

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN “T”
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULO
SKELETAL:REUMATIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KUKUTIO
KABUPATEN KOLAKA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh:

**SLAMET RIYANTO
NIM. 14401 2017 00075 5**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN “T”
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULO
SKELETAL:REUMATIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KUKUTIO
KABUPATEN KOLAKA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program
Diploma III Keperawatan



Oleh:

**SLAMET RIYANTO
NIM. 14401 2017 00075 5**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
2018**

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN "I"
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULO
SKELETAL : REUMATIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KUKUTIO
KABUPATEN KOLAKA
TAHUN 2018

Disusun dan diajukan oleh :

SLAMET RIYANTO
NIM. 14401 2017 00075 5

Karya Tulis ini telah dipertahankan pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah di depan
TIM Penguji pada Hari/Tanggal : 25 Juli 2018
Dan telah dinyatakan memenuhi syarat.

Menyetujui:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. H. Taamu, A.Kep, Spd, M.Kes | (.....
 |
| 2. Lena Atoy, SST, M.PH | (.....
 |
| 3. Reni Deviyanti U, M.Kep,SP.KMB | (.....
 |
| 4. Hj. St.Rachmi Misbah, S.Kp, M.Kes | (.....) |

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan


Indriana Hadi, S.Kep.Ns,M,Kes
NIP.197003301995031001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Slamet Riyanto**

NIM : **14401 2017 00075 5**

Institusi Pendidikan : Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari

Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN “T”
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULO SKELETAL : REUMATIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUKUTIO KABUPATEN KOLAKA
TAHUN 2018**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, 16 Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan,

SLAMET RIYANTO

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

1. Nama : Slamet Riyanto
2. Tempat/Tanggal Lahir : Kota Bumi, 10 Desember 1972
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia
6. Alamat : Desa Kukutio Kec. Watubangga
7. No. Telp/Hp : 082213552813

II. PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar Negeri 3 Sidomukti
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Kencong, Jember
3. Sekolah Pendidikan Kesehatan PPNI Kendari
4. Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan DIII Keperawatan Tahun 2017 - 2018

MOTTO HIDUP

Hidup adalah perjuangan dan menuntut ilmu bagian dari perjuangan untuk hidup lebih baik karena amal tanpa ilmu bagaikan pohon tanpa buah yang berarti kurang manfaatnya.

Jangan sia siakan waktu yang ada karena bila tidak kita tergilas oleh waktu.

Walau sudah Tua tapi kita harus tetap semangat menuntut ilmu.

ABSTRAK

Slamet Riyanto : *Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn “I” Dengan Reumatik Di Wilayah Puskesmas Kukutio Tahun 2018.*

Rematik adalah penyakit yang menyerang sendi dan tulang atau jaringan penunjang sekitar sendi, golongan penyakit ini merupakan penyakit Autoimun yang banyak di derita oleh kaum lanjut usia (usia 50 tahun ke atas). (Arif Muttaqin). Tujuan Penulisan Untuk mendapatkan hasil tentang proses keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderita Reumatik pada keluarga Tn “I” Di Puskesmas Kukutio. Metode Penulisan yang di gunakan adalah Studi kasus, dan Kepustakaan. Adapun hasil yang ditemukan adalah dari segi diagnosa keperawatan yaitu ditemukannya Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik, Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan. Berdasarkan pembahasan yang telah dikemukakan, penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut : Setelah melakukan pengkajian terhadap keluarga Tn”I”, penulis memperoleh hasil atau data yang mengarah pada masalah Tn”I” yang menderita *Reumatik*. Saran Dalam melakukan pemeriksaan fisik terhadap anggota keluarga yang bermasalah sebaiknya di perlukan adanya pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium di sarankan kepada keluarga Tn”I”, agar memelihara dan mempertahankan kebersihan dan kesehatan lingkungan guna menghindari faktor penyebab terjadinya penyakit.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga dengan reumatik.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkah, rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn”I”, Dengan Reumatik Di Wilayah Puskesmas Kukutio Tahun 2018 yang dilaksanakan pada Tanggal 13 s/d 15 Juni 2018. Sebagai Salah Satu Syarat Menjadi Ahli Madya Keperawatan pada Program Diploma III Keperawatan.

Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari.
2. Badan Riset Provinsi Sulawesi tenggara.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka.
4. Kepala Puskesmas Kukutio.
5. Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari.
6. Penguji yang telah memberi masukan dalam penyelesaian Karya Tulis ini.
7. Pembimbing yang telah banyak memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada Keluarga Tn “I” yang telah membantu penulis dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.
9. Kepada teman-teman seperjuangan angkatan 2018 Poltekkes Kemenkes Kendari, kalian telah banyak membantu, demi kelancaran pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

10. Ucapan terima kasih kepada istri dan anak tercinta yang telah mensupport selama kegiatan perkuliahan.

Penulis menyadari sebagai manusia yang tak pernah luput dari kesalahan serta keterbatasan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritikan yang positif demi kesempurnaan karya tulis ini.

Akhir kata semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT dan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan sikap dan motivasi bagi tenaga keperawatan, terkhusus bagi penulis sendiri.

Kendari, 16 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HAAMAN JUDUL	I
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	II
KEASLIAN PENELITIAN	III
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	IV
HALAMAN MOTTO	V
ABSTRAK	VI
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN KASUS	
A. Konsep Keluarga	6
B. Konsep Rematik	13
C. Konsep Keperawatan Keluarga Dengan Rematik	27
BAB III. LAPORAN KASUS	
A. Pengkajian	36
B. Data Fokus	46
C. Skoring masalah kesehatan	47
D. Perumusan Masalah	47
E. Diagnosa keperawatan	49
F. Rencana Tindakan Keperawatan	50
G. Implementasi Dan Evaluasi	52

BAB IV. PEMBAHASAN

A. Pengkajian -----	54
B. Diagnosa -----	55
C. Intervensi Keperawatan -----	55
D. Implementasi -----	56
E. Evaluasi -----	57

BAB V. PENUTUP

A. Kesimpulan -----	59
B. Saran -----	60

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2.1 PERSENDIAN PADA MANUSIA -----	15
GAMBAR 2.2 MACAM-MACAM SENDI -----	15
GAMBAR 2.3 PATHWAY-----	26
GAMBAR 3.1 GENOGRAM KELUARGA TN. I -----	37
GAMBAR 3.2 DENAH RUMAH-----	40

DAFTAR TABEL

TABEL 2.3 PENAPISAN MASALAH -----	32
TABEL 3.1 PEMERIKSAAN FISIK KELUARGA TN. I -----	44
TABEL 3.2 DATA FOKUS-----	46
TABEL 3.3SKORING MASALAH KESEHATAN -----	47
TABEL 3.4 PERUMUSAN MASALAH KELUARGA TN. I -----	48
TABEL 3.5 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN-----	50
TABEL 3.6 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI-----	52

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 DATA PENGKAJIAN KELUARGA TN.I

LAMPIRAN 2 SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKUKAN STUDI
KASUS

LAMPIRAN 3 DOKUMENTASI PENGKAJIAN

LAMPIRAN 4 SATUAN ACARA PENYULUHAN

LAMPIRAN 5 MATERI PENDIDIKAN REMATIK

LAMPIRAN 6 LEAFLET REMATIK

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan modal dasar manusia untuk hidup produktif dan hidup berdaya guna. Kesadaran akan hal ini menjadi landasan di akhirnya kesehatan sebagai hak setiap orang yang mengacu pada visi pembangunan Kesehatan, yaitu Indonesia sehat 2010 yang merupakan gambaran masyarakat Indonesia yang ingin di capai di masa depan yaitu masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduk yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi – tingginya (Mubarak, 2009).

