Bibi).

## 2) Secara Modern

### a) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam suatu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

### b) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan embali syami/ istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun baru, satu/ keduanya dapat bekerja di luar.

### c) *Niddle age / aging couplle*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah / kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karier.

### d) *Dyadic nuclear*

Suami istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.

### e) *Single perent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

f) *Dual carier*

Suami istri atau keduanya orang karier tanpa anak.

g) *Commuter married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h) *Single adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan ada tidaknya untuk kawin.

i) *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j) *Institutional*

Anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti.

k) *Comunal*

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan sama dalam penyediaan fasilitas.

l) *Group marriage*

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya yang terdiri satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

m) *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak di kehendaki, anaknya diadopsi.

n) *Choibing coiple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

o) *Gay and lesbian family*

Keluarga yang di bentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama. (Setiadi, 2008).

#### **2.1.4 Struktur Keluarga**

1) Patrilineal

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah, dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2) Matrilineal

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui garis jalur Ibu.

3) Matrilokal

Yaitu suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4) Patrilokal

Yaitu suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5) Keluarga kawin

Yaitu hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Seetiadi,2008).

#### **2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga**

- 1) Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengerjakan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang

lain. Fungsi ini di butuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

- 2) Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- 3) Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi, yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- 5) Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi (Setiadi, 2008).

#### **2.1.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan**

- 1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat untuk keluarga.
- 3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usinya yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan ( pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada )(Setiadi, 2008).

### **2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga**

Carter dan Mc Goldrick memagi dalam 5 tahapan perkembangan yaitu :

- 1) Keluarga antara (masa bebas atau pacaran) dengan usia dewasa muda.
- 2) Terbentuknya keluarga baru melalui status perkawinan.
- 3) Keluarga dengan memiliki anak usia muda (anak usia bayi sampai usia sekolah).
- 4) Keluarga yang memliki anak usia dewasa.
- 5) Keluarga yang melepas anaknya untuk keluar rumah.
- 6) Keluarga lansia (Setiadi, 2008).

## **2.2 Konsep Rheumatoid Atritis**

### **2.2.1 Pengertian**

Reumatik yang sering disebut artritis (radang sendi) terdiri atas lebih dari 100 tipe kelainan yang berbeda. Penyakit ini terutama mengenai otot -otot skelet, tulang, ligamentum, tendon dan persendian pada laki-laki maupun wanita dengan segala usia (Cush, J.J. dan Lipsky, P.E., 2005).

Rheumatoid Artritis adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliartritis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien-pasien arthritis rheumatoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresivitasnya (Mansjoer,dkk, 2002).

### 2.2.2 Etiologi

Penyebab Rheumatoid Arthritis masih belum diketahui. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini.

Kecendrungan wanita untuk menderita Rheumatoid Arthritis dan sering dijumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh pada penyakit ini. Walaupun demikian karena pemberian hormon estrogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagaimana yang diharapkan, sehingga kini belum berhasil dipastikan bahwa faktor hormonal memang merupakan penyebab penyakit ini.

Sejak tahun 1930, infeksi telah diduga merupakan penyebab Rheumatoid Arthritis. Dugaan faktor infeksi sebagai penyebab Rheumatoid Arthritis juga timbul karena umumnya onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul dengan disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun hingga kini belum berhasil dilakukan isolasi suatu mikroorganisme dari jaringan sinovial, hal ini tidak menyingkirkan kemungkinan bahwa terdapat suatu komponen peptidoglikan atau endotoksin mikroorganisme yang dapat mencetuskan terjadinya Rheumatoid Arthritis. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab Rheumatoid Arthritis antara lain adalah bakteri, mikroplasma atau virus (Nugroho, 2012).

Penyebab langsung Rheumatoid Arthritis :

Penyakit infeksi: baik bakteri, virus, dan komponennya.

Contoh :

- 1) Kuman *Berellia burgdorferi*
- 2) Virus Epstein-Bar
- 3) Parvo-virus. (Penyakit Tulang dan Persendian ARTHRITIS atau ARTHRALGIA, 2006 )

### **2.2.3 Patofisiologi**

Rheumatoid Arthritis adalah proses inflamasi kompleks yang merupakan hasil reaksi dari berbagai populasi sel imun dengan aktivasi dan proliferasi dari fibroblas sinovial. Respon inflamasi ini menyerang cairan sinovial pada persendian, bursa dan tendon, serta jaringan lain di seluruh tubuh. Orang-orang yang menderita penyakit ini menunjukkan tanda-tanda klinik yang bermacam-macam dan distribusinya pada muskuloskeletal. Dalam jaringan sinovial, proses inflamasi terjadi secara jelas, menimbulkan edema dan proliferasi kapiler dan sel mesenkim. Pada jaringan sendi dan cairan sinovial, terjadi akumulasi dari leukosit yang menghasilkan enzim lisosom dan proinflamasi lain, serta mediator-mediator toksik. Kemudian, dengan teraktivasinya sel-sel imun dan fibroblas sinovial, mediator ini dapat merusak kartilago persendian yang bedekatan. Jika proses ini terus berlanjut dan tidak dikendalikan, permukaan sendi akan hancur, dan secara

bertahap terjadi fibrosis pada jaringan fibrosa kapsul persendian dan jaringan sendi atau terlihat ankilosis pada tulang.

Destruksi jaringan sendi terjadi melalui dua cara. Pertama adalah destruksi akibat proses pencernaan oleh karena produksi protease, kolagenase dan enzim-enzim hidrolitik lainnya. Enzim-enzim ini memecah kartilago, ligamen, tendon dan tulang pada sendi, serta dilepaskan bersama dengan radikal oksigen dan metabolit asam arakidonat oleh leukosit polimorfonuklear dalam cairan sinovial. Proses ini diduga adalah bagian dari respon autoimun terhadap antigen yang diproduksi secara lokal. Kedua adalah, destruksi jaringan juga terjadi melalui kerja panus reumatoid. Panus merupakan jaringan granulasi vaskular yang terbentuk dari sinovium yang meradang dan kemudian meluas ke sendi. Disepanjang pinggir panus, terjadi destruksi kolagen dan proteoglikan melalui produksi enzim oleh sel di dalam panus tersebut.