Perilaku masyarakat Indonesia sehat 2010 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Moeleak, 1999).

Sejalan dengan semakin meningkatnya usia seseorang, maka akan terjadi perubahan-perubahan pada tubuh manusia. Perubahan-perubahan tersebut terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan demikian itu tampak pula pada semua sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya beberapa golongan rematik.

Rematik adalah penyakit yang menyerang sendi dan tulang atau jaringan penunjang sekitar sendi, golongan penyakit ini merupakan penyakit Autoimun yang banyak di derita oleh kaum lanjut usia (usia 50 tahun ke atas). Penyakit ini lebih sering terjadi pada perempuan dan biasanya menyerang orang yang berusia lebih dari 40 tahun (Arif Muttaqin). Rematik terutama menyerang Sendi-sendi, tulang, ligamentum, tendon dan persendian pada laki-laki maupun perempuan dengan segala usia.

Dampak dari keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan, dan masalah yang disebabkan oleh penyakit rematik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas hingga terjadi hal yang paling ditakuti yaitu menimbulkan kecacatan seperti kelumpuhan dan gangguan aktivitas hidup sehari-hari tetapi juga efek sistemik yang tidak jelas tetapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian atau mengakibatkan masalah seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri serta Resiko tinggi terjadi cedera (Kisworo, 2008).

Penderita Arthritis Rheumatoid di seluruh dunia telah mencapai angka 355 juta jiwa, artinya 1 dari 6 orang didunia ini menderita Rheumatoid. Diperkirakan angka ini terus meningkat hingga tahun 2025 dengan indikasi lebih dari 25% akan mengalami kelumpuhan (Depkes RI, 2009).

Di dunia ini, rematik merupakan penyakit muskuloskeletal yang paling sering terjadi. Angka kejadian rematik pada tahun 2013 yang dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah 20% dari penduduk dunia yang

telah terserang Arthritis Rhemathoid, dimana 5-10% adalah mereka yang berusia 5-20 tahun dan 20% adalah mereka yang berusia 55 tahun (Wiyono, 2010).

Data yang diperoleh dari WHO dalam Riskesdas (2013) angka prevalensi gout arthritis di dunia secara global belum tercatat, namun di Amerika serikat prevalensi gout pada tahun 2010 sebanyak 807.552 orang (0,27%) dari 293.655.405 orang. Indonesia menempati peringkat pertama di Asia tenggara yang mengalami gout arthritis dengan angka prevalensi 655.745 orang (0,27%) dari 238.452.952 orang *Right Diagnosis Statistik* (2010).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2013), menunjukkan bahwa kecenderungan prevalensi rematik di Indonesia tahun 2007-2013 pada usia lansia terdapat 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%.

Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2016 melalui Dinas Kesehatan menyebutkan bahwa penyakit pada sistem otot (rematik) menempati urutan ke-4 dari 10 penyakit terbanyak yang dilaporkan dari keseluruhan Puskesmas. Data ini menunjukkan prevalensi penyakit rematik sebanyak 22,5%. Sementara itu, di Puskesmas Kukutio penyakit ini, menempati urutan ke-3 dari 10 penyakit terbanyak, setelah ISPA dan infeksi penyakit usus lain. Berdasarkan data terakhir pada Bulan September 2017, dilaporkan bahwa penyakit pada sistem otot (rematik) menempati urutan ke-

4 dari 10 penyakit terbanyak di Puskesmas Kukutio dan angka terbanyak berada pada rentang usia 45-54 orang.

Berdasarkan dari uraian diatas, penulis tertarik memilih karya tulis ilmiah dengan judul "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.I Dengan gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik Di Puskesmas Kukutio Tahun 2018".

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan Keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif Pada Tn. I Dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik di Wilayah kerja Puskesmas Kukutio kabupaten Kolaka Tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan keluarga pada Tn. I dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga pada Tn. I dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik
- c. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan keluarga pada Tn. I dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik
- d. Penulis mampu melakukan Implementasi keperawatan keluarga pada Tn. I dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik

- e. Penulis mampu melakukan Evaluasi keperawatan keluarga pada Tn. I dengan kasus gangguan sistem muskulo skeletal : Reumatik

C. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi Pelayanan Kesehatan Puskesmas
 - a. Dapat digunakan sebagai contoh dalam meningkatkan program keperawatan keluarga dengan reumatik Di Puskesmas Kukutio.
 - b. Karya ilmiah ini diharapkan sebagai contoh untuk dijadikan pemikiran untuk pihak puskesmas dalam mengatasi nyeri akut pada kasus reumatik.
2. Bagi Masyarakat
 - a. Dapat memberikan informasi tentang perawatan atau tindakan pada pasien dengan masalah reumatik.
 - b. Dapat mencegah terjadinya serangan berulang yang mengakibatkan komplikasi.
 - c. Bagi pengembang Ilmu Keperawatan..
 - d. Untuk memberikan refrensi tentang penanganan pada pasien reumatik.

D. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penulisan adalah :

- a. Metode deskriptif, tipe studi kasus dimana penulis mengambil salah satu keluarga yang terdapat di wilayah kerja puskesmas kukutio untuk diberikan asuhan keperawatan. Dalam pengumpulan data metode yang

digunakan adalah : wawancara, observasi dan pengukuran terhadap seluruh anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah.

- b. Studi kepustakaan dengan mempelajari literatur yang mendasari asuhan keperawatan yang diberikan kepada keluarga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Pengetian keluarga menurut Friedman (1998) yang dikutip oleh Suprajitno (2004) adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Menurut Sayekti (1994) yang dikutip oleh Suprajitno (2004) mendefinisikan keluarga sebagai suatu ikatan/ persetujuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Sedangkan menurut UU No. 10 tahun 1992 mengenai Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang dikutip oleh Suprajitno (2004) mendefinisikan keluarga adalah unit

terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Dari ketiga definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kelompok manusia yang hidup dalam satu rumah, saling berinteraksi dan saling mempengaruhi keluarga tersebut jika dalam keluarga ada salah satu anggota keluarga yang mempunyaai masalah kesehatan , maka akan mempengaruhi sistem kesehatan keluarga secara keseluruhan.

2. Tipe atau Jenis Keluarga

Menurut Friedman (1986) yang dikutip oleh Zaidin Ali (2010) membagi tipe keluarga tradisional menjadi 8 tipe keluarga yaitu :

a. Nuclear Family (keluarga inti)

Terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya.

b. Extended Family (keluarga besar)

Satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.

c. Single Parent Family

Satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung kepadanya.

d. Nuclear dyed

Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama

e. Blended Family

Suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan yang masing-masing pernah menikah dan membawa anak dari hasil perkawinan mereka sebelumnya.

f. Three generation Family

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi, yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.

g. Single adult living alone

Bentuk keluarga yang terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.

h. Middle age atau elderly couple

Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya.

Tipe keluarga non tradisional menurut Sussman (1974) yang dikutip oleh Santun Setiawati (2008) membagi keluarga non tradisional menjadi 6 yaitu:

- a. Keluarga dengan orang tua yang memiliki anak tanpa menikah
- b. Pasangan yang memiliki anak tanpa menikah
- c. Pasangan yang hidup bersama tanpa menikah (kumpul kebo)
- d. Keluarga gay
- e. Keluarga lesbi

- f. Keluarga komuni : keluarga dengan lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak yang secara bersama-sama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sam

3. Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melakukan fungsi keluarga dimasyarakat sekitarnya. Parad dan Caplan (1965) yang diadopsi oleh Friedman yang dikutip oleh suprajitno (2004) mengatakan terdapat empat elemen struktur keluarga yaitu:

- a. Struktur peran keluarga

Menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan peranya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.

- b. Nilai atau norma keluarga

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.

- c. Pola komunikasi keluarga

Menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

- d. Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung keluarga.

4. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1986) yang dikutip oleh Santun Setiawati (2008), mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga antara lain :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Didalamnya terkait dengan saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antar anggota keluarga.

b. Fungsi Sosial

Fungsi sosial adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu : sandang , pangan, dan papan.

e. Fungsi perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

5. Tahap – Tahap Perkembangan Keluarga dan Tugas Perkembangan Keluarga

Dalam kehidupan keluarga, setiap keluarga mempunyai tahapan perkembangan sesuai dengan perkembangan anggota keluarga. Masing – masing tahapan perkembangan keluarga mempunyai tugas yang harus diselesaikan. Menurut Duvall dan Miller dikutip oleh Friedman (1998) yang dikutip oleh Santun Setiawati (2008), yaitu :

- a. Keluarga pemula (*Begginning family*) : Adalah keluarga yang baru menikah, keluarga baru, dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim. Tugas perkembangannya adalah membangun sebuah perkawinan yang saling memuaskan, menghubungkan ikatan persaudaraan yang harmonis, dan keluarga berencana.
- b. Keluarga yang sedang mengasuh anak (*Child Bearing*) : Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Tugas perkembangannya adalah membentuk keluarga muda sebagai unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam sebuah keluarga), merekonsiliasi tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memperluas persahabatan dengan

keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek, nenek.

- c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah : tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2 ½ tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangannya yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti (rumah, ruang bermain, privasi, keamanan), mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain, serta mempertahankan hubungan yang sehat dengan keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
- d. Keluarga dengan anak usia sekolah : Tahap ini dimulai ketika anak berusia 6 tahun (mulai masuk sekolah dasar), dan berakhir pada usia 13 tahun (awal dari usia remaja). Tugas perkembangannya adalah mensosialisasikan anak-anak, (meningkatkan prestasi sekolah, mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat), mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan dan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
- e. Keluarga dengan anak remaja : Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 13 tahun hingga berusia 19 atau 20 tahun. Tugas perkembangannya adalah mengembangkan kebebasan bertanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri,

Memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dengan anak.

- f. Keluarga melepaskan anak usia dewasa muda : Fase ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan “rumah kosong” ketika anak meninggalkan rumah. Tugas perkembangannya adalah memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapat melalui pernikahan anak-anak, melanjutkan/memperbaharui keharmonisan pernikahan dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan dan, membantu orang tua lanjut usia dan cenderung sakit – sakitan dalam kehidupan dan kesehatannya.
- g. Orang tua usia pertengahan : Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan orang tua. (Tahap ini dimulai biasanya ketika orang tua memasuki usia 45 – 55 tahun dan berakhir pada saat salah seorang pasangan pensiun biasanya 16 – 18 tahun kemudian). Tugas perkembangannya adalah menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan harmonis dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak, serta memperkokoh hubungan perhikahan.
- h. Keluarga dalam masa pensiun dan lansia : Tahap ini dimulai ketika salah satu/pasangan suami istri memasuki masa pensiun, sampai dengan salah satu pasangan meninggal dunia. Tugas

perkembangannya adalah mempertahankan pengaturan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan diri terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan upaya memahami eksistensi mereka/penelaahan dan integrasi hidup.

B. KONSEP REMATIK

1. Definisi Reumatik

Penyakit reumatik adalah penyakit inflamasi non- bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Rasjad Chairuddin, Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi, hal. 165).

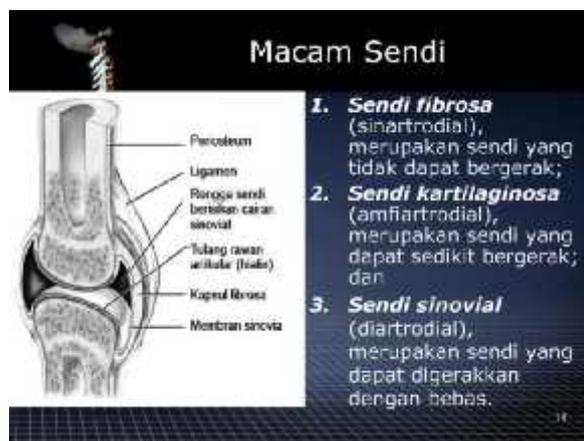
Artritis rhemathoid (AR) merupakan suatu penyakit inflamasi sistemik kronik yang walaupun manifestasi utamanya adalah Poliartritis yang progresif, akan tetapi penyakit ini juga melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien Artritis Rhemathoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresifitasnya. Pada umumnya selain gejala artikular, Artritis Rhemathoid dapat pula menunjukkan gejala konstitusional berupa kelemahan umum, cepat lelah atau gangguan organ non-ertikular lainnya (Nugroho, 2012).

Artritis adalah inflamasi dengan nyeri, panas, pembengkakan, kekakuan dan kemerahan pada sendi. Akibat Artritis, timbul inflamasi

Gambar 2.1 Persendian pada Manusia

Sendi merupakan pertemuan dua tulang, tetapi tidak semua pertemuan tersebut memungkinkan terjadinya pergerakan (Roger, 2002).

Ada tiga jenis sendi pada manusia dan gerakan yang dimungkinkannya yaitu, sendi fibrosa, kartilaginosa dan sinovial (Roger, 2002).