Hiperplasia sinovial dan formasi ke dalam panus merupakan patogenesis Rheumatoid arthritis yang fundamental. Proses ini dimediasi oleh produksi dari berbagai sitokin, contohnya *tumor necrosis factor  $\alpha$*  (TNF- $\alpha$ ) dan interleukin-1 (IL-1) oleh *antigen presenting cells* dan sel T. TNF- $\alpha$  dan IL-1 juga memiliki peranan penting dalam destruksi tulang (Carter, 2005).

#### **2.2.4 Manifestasi Klinik**

Ada beberapa gambaran klinis yang lazim ditemukan pada penderita Rheumatoid Arthritis. Gambaran klinis ini tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran klinis yang bervariasi (Carter, 2005).

- a) Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun

dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya

- b) Poliartritis simetris: semua sendi dapat terserang terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalang distal.
- c) Kekakuan pagi hari, selama lebih dari satu jam: dapat bersifat menyeluruh tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari satu jam
- d) Artritis erosif: merupakan ciri khas dari penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang.
- e) Deformitas: kerusakan struktur penunjang sendi meningkat dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, subluksasi sendi metakarpofalangeal, deformitas boutonniere dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai. Pada kaki terdapat protrusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dan subluksasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.
- f) Nodul-nodul rheumatoid adalah massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa pasien Rheumatoid Arthritis. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau sepanjang permukaan ekstensor dari lengan. Walaupun demikian, nodul-nodul ini dapat juga timbul pada tempat lainnya. Adanya nodul-nodul ini biasanya merupakan petunjuk dari suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.

- g) Manifestasi ekstra-artikular; Rheumatoid arthritis juga dapat menyerang organ-organ lain di luar sendi. Jantung (perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata, dan pembuluh darah dapat rusak.

Dibawah ini merupakan tabel revisi kriteria untuk klasifikasi dari Rheumatoid arthritis dari *American Rheumatism Association* tahun 1987

Tabel 1: 1987 Revised American Rheumatism Association Criteria for the Classification of Rheumatoid Arthritis

<b>Kriteria</b>	<b>Definisi</b>
1. Kekakuan pagi hari	Kekakuan pagi hari pada sendi atau disekitar sendi, lamanya setidaknya 1 jam
2. Arthritis pada tiga atau lebih area sendi	Setidaknya tiga area sendi secara bersama-sama dengan peradangan pada jaringan lunak atau cairan sendi. 14 kemungkinan area yang terkena, kanan maupun kiri proksimal interfalangs (PIP), metakarpofalangs (MCP), pergelangan tangan, siku, lutut, pergelangan kaki, dan sendi metatarsofalangs (MTP)
3. Arthritis pada sendi tangan	Setidaknya satu sendi bengkak pada pergelangan tangan, sendi MCP atau sendi PIP
4. Arthritis simetris	Secara bersama-sama terjadi pada area sendi yang sama pada kedua bagian tubuh
5. Nodul-nodul reumatoid	Adanya nodul subkutaneus melewati tulang atau permukaan regio ekstensor atau regio juksta-artikular

6. Serum faktor reumatoid	Menunjukkan adanya jumlah abnormal pada serum faktor reumatoid dengan berbagai metode yang mana hasilnya positif jika < 5% pada subyek kontrol yang normal
7. Perubahan radiografik	Perubahan radiografik tipikal pada Rheumatoid arthritis pada radiografik tangan dan pergelangan tangan posteroanterior, dimana termasuk erosi atau dekalsifikasi terlokalisasi yang tegas pada tulang.
Untuk klasifikasi, pasien dikatakan menderita artritis reumatoid jika pasien memenuhi setidaknya 4 dari 7 kriteria diatas. Kriteria 1 - 4 harus sudah berlangsung sekurang-kurangnya 6 minggu. Pasien dengan dua diagnosis klinis, tidak dikeluarkan pada kriteria ini.	

### 2.2.5 Penatalaksanaan

Tujuan terapi dari Rheumatoid arthritis adalah (1) mengurangi nyeri, (2) mengurangi inflamasi, (3) menjaga struktur persendian, (4) mempertahankan fungsi sendi, dan (5) mengontrol perkembangan sistemik.

Setelah diagnosis Artritis Rheumatoid dapat ditegakkan, pendekatan pertama yang harus dilakukan adalah segera berusaha untuk membina hubungan yang baik antar pasien dengan keluarganya dengan dokter atau tim pengobatan yang merawatnya. Tanpa hubungan yang baik ini agaknya akan sukar untuk dapat memelihara ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam suatu jangka waktu yang cukup lama (Nugroho, 2012).

- a. Pendidikan pada pasien mengenai penyakitnya dan penatalaksanaan yang akan dilakukan sehingga terjalin hubungan baik dan terjamin ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam jangka waktu yang lama.
- b. OAINS diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi.
- c. DMARD digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi akibat Arthritis Rheumatoid.
- d. Riwayat penyakit alamiah

Pada umumnya 25% pasien akan mengalami manifestasi penyakit yang bersifat monosiklik ( hanya mengalami satu episode dan selanjutnya akan mengalami remisi sempurna). Pada pihak lain sebagian besar pasien akan menderita penyakit ini sepanjang hidupnya dengan hanya diselingi oleh beberapa masa remisi yang singkat ( jenis polisiklik ). Sebagian kecil lainnya akan menderita Arthritis Rheumatoid yang progresif yang disertai dengan penurunan kapasitas fungsional yang menetap pada setiap eksaserbasi.