Gambar 2.2 Macam-macam sendi

a. Sendi fibrosa atau sendi mati

Terjadi bila batas dua buah tulang bertemu membentuk cekungan yang akurat dan hanya dipisahkan oleh lapisan tipis jaringan fibrosa. Sendi seperti ini terdapat di antara tulang-tulang kranium.

- b. Sendi kartilaginosa atau sendi yang bergerak sedikit (sendi tulang rawan)

Sendi tulang rawan terjadi bila dua permukaan tulang dilapisi tulang rawan hialin dan dihubungkan oleh sebuah bantalan fibrokartilago dan ligamen yang tidak membentuk sebuah kapsul sempurna disekeliling sendi tersebut. Sendi tersebut terletak diantara badan-badan vertebra dan antara manubrium dan badan sternum.

- c. Sendi sinovial atau sendi yang bergerak bebas

Terdiri dari dua atau lebih tulang yang ujung-ujungnya dilapisi tulang rawan hialin sendi. Terdapat rongga sendi yang mengandung cairan sinovial, yang memberi nutrisi pada tulang rawan sendi yang tidak mengandung pembuluh darah dan keseluruhan sendi tersebut dikelilingi kapsul fibrosa yang dilapisi membran sinovial.

Membran sinovial ini melapisi seluruh interior sendi, kecuali ujung-ujung tulang, meniskus, dan diskus. Tulang-tulang sendi sinovial juga dihubungkan oleh sejumlah ligamen dan sejumlah gerakan selalu bisa dihasilkan pada sendi sinovial meskipun terbatas, misalnya gerak luncur (*gliding*) antara sendi-sendi metakarpal.

Adapun jenis-jenis Sendi Sinovial :

- 1) Sendi pelana (*hinge*) memungkinkan gerakan hanya pada satu arah; misalnya sendi siku

- 2) Sendi pivot memungkinkan putaran (rotasi), misalnya antara radius dan ulna pada daerah siku dan antara vertebra servikalis I dan II yang memungkinkan gerakan memutar pada pergelangan tangan dan kepala.
- 3) Sendi kondilar merupakan dua pasang permukaan sendi yang memungkinkan gerakan hanya pada satu arah, tetapi permukaan sendi bisa berada dalam satu kapsul atau dalam kapsul yang berbeda, misalnya sendi lutut.
- 4) Sendi bola dan mangkuk (ball and socket) sendi ini dibentuk oleh sebuah kepala hemisfer yang masuk kedalam cekungan berbentuk mangkuk; misalnya sendi pinggul dan bahu.
- 5) Sendi plana merupakan gerakan menggelincir dibatasi oleh ligamen dan tonjolan tulang, misalnya sendi-sendi tulang karpal dan tarsal.

Di beberapa sendi sinovial, kavum dapat dibagi oleh sebuah diskus atau meniskus artikularis, yang terdiri dari fibrokartilago yang membantu melumasi sendi, mengurangi keausan permukaan artikular, dan memperdalam sendi.

d. Pergerakan Sendi

Gerakan sendi bisa dibagi menjadi tiga macam yaitu :

- 1) Gerakan meluncur, seperti yang diimplikasikan namanya, tanpa gerakan menyudut atau memutar.

- 2) Gerakan menyudut menyebabkan peningkatan atau penurunan sudut diantara tulang. Gerakan ini mencakup fleksi (membengkok) dan ekstensi (melurus), dan juga abduksi (menjauhi garis tengah) dan aduksi (mendekati garis tengah).
- 3) Gerakan memutar memungkinkan rotasi internal (memutar suatu bagian pada porosnya mendekati garis tengah) dan rotasi eksterna (menjauhi garis tengah). Sirkumduksi adalah gerakan ekstremitas yang membentuk suatu lingkaran. Istilah supinasi dan pronasi merujuk pada gerakan memutar telapak tangan keatas dan kebawah.

3. Etiologi

Penyebab Arthritis Rhemathoid masih belum diketahui. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini (Nugroho, 2012).

Kecendrungan wanita untuk menderita Arthritis Rhemathoid 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 (Nugroho, 2012)

Sejak tahun 1930, infeksi telah diduga merupakan penyebab Artritis Rheumatoid. Dugaan faktor infeksi sebagai penyebab Artritis Rheumatoid 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 Artritis Rheumatoid. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab Artritis Rheumatoid antara lain adalah bakteri, mikroplasma atau virus (Nugroho, 2012).

4. Patofisiologi

Sendi merupakan bagian tubuh yang paling sering terkena inflamasi dan degenerasi yang terlihat pada penyakit rematik. Inflamasi akan terlihat pada persendian sebagai sinovitis. Pada penyakit rematik inflamatori, inflamasi merupakan proses primer dan degenerasi yang terjadi merupakan proses sekunder yang timbul akibat pembentukan pannus (proliferasi jaringan synovial). Inflamasi merupakan akibat dari respon imun (Nugroho, 2012).

Pada penyakit rematik degeneratif dapat terjadi proses inflamasi yang sekunder. Sinovitis ini biasanya lebih ringan serta menggambarkan suatu proses reaktif. Sinovitis dapat berhubungan dengan pelepasan proteoglikan tulang rawan yang bebas dari kartilago artikuler yang

mengalami degenerasi kendati faktor-faktor imunologi dapat pula terlibat (Nugroho, 2012).

Artritis Rheumatoid merupakan manifestasi dari respon sistem imun terhadap antigen asing pada individu-individu dengan predisposisi genetik (Nugroho, 2012).

Suatu antigen penyebab Artritis Rheumatoid yang berada pada membran sinovial akan memicu proses inflamasi. Proses inflamasi mengaktifkan terbentuknya makrofag. Makrofag akan meningkatkan aktivitas fagositosisnya terhadap antigen dan merangsang proliferasi dan aktivasi sel B untuk memproduksi antibody. Setelah berikatan dengan antigen, antibody yang dihasilkan akan membentuk kompleks imun yang akan berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi. Pengendapan kompleks imun ini akan mengaktifasi sistem komplemen C5a (Nugroho, 2012).

Komplemen C5a merupakan faktor kemotaktik yang selain meningkatkan permeabilitas vaskuler, juga dapat menarik lebih banyak polimorfonukler (PMN) dan monosit ke arah lokasi tersebut (Nugroho, 2012).

Fagositosis kompleks imun oleh sel radang akan disertai pembentukan dan pembebasan radikal oksigen bebas, leukotrin, prostaglandin yang akan menyebabkan erosi rawan sendi dan tulang. Radikal oksigen bebas dapat menyebabkan terjadinya depolimerisasi hialuronat sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan viskositas cairan

sendi. Selain itu radikal oksigen bebas juga merusak kolagen dan proteoglikan rawan sendi (Nugroho, 2012).

Pengendapan kompleks imun akan menyebabkan terjadinya degranulasi mast cell yang menyebabkan terjadinya pembebasan histamin dan berbagai enzim proteolitik serta aktivasi jalur asam arakidonat yang akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membran sinovial dan akhirnya terbentuk pannus (Nugroho, 2012).