- e. Rehabilitasi pasien Arthritis Rheumatoid

Merupakan tindakan untuk mengembalikan tingkat kemampuan pasien Arthritis Rheumatoid dengan cara:

- 1) Mengurangi rasa nyeri
- 2) Mencegah terjadinya kekakuan dan keterbatasan gerak sendi
- 3) Mencegah terjadinya atrofi dan kelemahan otot
- 4) Mencegah terjadinya deformitas
- 5) Meningkatkan rasa nyaman dan kepercayaan diri
- 6) Mempertahankan kemandirian sehingga tidak bergantung kepada orang lain.

f. Terapi glukokortikoid

Terapi glukokortikoid sistemik dapat memberikan efek untuk terapi simptomatik pada penderita Rheumatoid Arthritis. Prednison dosis rendah (7,5 mg/hari) telah menjadi terapi suportif yang berguna untuk mengontrol gejala. Walaupun demikian, bukti-bukti terbaru mengatakan bahwa terapi glukokortikoid dosis rendah dapat memperlambat progresifitas erosi tulang (Kneale Julia dan Peter Davis, 2011).

g. Operasi

Operasi memiliki peranan penting dalam penanganan penderita Rheumatoid arthritis dengan kerusakan sendi yang parah. Meskipun artroplasti dan penggantian total sendi dapat dilakukan pada beberapa sendi, prosedur yang paling sukses adalah operasi pada pinggul, lutut, dan bahu. Tujuan realistis dari prosedur ini adalah mengurangi nyeri dan mengurangi disabilitas (Kneale Julia dan Peter Davis, 2011).

h. Terapi panas dingin

Untuk mengurangi nyeri dan peradangan pada Rheumatoid Arthritis dapat digunakan cara dan adalah sebagai berikut:

- (1) Berendam dalam bak mandi dengan air hangat, terutama untuk merendam bagian yang nyeri.
- (2) Kompres panas: caranya rendam handuk dalam air panas, kemudian letakkan pada sendi yang sakit.

(3) Pemanasan kering, misalnya dengan menggunakan lampu pemanas dan lain-lain.

Pada prinsipnya cara kerja terapi panas pada Rheumatoid Arthritis adalah untuk meningkatkan aliran darah ke daerah sendi yang terserang. Dengan demikian proses radang dapat dikurangi sehingga fungsi sendi dapat maksimal. Terapi dingin bertujuan untuk membuat baal bagian yang terkena Rheumatoid Arthritis sehingga mengurangi nyeri, peradangan, serta kaku atau kejang otot. Cara terapi dingin adalah dengan menggunakan kantong dingin, semprotan dingin, atau minyak yang mendinginkan kulit dan sendi (Purwoastuti, 2009).

i. Olahraga dan istirahat

Penderita rematik mau tidak mau harus menyeimbangkan kehidupannya antara istirahat dan beraktivitas. Kalau merasa nyeri atau pegal, pasien harus beristirahat. Namun harus diingat, istirahat tidak boleh berlebihan karena dapat mengakibatkan kekakuan pada otot dan sendi.

Latihan dan olahraga yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

(1) *Range of motion exercises*: merupakan latihan fisik yang membantu menjaga pergerakan normal sendi, memelihara atau meningkatkan fleksibilitas dan menghilangkan kekakuan sendi.

(2) *Strengthening exercises*: untuk memelihara atau meningkatkan kekakuan otot.

(3) *Aerobic* atau *endurance exercises*: untuk meningkatkan kesehatan pembuluh darah jantung (kardiovaskuler), membantu menjaga berat badan ideal dan memperbaiki kesehatan secara menyeluruh (Junaidi, 2006).

### **2.2.6 Komplikasi**

Kelainan sistem pencernaan yang sering di jumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (disease modifying antirheumathoid drugs, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada Artritis Rhemathoid (Nugroho, 2012).

Komplikasi saraf yang terjadi tidak memberikan gambaran jelas, sehingga sukar di bedakan antara akibat lesi artikular dan lesi neuropatik. Umumnya berhubungan dengan meilopati akibat ketidakstabilan iskemik akibat vaskulitis (Nugroho, 2012).

### **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Remathoid Atritis**

Faktor faktor yang mempengaruhi Reumathoid Artritis

#### **1) Faktor genetika**

Memang terdapat terdapat kecenderungan kuat terwariskan untuk menderita beberapa bentuk arthritis rheumatoid. Orang yang mewarisi dari ayah maupun ibunya lebih berkemungkinan untuk mengalami penyakit ini lebih parah, yang dapat melibatkan organ dalam dan sendi.

#### **2) Faktor Autoimun**

Banyak bentuk arthritis, termasuk Rheumatoid Artritis dan SLE, melibatkan autoimun. Autoimun adalah prose ketika system kekebalan tubuh “berbuat kesalahan” dan mulai menyerang bagian tubuh

sendiri. Diperkirakan proses ini dipicu oleh proses infeksi bakteri maupun virus yang mengaktifkan reaksi kekebalan, yang tidak berhenti dengan cara normal ketika infeksi ini hilang. Pada kebanyakan kasus, tidak jelas jenis infeksi apa yang terlibat. Autoimun ini bereaksi terhadap kolagen tipe II; faktor infeksi mungkin disebabkan oleh karena virus dan organisme mikoplasma atau grup difteroid yang menghasilkan antigen tipe II kolagen dari tulang rawan sendi penderita.

### **3) Trauma**

Trauma didefinisikan sebagai semua luka atau cedera fisik. Arthritis kadang-kadang berkembang setelah cedera yang merusak sendi tanpa mempertimbangkan adanya kecenderungan genetika. Arthritis dapat berkembang beberapa tahun setelah trauma. Tipe arthritis ini disebut arthritis sekunder.

## **2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga.

Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai,

prinsip, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan.

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain adalah :

### **1. Wawancara**

Wawancara yaitu menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan komunikasi atau wawancara disini adalah :

- a. Mendapatkan informasi yang diperlukan.
- b. Meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi.
- c. Membantu keluarga untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.

Wawancara dengan keluarga dikaitkan dalam hubungannya dengan kejadian-kejadian pada waktu lalu dan sekarang.