Masuknya sel radang ke dalam membran sinovial akibat pengendapan kompleks imun menyebabkan terbentuknya pannus yang merupakan elemen yang paling destruktif dalam pathogenesis Arthritis Rheumatoid. Pannus merupakan jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibroblast yang berproliferasi, mikrovaskuler dan berbagai jenis sel radang. Secara histopatologis pada daerah perbatasan rawan sendi dan pannus terdapatnya sel mononukleus, umumnya banyak dijumpai kerusakan jaringan kolagen dan proteoglikan (Nugroho, 2012).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Nugroho (2012), ada beberapa manifestasi klinis yang lazim ditemukan pada penderita Arthritis Rheumatoid. Gejala ini tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran yang sangat bervariasi.

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

- b. Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi ditangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi artrodial dapat terserang.
- c. Kekakuan dipagi hari selama lebih dari 1 jam: dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada Osteoartritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
- d. Artritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan ini dapat dilihat pada radiogram.
- e. Deformitas : kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, subluksasi sendi metakarpofalangeal, deformitas boutonniere dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal. Sendi-sendi besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.
- f. Nodula-nodula Rhemathoid adalah massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita Artritis Rhemathoid. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan;

walaupun demikian nodula-nodula ini dapat juga timbul pada tempat-tempat lainnya. Adanya nodula-nodula ini biasanya merupakan suatu petunjuk suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.

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

Menurut Banton, 1998 dalam dr Setiawan dalimartha bahwa tanda dan gejala dari rheumatoid arthritis adalah nyeri pada sendi, kaku pada pagi hari, kedudukan sendi tidak stabil dan permukaannya tidak rata, sendi tidak dapat bergerak, nodul reumatoid (benjolan kecil), dan bercak merah dikulit.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Nugroho (2012), tidak banyak berperan dalam diagnosis Arthritis Rheumatoid, namun dapat menyokong bila terdapat keraguan atau untuk melihat prognosis pasien. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat :

- a. Tes faktor reuma biasanya positif pada lebih dari 75% pasien Arthritis Rheumatoid terutama bila masih aktif. Sisanya dapat dijumpai pada pasien Lepra, Tuberkulosis paru, Sirosis Hepatis, Hepatitis Infeksiosa, Endokarditis Bakterialis, penyakit kolagen, dan Sarkoidosis.
- b. Protein C-reaktif biasanya positif.
- c. LED meningkat.
- d. Leukosit normal atau meningkat sedikit.
- e. Anemia normositik hipokrom akibat adanya inflamasi yang kronik.

- f. Trombosit meningkat.
- g. Kadar albumin serum menurun dan globulin naik.

Pada pemeriksaan rontgen, semua sendi dapat terkena, tapi yang tersering adalah sendi metatarsofalang dan biasanya simetris. Sendi sakroiliaka juga sering terkena. Pada awalnya terjadi pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi juksta artikular. Kemudian terjadi penyempitan sendi dan erosi (Nugroho, 2012).

7. 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 antirheumatoid drugs, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada Arthritis 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 mielopati akibat ketidakstabilan iskemik akibat vaskulitis (Nugroho, 2012).

8. Penatalaksanaan

Setelah diagnosis Arthritis Rhemathoid dapat di tegakkan, 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
- f. Merupakan tindakan untuk mengembalikan tingkat kemampuan pasien Arthritis Rheumatoid dengan cara:
 - 1) Mengurangi rasa nyeri

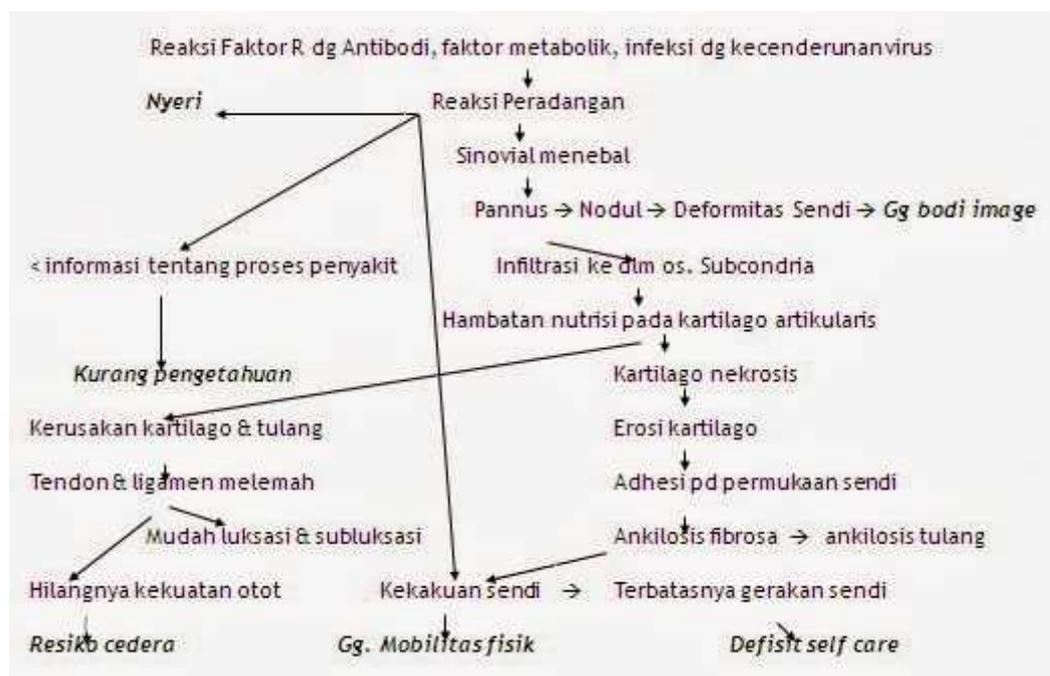
- 2) Mencegah terjadinya kekakuan dan keterbatasan gerak sendi
- 3) Mencegah terjadinya atrofi dan kelemahan otot
- 4) Mencegah terjadinya deformitas
- 5) Meningkatkan rasa nyaman dan kepercayaan diri
- 6) Mempertahankan kemandirian sehingga tidak bergantung kepada orang lain.

g. Pembedahan

Jika berbagai cara pengobatan telah dilakukan dan tidak berhasil serta terdapat alasan yang cukup kuat, dapat dilakukan pengobatan pembedahan. Jenis pengobatan ini pada pasien Arthritis Rheumatoid umumnya bersifat ortopedik, misalnya sinovektomi, artrodesis, total hip replacement, memperbaiki deviasi ulnar, dan sebagainya.

9. Pathway

Gambar 2.3 Pathway



C. KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN REMATIK

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan dimasyarakat. Pelayanan keperawatan keluarga yang saat ini dikembangkan merupakan bagian dari pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas).

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistic yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai focus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan Keluarga

Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009).

Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup :

- a. Data umum/Identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/alergi.
- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (Saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernafasan, musculoskeletal, neurosensori, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (Lab, radiologi, EKG, USG).
- d. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah dll.
- e. Struktur keluarga ; struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai (value), komunikasi, kekuatan.
- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga. Variabel ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga.

g. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain.

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan- tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil penghasilan terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, coping keluarga, baik yang bersifat actual, risiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga, berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga .

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnose keperawatan meliputi problem atau masalah, etiologi atau penyebab, dan sign atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES.

a. problem atau

masala(P)

- b. etiology atau penyebab (E)
- c. sign atau tanda (S).

NANDA I telah mengidentifikasi empat tipe diagnosis keperawatan, yaitu diagnosis aktual, diagnosis resiko, diagnosis kesejahteraan, dan diagnosis keperawatan promosi kesehatan, yaitu: (Potter & Perry 2009).

a. Diagnosis Aktual

Diagnosa keperawatan aktual menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang terdapat dalam individu, keluarga, komunitas. Karakteristik definisi (manifestasi, tanda, dan gejala) yang dikelompokkan dalam pola petunjuk yang berhubungan atau gangguan yang mendukung pengkajian ini (NANDA International, 2007). Pemilihan diagnosa aktual menunjukkan bahwa data yang dat pemeriksaan yang ada sudah cukup untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

b. Diagnosis Resiko

Diagnosa keperawatan resiko menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mungkin menyebabkan individu, keluarga, atau komunitas menjadi rentan (NANDA International, 2007).

c. Diagnosis Kesejahteraan

Diagnosa keperawatan sejahtera menggambarkan respon manusia terhadap tingkat kesejahteraan dalam individu, keluarga, atau

komunitas yang memiliki kesiapan untuk peningkatan (NANDA International, 2007). Ini merupakan penilaian klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas dalam transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Perawat memilih tipe diagnosis ini ketika klien berharap atau telah mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Sebagai contoh, potensial peningkatan adaptasi yang terkait dengan keberhasilan pengobatan kanker adalah diagnosis kesejahteraan, dan perawat beserta keluarga bekerjasama untuk beradaptasi dengan stresor yang berhubungan dengan kelangsungan hidup penderita kanker. Dalam pelaksanaannya, perawat menggabungkan kekuatan klien dan sumber daya yang ada ke dalam rencana perawatan, dengan tujuan untuk meningkatkan tingkat adaptasi.

d. Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan

Diagnosis keperawatan promosi kesehatan adalah penilaian klinis terhadap motivasi individu, keluarga, atau komunitas serta keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan aktualisasi potensi kesehatan manusia sebagai ungkapan kesiapan mereka untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu, seperti nutrisi dan olahraga. Diagnosis promosi kesehatan dapat digunakan pada berbagai bidang kesehatan dan tidak membutuhkan tingkat kesejahteraan tertentu (NANDA International, 2007). Potensial peningkatan kenyamanan merupakan contoh diagnosis promosi kesehatan.

3. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan.

a. Menetapkan prioritas masalah

Menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009).

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah Skala : Wellness Aktual Resiko Potensial	3 3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masala Skala : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1

Tabel 2.3 Penapisan Masalah (Maglaya 2009)

Cara skoring :

1. Tentukan skore untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tertentu dan kalikanlah dengan bobot

Skor

Angka tertinggi x bobot

3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria

b. Faktor- faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas

Penentuan prioritas masalah didasarkan dari 4 kriteria yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah.

- 1) Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
- 2) Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat dirubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
 - a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
 - b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan keterampilan dan waktu.
 - d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
- 3) Kriteria ketiga, yaitu potensi masalah dapat dicegah.

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah :

- a) Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah

- b) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
 - c) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang dapat dalam memperbaiki masalah
 - d) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
- 4) Kriteria ke empat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga.

4. Implementasi keperawatan keluarga

Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya. Implementasi yang ditujukan pada individu meliputi:

- a. Tindakan keperawatan langsung
- b. Tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar
- c. Tindakan observasi.
- d. Tindakan pendidikan kesehatan.

Implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi :

- a. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak

melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.

- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menentukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga, seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

5. Evaluasi keperawatan keluarga

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan klien/ keluarga.

Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan. Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemandirian klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan

BAB III LAPORAN KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Data Dasar

a. Identitas Kepala Keluarga

Klien bernama Tn I, berjenis kelamin laki-laki, umur 41 tahun, status kawin, bertempat tinggal di dusun 1 desa Kukutio, beragama Islam, pekerjaan sebagai kepala dusun dan peternak.

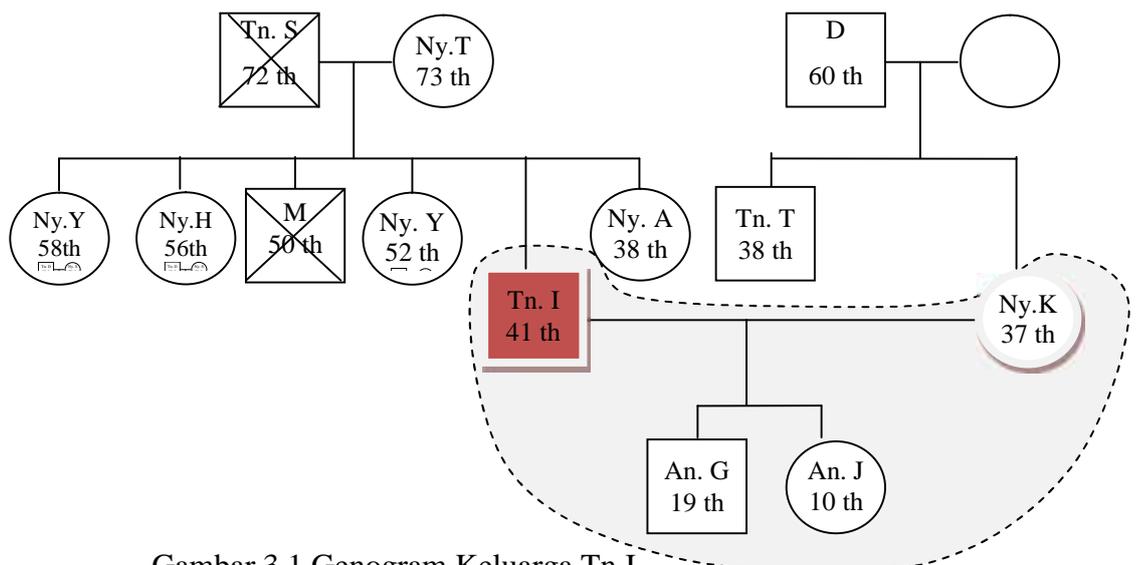
Pengkajian dilakukan dirumah Tn.I pada hari Kamis 13 Juni 2018 jam 08:35 wita. Keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri pada kaki bagian lutut dan pinggang. Riwayat penyakit sudah di rasakan sejak enam bulan yang lalu. Nyeri bertambah saat beraktivitas fisik

yang berat dan terasa kaku saat habis bersila lama. Keluhan yang menyertai adalah rasa panas dan baal pada bagian yang sakit.