### **2. Pengamatan**

Pengamatan dilakukan yang berkaitan dengan hal-hal yang tidak perlu ditanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan).

### **3. Studi dokumentasi**

Studi dokumentasi yang bisa dijadikan acuan oleh perawat antara lain adalah KMS, kartu keluarga, dan catatan kesehatan lainnya misalnya informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya.

### **4. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.

Beberapa alat yang dapat dipakai dalam mengumpulkan data antara lain adalah :

- a. Berupa quisioner
- b. Daftar ceklis
- c. Inventaris dan lainnya

Pada awal pengkajian perawat harus membina hubungan yang baik dengan keluarga dengan cara :

- a. Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
- b. Menjelaskan tujuan kunjungan.
- c. Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di keluarga.
- d. Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan.
- e. Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat (Setiadi, 2008)

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Tahap dalam diagnosa keperawatan keluarga antara lain :

1. Analisa data
2. Perumusan masalah
3. Prioritas masalah

## 1. Analisa data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaitkan data dan menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga.

1) Cara analisa data adalah:

- a. Validasi data, yaitu meliputi meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian.
- b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
- c. Membandingkan dengan standart.
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

2) Ada 3 norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga untuk melakukan analisa data, yaitu: Keadaan kesehatan yang normal bagi setiap anggota keluarga, yang meliputi:

- a. Keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial anggota keluarga.
- b. Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.
- c. Keadaan gizi anggota keluarga.
- d. Status imunisasi anggota keluarga.
- e. Kehamilan dan KB.

Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan, yang meliputi:

- a. Rumah yang meliputi ventilasi, penerangan, kebersihan, konstruksi, luas rumah, dan sebagainya.

- b. Sumber air minum.
- c. Jamban keluarga.
- d. Tempat pembuangan air limbah.
- e. Pemanfaatan pekarangan yang ada dan sebagainya.

Karakteristik keluarga, yang meliputi:

- a. Sifat-sifat keluarga.
- b. Dinamika dalam keluarga.
- c. Komunikasi dalam keluarga.
- d. Interaksi antar anggota keluarga.
- e. Kesanggupan keluarga dalam membawa perkembangan anggota keluarga.
- f. Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga.

## **2. Perumusan masalah**

Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi problem etiologi dan sign/ simpton.

### **1. Masalah**

Adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah (tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga/anggota keluarga) yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian. Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan NANDA 2012 sebagai berikut:

- 1) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah lingkungan.
  - a. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (higienis

- lingkungan).
- b. Resiko terhadap cedera.
  - c. Resiko terjadi infeksi (penularan penyakit).
- 2) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur komunikasi.  
Komunikasi keluarga disfungsional.
- 3) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur peran.
- a. Berduka dan diantisipasi.
  - b. Berduka disfungsional.
  - c. Isolasi sosial.
  - d. Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga).
  - e. Potensi peningkatan menjadi orang tua.
  - f. Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua).
  - g. Perubahan penampilan peran.
  - h. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
  - i. Gangguan citra tubuh.
- 4) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi afektif.
- a. Perubahan proses peran.
  - b. Perubahan menjadi orang tua.
  - c. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
  - d. Berduka yang diantisipasi.
  - e. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
  - f. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.

- g. Resiko terhadap perilaku kekerasan.
- 5) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi sosial.
- a. Perubahan proses keluarga.
  - b. Perilaku mencari bantuan kesehatan.
  - c. Konflik peran orang tua.
  - d. Perubahan menjadi orang tua.
  - e. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
  - f. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
  - g. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
  - h. Kurang pengetahuan.
  - i. Isolasi sosial.
  - j. Kerusakan interaksi sosial.
  - k. Resiko terhadap tindakan kekerasan.
  - l. Ketidapatuhan.
  - m. Gangguan identitas pribadi.
- 6) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan.
- a. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
  - b. Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
  - c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan.
  - d. Ketidakefektifan pelaksanaan aturan terapeutik keluarga.
  - e. Resiko terhadap penularan penyakit.
- 7) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah coping.

- a. Potensial peningkatan koping keluarga.
- b. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
- c. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
- d. Resiko terhadap tindakan kekerasan.

## 2. Penyebab (etiologi)

Faktor yang berhubungan yang dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor resiko.

Dikeperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Memberikan, keperawatan, anggotanya yang sakit karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

## 3. Tanda

Tanda dan gejala adalah sekumpulan data subyektif dan obyektif yang diperoleh perawat dari keluarga yang mendukung masalah dan penyebab. Perawat hanya boleh mendokumentasikan tanda dan gejala

yang paling signifikan untuk menghindari diagnosis keperawatan yang panjang.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga sama dengan diagnosa di klinik yang dapat dibedakan menjadi 5 kategori yaitu:

1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian didapatkan tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.

Diagnosa keperawatan aktual memiliki 3 komponen diantaranya adalah problem, etiologi, dan simpton.

- a. Problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien
- b. Etiologi (faktor yang berhubungan), merupakan etiologi atau faktor penyebab yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor ini mengacu pada 5 tugas keluarga.
- c. Simpton (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

2) Resiko (ancaman kesehatan)

Diagnosa keperawatan resiko memiliki dua komponen diantaranya adalah problem dan etiologi. Ciri diagnosa resiko adalah sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

3) Wellness (keadaan sejahtera)

Adalah keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi

tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Cara pembuatan diagnosa ini menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing-masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Jadi dalam keperawatan menunjukkan terjadi peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Ada 2 kunci yang harus ada dalam diagnosa ini, yaitu :

- a. Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- b. Adanya status dan fungsi yang afektif.

### **3. Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan**

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan.

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya).