b. Komposisi Anggota Keluarga

Ny.K sebagai istri Tn.I berumur 37 tahun dengan pendidikan terakhir SMP. Pekerjaan Ny.K setiap hari sebagai ibu rumah tangga. Tn.I memiliki 2 orang anak. An.G sebagai anak pertama berumur 19 tahun, jenis kelamin laki-laki dan sekarang sedang melanjutkan pendidikan di perguruan tinggi. Sedangkan An.J sebagai anak kedua berumur 10 tahun, jenis kelamin perempuan, dan sementara bersekolah di sekolah dasar.

c. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.I

Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Klien



: Meninggal



: Tinggal serumah

d. Tipe Keluarga

Keluarga Tn. I termasuk kedalam tipe keluarga inti, karena dalam keluarga ini terdiri dari ayah, ibu dan anak.

e. Suku Bangsa

Keluarga Tn. I termasuk suku bangsa Sunda, bahasa yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari keluarga Tn.I adalah bahasa Indonesia.Keluarga Tn. I tidak memiliki pantangan, namun kebiasaan suku yang diterapkan oleh Tn.I kadang-kadang mengkonsumsi jamu “kunyit, temulawak,dan madu” (sejenis tumbuhan) untuk mengurangi pegal-pegal.

f. Agama

Agama yang dianut oleh keluarga Tn.I adalah agama Islam dan menjalankan shalat 5 waktu,.Selain itu aktif mengajar mengaji pada anak-anak dan menjadi imam sholat berjamaah di masjid.Keluarga Tn. I selalu aktif mengikuti pengajian majelis taklim setiap malam jumat.

g. Status Sosial Ekonomi

Tn. I dan Ny. K sebagai pencari nafkah keluarga. Keluarga Tn. I memiliki penghasilan rata-rata Rp. 1.750.000,- per bulan, yang diperoleh dari penghasilan Tn. I. Keluarga Tn. I menganggap pendapatannya cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.Dalam hal ini keluarga Tn.I memiliki pengeluaran untuk membayar uang pendidikan kedua anaknya, pembayaran listrik, dan kebutuhan makan dirumah. Tn. I dan Ny. K memiliki tabungan keluarga.

h. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Keluarga Tn. I melakukan aktivitas rekreasi keluarga 1-2x dalam setahun, dan biasanya fleksibel dalam keikutsertaan anggota keluarga. Lokasi yang sering dikunjungi keluarga biasanya di pantai. Keluarga Tn. I menghabiskan waktu luang dengan menonton TV dan An. J dengan bermain bersama teman-temannya.

2. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

a. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Keluarga Tn. I berada pada tahap perkembangan 5, keluarga dengan remaja karena anak pertama pasangan Tn. I dan Ny. K telah berada pada rentang usia 13 – 20 tahun yaitu 19 tahun. Tugas perkembangan keluarga yang seharusnya dilalui oleh keluarga diantaranya menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dengan anak-anak. Dengan tugas mengimbangi tugas remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua dengan anak-anak remaja.

b. Tugas Perkembangan Keluarga

1) Tugas Perkembangan Keluarga yang Sudah Terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga Tn. I sudah terpenuhi, dimana keluarga Tn. I dengan tugas mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja yaitu dengan cara keluarga memberikan kebebasan anak untuk menentukan pilihannya sendiri dan anak mengenyam pendidikan dengan baik, memfokuskan kembali hubungan perkawinan dengan menjalin hubungan romantis antara Tn. I dan Ny. K, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua dengan anak-anak remaja dengan cara mendiskusikan solusi dan keputusan untuk menyelesaikan masalah.

2) Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Tidak ditemukannya tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. Anak pertama berusia 19 th dan yang kedua berusia 10 th. Anak pertama 19 th sudah kuliah sedangkan anak kedua 10 th disekolah dasar. Tn. "I" dan Ny. "K" mengatakan komunikasi dengan anak-anaknya bersifat terbuka dan masing-masing anak tahu akan tugas dan kewajibannya sebagai anak.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Dalam keluarga Tn.I, Tn.I memiliki penyakit rematik yang sudah diderita selama 6 bulan.

d. Riwayat Keluarga Sebelumnya

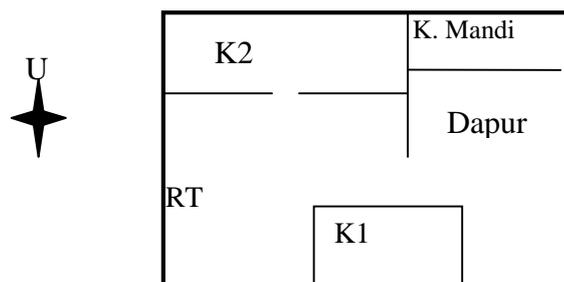
Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, Ayah dari Tn.I yaitu Tn.S sebelum meninggal memiliki riwayat sakit hipertensi.

3. DATA LINGKUNGAN

a. Karakteristik Rumah

Keluarga Tn. I memiliki rumah pribadi yang berukuran 63 m² dengan kondisi semi permanen dan berlantai semen, mempunyai 3 ventilasi berukuran 0,2 m² pada masing-masing ventilasi, dan atap genteng. Luas pekarangan rumah keluarga Tn.I adalah 2400 m². Rumah Tn. I memiliki 2 kamar, 1 ruang tamu sekaligus ruang keluarga, 1 ruang dapur, dan 1 kamar mandi/WC. Lingkungan rumah terlihat kurang bersih, matahari dapat masuk kedalam rumah melalui kaca dan pintu rumah, namun perputaran udara bagus.

Gambar 3.2 Denah Rumah



- 1) Pengolahan Sampah
Keluarga Tn. I mengelola sampah dengan cara bersih dan tertutup, kemudian sampah akan dikumpulkan kemudian dibakar. Dipekarangan terlihat daun kering yang berserakan.
 - 2) Sistem Drainage Air
Keluarga Tn. I memiliki saluran pembuangan air limbah yang terbuka kemudian dialirkan ke selokan.
 - 3) Penggunaan Jamban
Keluarga Tn. I memiliki WC sendiri dengan jenis jamban WC jongkok. Kondisi kamar mandi keluarga Tn. I cukup sinar matahari, dan bersih. Jarak penampungan MCK (*septic tank*) dengan sumber air >10 meter.
 - 4) Kondisi Air
Keluarga Tn. I memiliki sumber air berupa sumur gali. Sumber air digunakan untuk keperluan sehari-hari seperti minum, masak, dan MCK. Kondisi airnya baik, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, dan tidak ada pengendapan.
- b. Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
Karakteristik tetangga sekitar tempat tinggal keluarga Tn. I bersifat sosial. Keluarga Tn. I berbaur dengan tetangga-tetangga lain yang suku sunda, bugis, moronene, tolaki, dan bali. Tetangga yang berada di lingkungan sekitar rumahnya kebanyakan adalah saudara/kerabat dari keluarga Tn. I. Di daerah sekitar tempat tinggal keluarga Tn. I terdapat komunitas ibu-ibu arisan dan komunitas pengajian yang sering melakukan kegiatan pengajian.
 - c. Mobilitas geografis keluarga
Keluarga Tn. I menempati rumah yang saat ini dan tidak pernah berpindah rumah.
 - d. Hubungan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Keluarga Tn.I aktif mengikuti kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, karena sebagai kepala dusun.