- 1) Tentukan skor untuk tiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

**Skor**

————— **X Bobot**

**Angka**

**tertinggi**

- a. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- b. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

**Tabel 2.1** Skala Bailon dan Maglaya 1978

<b>No.</b>	<b>Kriteria</b>	<b>Nilai</b>	<b>Bobot</b>
1.	Sifat masalah a. Tidak atau kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	2
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolkan masalah a. Masalah berat harus segera	2	

	ditangani		
	b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	1
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala

1. Kriteria I, yaitu masalah, bobot yang lebih berat yaitu tidak atau sehat karena memerlukan tindakan segera dan disadari dan dirasakan oleh keluarga.

Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu Ancaman kesehatan. Yaitu keadaan yang memungkinkan keadaan terjadinya penyakit, kecelakaan, dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan. Keadaan yang disebut dalam ancaman kesehatan antara lain :

- 1) Penyakit keturunan seperti asma, diabetes mellitus, dan sebagainya.
- 2) Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis, dan sebagainya.
- 3) Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga.
- 4) Resiko terjadi kecelakaan seperti rumah tangga terlalu curam, benda tajam diletakkan disembarang tempat.
- 5) Kekurangan atau kelebihan gizi dari masing-masing anggota keluarga.
- 6) Keadaan yang menimbulkan stres antara lain :

- a. Hubungan keluarga yang tidak harmonis.
  - b. Hubungan orang tua dan anak yang tegang.
  - c. Orang tua yang tidak dewasa.
- 7) Sanitasi lingkungan yang buruk, diantaranya :
- a. Ventilasi kurang baik.
  - b. Sumber air minum tidak memenuhi syarat.
  - c. Polusi udara.
  - d. Tempat pembuangan sampah yang tidak sesuai dengan syarat.
  - e. Tempat pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum.
  - f. Kebisingan.
- 8) Kebiasaan yang merugikan seperti
- a. Merokok.
  - b. Minuman keras.
  - c. Makan obat tanpa resep.
  - d. Makan daging mentah.
  - e. Higiene perseorangan jelek
- 9) Sifat kepribadian yang melekat, misalnya pemaarah
- 10) Riwayat persalinan sulit.
- 11) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.
- 12) Imunisasi anak yang tidak lengkap.
- Kurang atau tidak sehat
- Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan.

- a. Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa).
- b. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

13) Situasi krisis

- a. Perkawinan.
  - b. Kehamilan.
  - c. Persalinan.
  - d. Masa nifas.
  - e. Menjadi orang tua.
  - f. Penambahan anggota keluarga (bayi).
  - g. Abortus.
  - h. Anak masuk sekolah.
  - i. Anak remaja.
  - j. Kehilangan pekerjaan.
  - k. Kematian anggota keluarga.
  - l. Pindah rumah
2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.
- Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :
- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
  - 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan, dan tenaga.
  - 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu.

- 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
3. Kriteria III, yaitu potensial masalah dapat dicegah Faktor-faktor yang diperhatikan adalah :
- 1) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
  - 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
  - 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
  - 4) Adanya kelompok "High Risk" atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
4. Kriteria IV, menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai pertsepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

(Setiadi, 2008)

### **2.3.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga**

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang atau pendek) penetapan standart dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

1. Penetapan tujuan

Adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan keluarga. Bila dilihat dari sudut jangka waktu, maka tujuan perawatan keluarga dapat dibagi menjadi:

1) Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktunya, misalnya dalam waktu 2 hari. Pencantuman jangka waktu ini adalah untuk mengarahkan evaluasi pencapaian pada waktu yang telah ditentukan sebelumnya.

2) Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

2. Penetapan kriteria dan standart

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Bentuk dari standart dan kriteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap, dan psikomotor.

3. Pembuatan rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada keluarga yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditujukan kepada kegiatan yang berhubungan dengan promosi, mempertahankan kesehatan keluarga.

Fokus dari intervensi keperawatan keluarga antara lain meliputi kegiatan yang bertujuan :

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
  - a. Memberi informasi yang tepat.
  - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan.
  - c. Mendorong sikap emosi yang sehat yang mendukung upaya kesehatan masalah.
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan keluarga yang tepat, dengan cara
  - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan kegiatan.
  - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
  - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara
  - a. Mendemonstrasikan cara perawatan.
  - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
  - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara
  - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
  - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.

- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
  - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
  - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Rencana tindakan keluarga diarahkan untuk mengubah pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga sehingga pada akhirnya keluarga mampu memenuhi kebutuhan kesehatan anggota keluarganya dengan bantuan minimal dari perawat (Setiadi, 2008)

#### **2.3.4 Tindakan Keperawatan Keluarga**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tetapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan di rumah.

##### **1. Tahap I : Persiapan**

Persiapan meliputi kegiatan-kegiatan

- 1) Kontrak dengan keluarga
- 2) Mempersiapkan alat yang diperlukan
- 3) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- 4) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik

##### **2. Tahap II : Intervensi**

### 1) Independent

Adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan kompetensi keperawatan tanpa petunjuk dan perintah dari tenaga kesehatan lainnya.

Tipe tindakan independent keperawatan dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu :

- a. Tindakan diagnostik
- b. Tindakan terapeutik
- c. Tindakan edukatif
- d. Tindakan merujuk

### 2) Interdependent

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi

### 3) Dependent

Yaitu pelaksanaan tindakan medis

## 3. Tahap III : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir.

Evaluasi dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP.

2. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis MI dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah, atau rencana yang perlu dimodifikasi (Setiadi, 2008)

### **2.3.6 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus Remathoid Atritis.**

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Friedman mengemukakan bahwa proses keperawatan keluarga relative berbeda dengan proses keperawatan individu, dimana perawat mengkonseptualisasikan keluarga sebagai unit pelayanan berbagai fokusnya. Dalam praktiknya perawat di rumah akan bekerja sekaligus untuk keluarga dan anggota keluarga secara individu, hal ini mengandung arti bahwa perawat keluarga akan menggunakan proses keperawatan pada dua tingkat, yakni

tingkat individu dan keluarga, sehingga pengkajian, diagnose, perencanaan, intervensi, dan evaluasi menjadi lebih luas (Padila, 2012)

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

### **1. Data Dasar**

#### 1) Identifikasi Data

Nama, umur, jenis kelamin, agama, nama anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, alamat tempat tinggal keluarga dan diagnose keperawatan.

#### 2) Komposisi keluarga

Umur penderita yang sering terjadi Arthritis Rheumatoid adalah hampir semua umur, paling sering 20-40 tahun.

#### 3) Tipe keluarga

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari tiga generasi apakah ada yang menderita Rheumatoid Arthritis sebelumnya.

#### 4) Latar belakang budaya

Adat istiadat di tempat tinggal keluarga, suku bangsa, agama, sosial, budaya, rekreasi, kegiatan pendidikan, kebiasaan makan dan berpakaian. Adanya pengaruh budaya pada peran keluarga dan kekuatan struktur, bentuk rumah, bahasa yang digunakan sehari-hari, komunikasi dalam keluarga, penggunaan tempat pelayanan kesehatan.

#### 5) Pola spiritual

Agama yang dianut dalam keluarga dan kegiatan agama yang diikuti.

6) Status sosial ekonomi budaya

Penghasilan keluarga yang dapat menyebabkan anggota keluarga menderita reumathoid arthritis karena budaya yang tidak sehat dapat menimbulkan daya tahan tubuh semua anggota keluarga menurun. Sehingga kemungkinan Besar beresiko terkena rheumatoid aertritis. Sedangkan rheumatoid arthritis memerlukan perawatan yang lama, rutin, dan biaya untuk pengobatan.

7) Pendidikan

Keadaan ekonomi yang rendah sangat berkaitan dengan masalah pendidikan, ini disebabkan karena ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi dan kurangnya pengetahuan tentang masalah reumatoid arthritis pada salah satu anggota keluarga, sehingga tidak mampu merawat dengan baik yang mengakibatkan kondisi bertambah buruk, dan timbul komplikasi.

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Identifikasi aktivitas dalam keluarga, frekuensi aktivitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang.

## **2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

Tahap perkembangan setiap anggota keluarga dari yang usia bayi sampai lanjut usia.

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendala-kendalanya mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

### **3. Riwayat kesehatan keluarga**

1) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga saat ini

Yang perlu dikaji mengenai riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dan apakah dari anggota keluarga tersebut ada yang mempunyai penyakit keturunan. Disamping itu juga perlu dikaji tentang perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

2) Riwayat keluarga sebelumnya

Disini diuraikan riwayat keluarga kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

### **4. Pengkajian Lingkungan**

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak sapitank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Lingkungan : lingkungan sangat mempengaruhi pada pasien dengan rheumatoid arthritis ,terutama pada lingkungan dengan ekonomi keluarga menengah kebawah.

3) Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga, lingkungan dengan keluarga ekonomi menengah ke bawah.

4) Mobilitas geografis keluarga, status rumah yang dihuni oleh keluarga apakah rumah sendiri atau menyewa, sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut, dan pindah dari daerah mana.

5) Interaksi keluarga dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

6) Fasilitas sosial dan kesehatan

Tingkat ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan sulitnya pengobatan dan perawatan pada anggota keluarga yang menderita arthritis rheumatoid serta ketidakefektifnya keluarga dalam mengunjungi pelayanan kesehatan yang ada .

#### 7) Fasilitas transportasi

Transportasi merupakan sarana yang penting dan sangat diperlukan agar penderita mendapatkan pelayanan kesehatan dengan segera. Ketiadaan sarana transportasi menjadikan masyarakat enggan berkunjung ke pelayanan kesehatan sehingga kondisi akan semakin memburuk.

#### 8) Sistem pendukung dalam keluarga

Dukungan keluarga untuk meningkatkan tingkat kesehatan pada anggota keluarga sangat penting karena kesehatan yang baik dapat di penuhi dengan dukungan dari keluarga yang sangat peduli.

### **5. Struktur Keluarga**

#### 1) Pola komunikasi

Bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari di dalam keluarga dan waktu yang sering digunakan untuk berkomunikasi.

#### 2) Struktur peran

Apakah keluarga sudah menjalankan perannya dalam menjalankan fungsinya, struktur kekuatan keluarga sejauh mana keluarga mampu mengambil keputusan dengan tepat dalam mengatasi masalah arthritis rheumatoid yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya.

#### 3) Nilai dan norma keluarga

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah rheumatoid arthritis seperti halnya berobat alternatif dan bukan pada petugas kesehatan.

## **6. Fungsi Keluarga**

### 1) Fungsi afektif

Perlindungan psikologis dan rasa aman sangat di butuhkan oleh penderita arthritis rheumatoid karena gangguan psikologis berupa malu yang sebabnya di duga karena tidak bisa bersosialisasi dengan lingkungan akibat dari keterbatasan gerak dan nyeri persendian di seluruh tubuhnya. ( Ngastiyah ,2005)

### 2) Fungsi sosialisasi Fungsi afektif

Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anggota keluarganya menjadi anggota masyarakat yang baik, mampu menyesuaikan diri dan dapat berinteraksi dengan lingkungan (Effendy, Nasrul, 2000).

### 3) Fungsi perawatan kesehatan

a. Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit serta pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan keluarga yaitu:

b. Mengenal masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan.

- c. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita arthritis reumatoid. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan.
- d. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang menderita rheumatoid arthritis.
- e. Memelihara lingkungan yang sehat  
Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Ketidakmampuan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi, diantaranya adalah biaya.

f. Menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah rheumatoid arthritis. Agar penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan teratur.

### **7. Fungsi reproduksi**

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah :

- 1) Jumlah anak
- 2) Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga
- 3) Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

### **8. Fungsi ekonomi**

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Biasanya karena faktor ekonomi orang segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan.

### **9. Stres Dan Koping Keluarga**

- 1) Stressor jangka pendek dan panjang
  1. Stressor jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm$  6 bulan.
  2. Stressor jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu

lebih dari 6 bulan.

- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi / stressor.

- 3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stres.

- 4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah.

#### **10. Pemeriksaan Fisik Pada Penderita Reumathoid Arthritis**

1. Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, tekanan darah, nadi meningkat, frekuensi pernapasan yang meningkat, penurunan kekuatan otot, skala nyeri menunjukkan angka 9-10 (Berat) (Laura A. T.; 1995, Karnen B ;1998).

2. Kepala.

Dikaji tentang bentuk kepala, simetris adanya penonjolan, riwayat trauma, adanya keluhan sakit kepala atau pusing, vertigo kelang ataupun hilang kesadaran.

3. Mata

Adanya penurunan ketajaman penglihatan akan menambah stres yang di rasakan klien. Serta riwayat penyakit mata lainnya.

#### 4. Hidung

Adanya pernafasan menggunakan cuping hidung, rinitis alergi dan fungsi olfaktori.

#### 5. Mulut dan laring

Dikaji adanya perdarahan pada gusi. Gangguan rasa menelan dan mengunyah, dan sakit pada tenggorokan.

#### 6. Leher

Dikaji adanya nyeri leher, kaku pada pergerakan, pembesaran tiroid serta penggunaan otot-otot pernafasan .

#### 7. Thorak

- Inspeksi

Dada di inspeksi terutama postur bentuk dan kesimetrisan adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot Interkostalis, sifat dan irama pernafasan serta frekwensi pernafasan.

- Palpasi.

Pada palpasi di kaji tentang kosimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus.

- Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah.

- Auskultasi.

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan expirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3x inspirasi, dengan bunyi pernafasan dan Wheezing.

#### 8. Kardiovaskuler.

Jantung di kaji adanya pembesaran jantung atau tidak, bising nafas dan hyperinflasi suara jantung melemah. Tekanan darah dan nadi yang meningkat serta adanya pulsus paradoksus.

#### 9. Abdomen.

Perlu di kaji tentang bentuk, turgor, nyeri, serta tanda-tanda infeksi karena dapat merangsang serangan gastrointestinal, serta adanya konstipasi karena kurang nutrisi .

#### 10. Integumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, enseim, serta adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis pada rambut di kaji warna rambut, kelembapan dan kusam.

#### 11. Ekstrimitas.

Di kaji adanya edema extremitas, tremor dan tanda-tanda infeksi pada extremitas, adanya penurunan rentan gerak pada ekstrimitas.

#### 12. Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengetahui jenis artritis.

#### 13. Analisa data

Data yang dikumpulkan harus dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa data merupakan proses intelektual yang meliputi pengelompokan data, mengidentifikasi kesenjangan dan menentukan pola dari data yang terkumpul serta membandingkan susunan atau kelompok data dengan standart nilai normal, menginterpretasikan data dan akhirnya membuat kesimpulan. Hasil dari analisa adalah pernyataan masalah keperawatan.

### **11. Harapan Keluarga**

Pada akhirnya pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.(Setiadi, 2008)

#### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga terhadap masalah kesehatan aktual, resiko atau potensial sebagai dasar seleksi

intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

menurut aplikasi NANDA dan friedman yang mungkin muncul adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Koping keluarga tidak efektif tentang reumathoid arthritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk segera berobat ke sarana kesehatan.
4. Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

Tahap dalam diagnosa keluarga meliputi analisa data, perumusan masalah dan prioritas masalah

#### 1. Analisa data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaiykan data dan menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah dan keperawatan keluarga.

Cara analisa data :

- a. Validasi data
- b. Mengelompokkan data

- c. Membandingkan dengan standart
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan

Dalam proses analisa, data dikelompokkan menjadi 2 yaitu data subjektif dan data objektif

## 2. Perumusan masalah

Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi problem, etiologi dan sign/simpton.

## 3. Prioritas masalah

Untuk prioritas masalah terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya 1978) sebagai berikut :

- a. Tentukan skor untuk tiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.3Skala Prioritas Masalah (Baylon dan Maglaya )

No	Kriteria	Nilai	Bobot
----	----------	-------	-------

<b>1</b>	Sifat masalah - Tidak / kurang sehat - Ancaman kesehatan - Keadaan sejahtera	3 2 1	1
<b>2</b>	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah - Sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
<b>3</b>	Potensi masalah untuk dicegah - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
<b>4</b>	Menonjolnya masalah - Masalah berat harus segera ditangani - Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring :

1. Tentukan skor untuk tiap kriteria
2. Skor di bagidengan angka tertinggi dan kalikanlah dengan bobot

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

- 2 Jumlah skor untuk semua kriteria , skor tertinggi 5 sama dengan seluruh Bobot.

### **2.3.3 Perencanaan Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Reumathoid Artritis.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit sampai sembuh.

Kriteria hasil :

- 1) Kogitif : Keluarga mampu menyebutkan penyebab terjadinya reumathoid artritis, kegemukan, umur, pola hidup dan resiko apa yang terjadi jika tidak melakukan perawatan.
- 2) Afektif : Keluarga mampu menentukan penanganan reumathoid artritis menurunkan berat badan yang kegemukan, kompres air hangat, mengurangi aktifitas berat.

- 3) Psikomotor : Keluarga mampu merawat dan mau melakukan usaha untuk merawat klien secara rutin.

Intervensi :

- 1) Mengkaji kemampuan keluarga tentang perawatan pada reumathoid arthritis.

Rasional : Diharapkan dapat diketahui sejauh mana kemampuan keluarga tentang perawatan pada reumathoid arthritis.

- 2) Jelaskan kepada keluarga kemungkinan penyebab reumathoid arthritis.

Rasional : Agar keluarga mampu mencegah terjadinya kembali reumathoid arthritis.

- 3) Mengkaji tingkat keluhuan nyeri yang dialami oleh klien meliputi lokasi, lamanya dan intensitas nyeri (0-10)

Rasional : Diharapkan dapat membantu dalam mengidentifikasi tingkat nyeri atau derajat ketidaknyamanan.

- 4) Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat dengan benar.

Rasional : Diharapkan keluarga dapat memahami cara merawat dengan benar

- 5) Memberikan contoh upaya perawatan pada klien reumathoid arthritis.

Rasional : Diharapkan keluarga mampu melakukan perawatan pada klien reumathoid arthritis dengan benar sesuai yang di ajarkan petugas kesehatan.

- 6) Motivasi keluarga untuk selalu memantau keadaan klien serta rutin dalam melakukan perawatan..

Rasional: Untuk mengetahui perkembangan kesehatan klien.

- 7) Anjurkan keluarga untuk rutin periksa ke puskesmas.

Rasional : Agar klien mendapatkan pengobatan secara tepat.

2. Koping keluarga tidak efektif tentang Remathoid Arthritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Tujuan :

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Keluarga , Keluarga dapat memahami dan lebih mengerti tentang penyakit Rheumatoid Arthritis.

Kriteria hasil :

- a. Kognitif : Keluarga dapat menjelaskan pengertian dan tanda gejala rematik dengan benar.
- b. Afektif : Keluarga mampu menentukan sikap dalam mengenal penyakit rematik.
- c. Psikomotor : Keluarga mengenal penyakit Rheumatoid Arthritis serta penatalaksanaan pada penyakit Rheumatoid Arthritis.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik.

Rasional : Diharapkan hubungan antara klien dan perawat dapat terjalin dengan baik.

- 2) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit Rheumatoid Arthritis.

Rasional : Diharapkan keluarga mengetahui tentang penyakit Rheumatoid Arthritis.

- 3) Berikan HE tentang pengertian Rheumatoid Arthritis, tanda dan gejala, penyebab serta cara pengobatannya.

Rasional : Diharapkan keluarga mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, serta penyebab Rheumatoid Arthritis.

- 4) Berikan kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali apa yang sudah kita jelaskan.

Rasional : Diharapkan keluarga mampu mengetahui seberapa jauh keluarga mendapat materi yang telah di jelaskan.

- 5) Berikan pujian terhadap kemampuan keluarga yang di ungkapkan setiap diskusi.

Rasional : Pujian termasuk salah satu motivasi dan perlu sekali di berikan pada setiap tindakan yang dilakukan benar.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk segera berobat ke sarana kesehatan.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga, klien tidak mengalami gangguan mobilitas fisik

Kriteria hasil :

1. Kognitif : Keluarga dapat mengetahui gangguan mobilitas fisik jika tidak dilakukannya perawatan pada klien rheumathoid arthritis.

2. Afektif : Keluarga mampu Menentukan sikap untuk melakukan pengobatan yang tepat dalam penanganan rheumathoid arthritis.
3. Psikomotor : Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol dan berobat di puskesmas atau rumah sakit terdekat.

Intervensi :

1. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan gangguan mobilitas fisik

Rasional : Dengan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga diharapkan dapat diketahui sejauh mana keluarga mengetahui tentang perawatan gangguan mobilitas fisik

2. Ajarkan keluarga dan klien untuk melakukan rentang gerak aktif/ pasif latihan resistif dan isometrik.

Rasional : klien mampu meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot dan stamina.

3. Anjurkan keluarga dan klien untuk mempertahankan tirah baring atau duduk. Jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus-menerus dan tidur malam hari.

Rasional: dengan menganjurkan tirah baring, istirahat sistemik selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit untuk mencegah kelelahan, mempertahankan kekuatan.

4. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang pentingnya dan manfaat dari

perawatan gangguan mobilitas fisik.

Rasional : Dengan memberikan penjelasan perawatan dan manfaat dari perawatan gangguan mobilitas fisik, keluarga mampu menerapkan tindakan perawatan dengan benar

5. Anjurkan klien selalu berobat secara rutin agar gangguan mobilitas fisik tidak memperburuk keadaan.

Rasional : Diharapkan dengan berobat secara teratur, penyakit bisa segera disembuhkan dan keadaan klien membaik.

4. Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Tujuan :

Keluarga mampu memelihara kesehatan pada anggota keluarga yang sakit dengan lebih baik.

Kriteria Hasil

1. Kognitif : Keluarga mau menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dengan tepat dan mampu menyebutkan manfaat datang ke pelayanan kesehatan terdekat.
2. Afektif : Keluarga dapat menentukan sikap agar klien selalu kontrol secara rutin ke pelayanan kesehatan terdekat minimal 1 bulan sekali.
3. Psikomotor : Keluarga mampu untuk merubah pola hidup dengan selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan.

Intervensi :

1. Mengkaji tingkat sosial ekonomi keluarga.

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan ekonomi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

2. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang adanya dana sehat di puskesmas

Rasional : Diharapkan keluarga mengerti dan mau mengambil keputusan untuk berobat ke puskesmas atau rumah sakit terdekat

3. Motivasi keluarga untuk selalu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit.

Rasional : Diharapkan keluarga lebih mementingkan kesehatan anggota keluarganya dengan cara berobat ke pelayanan kesehatan terdekat jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit.

#### **2.3.4 Pelaksanaan Intervensi Keperawatan Keluarga**

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang menderita AR sesuai rencana yang telah disusun. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dapat dilaksanakan antara lain:

1. Deteksi Dini kasus baru.
2. Kerja sama lintas program dan lintas sektoral
3. Melakukan rujukan
4. Bimbingan dan penyuluhan

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan.**

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap melakukan tindakan keperawatan, dan Klien menyatakan respon dari

tindakan tersebut. Setelah menyimpulkan respon klien yang diperoleh berhasil atau tidak, dan memperbaharui rencana asuhan keperawatan yang selanjutnya (amirul huda, 2013).

Evaluasi Disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : Adalah hal-hal yang ditemukan oleh Keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi.

O : Adalah hal-hal yang di temui oleh perawat secara subjektif setelah di lakukan itervensi.

A : Adalah analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosa.

P : Adalah Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.