4. STRUKTUR KELUARGA

a. Pola Komunikasi Keluarga

Keluarga Tn. I menggunakan cara komunikasi langsung dan terbuka dalam membicarakan masalah dengan cara musyawarah untuk mencari solusi bersama. Tn. I merupakan anggota keluarga yang paling dominan berbicara, dan bahasa yang sering digunakan dalam berkomunikasi yaitu bahasa Indonesia. Interaksi dan komunikasi keluarga paling sering terjadi ketika malam hari dan dalam situasi nonton TV dan atau makan bersama.

b. Struktur Kekuatan Keluarga

Keluarga Tn. I akan membantu dan mensupport bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah dimana yang menjadi power dan paling banyak mengambil keputusan dalam keluarga adalah kepala keluarga yaitu Tn.I.

c. Struktur Peran (Formal dan Informal)

Tn. I sebagai kepala keluarga berperan sebagai pencari nafkah, panutan dan pelindung kerja. Ny. K sebagai istri berperan merawat anak-anak, sebagai pengatur rumah tangga. An. E sebagai anak pertama berperan sebagai anak yang mengenyam pendidikan kuliah. Anak kedua berperan sebagai anak yang sekolah dan belajar mengenal anggota-keluarga.

d. Nilai dan Norma Budaya di Keluarga

Keluarga Tn. I hidup dalam nilai dan norma budaya Sunda dimana tutur kata dan sopan santun di keluarga sangat diperhatikan. An. G dan An. J diajarkan untuk selalu bersalaman dengan orang yang lebih tua

apabila bertemu, dan Tn. I dan Ny. K juga mendidik anak mereka dengan nilai dan norma yang berlaku di sekitar.

5. FUNGSI KELUARGA

a. Fungsi Afektif

Tn. I dan Ny. K sangat menyayangi keluarga dan anak-anaknya, saling menjaga dan mendukung antara anggota keluarga satu dengan anggota keluarga yang lain. Ny. K dan Tn.I berusaha membagi rata kasih sayangnya kepada kedua anaknya.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga Tn. I telah menjalankan fungsi sosialisasinya dalam keluarga, dengan berinteraksi dengan penduduk setempat, mengikuti kerja bakti.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit dan Penanganannya

1) Mengenal Masalah Kesehatan

Saat dikaji keluarga Tn. I mengatakan bahwa mereka mengetahui bahwa Tn.I terkena Rematik tapi tidak mengetahui tentang penyakit rematik.

Kesimpulan: Keluarga tidak mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya, yaitu Rematik pada Tn.I.

2) Mengambil Keputusan

Keluarga Tn. I mengatakan jika pinggang dan kaki Tn.Inyeri/pegal, biasanya Tn.I pergi ke puskesmas.

Kesimpulan: Keluarga dapat mengambil keputusan pengobatan untuk Tn.I yaitu dengan pergi ke puskesmas.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga Tn. I mengatakan apabila Tn.I sedang nyeri pinggang dan kaki, hanya disuruh istirahat atau minum jamu.

Kesimpulan : Keluarga Tn. I tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit Rematik, yaitu Tn.I.

4) Memelihara/Memodifikasi Lingkungan

Tn.I dan Ny.K tidur tidak di kamar dan tidurnya di ranjang berkasur.

Kesimpulan : Keluarga Tn. I mampu memodifikasi lingkungan.

5) Menggunakan Fasilitas Kesehatan yang Ada

Keluarga Tn. I sudah menggunakan fasilitas kesehatan yang ada yaitu Puskesmas. Dan memanfaatkan fasilitas kartu JKN.

6. STRES DAN KOPING KELUARGA

a. Stresor Jangka Pendek dan Jangka Pendek

Stresor jangka pendek keluarga Tn. Idan Ny. K yaitu apabila banyak kerjaan yang harus dikerjakan, dan stressor jangka panjang adalah ketika memikirkan pendidikan dan masa depan anak-anak.

b. Respon Keluarga terhadap Stres

Respon keluarga Tn.I menghadapi stressor yaitu dengan tetap menghadapi stressor yang datang dengan santai, namun kadang terjadi perubahan perilaku anggota keluarga yang berubah menjadi kesal dan cemas.Apabila menghadapi masalah, keluarga selalu memecahkan masalahnya secara musyawarah untuk mencari solusi yang tepat.

c. Strategi Koping

Keluarga Tn. I menggunakan strategi koping tetap santai, dan tetap menghadapi masalah yang terjadi.

d. Strategi Adaptasi Disfungsional

Bila Tn.I sedang mengalami masalah kesehatan, keluarga cenderung berobat ke puskesmas, dan istirahat.

7. PEMERIKSAAN FISIK

Tabel 3.1 Pemeriksaan Fisik Keluarga Tn.I

Pemeriksaan Fisik	Tn. I	Ny. K	An.G	An. J
-------------------	-------	-------	------	-------

TTV				
TD	110/80 mmHg	110/70 mmHg	90/60mmHg	100/60 mmHg
Nadi	64 x/menit	72 x/menit	72 x/menit	78 x/menit
Suhu	36,5 ⁰ C	36,8 ⁰ C	38 ⁰ C	36 ⁰ C
Pernafasan	18 x/menit	18 x/menit	20 x/menit	18 x/menit
BB	52	51	42	19
TB	163	153	155	143
Rambut	Hitam, bersih, tidak mudah rontok	Hitam, bersih, tidak mudah dicabut	Hitam bersih, tidak mudah dicabut	Hitam keoklatan, bersih, tidak mudah dicabut
Mata	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis
Hidung	Normal	Normal	Normal	Normal
Telinga	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada
Mulut	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab
Gigi	Gigi palsu tidak ada, bersih,gigi berlubang pada M2 Kanan dan kiri	Gigi palsu tidak ada, bersih,gigi tidak ada gigi berlubang	Tidak ada gigi berlubang,bersih	Tidak ada gigi berlubang,bersih
Leher	Normal	Normal	Normal	Normal
Dada	Normal	Normal	Normal	Terdapat suara napas tambahan di bronkus
Paru	Normal	Normal	Normal	
Jantung	Normal	Normal	Normal	Normal

Abdomen	Normal	Normal	Normal	Normal
Ekstremitas atas	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT <3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik
Ekstremitas bawah	Nyeri kaki, lutut sampai pangkal paha	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

Kesimpulan: Tn. I mengalami penyakit Rematik karena terdapat nyeri kaki, lutut sampai pangkal paha, baal < 3 detik pada extremitas bawah.

8. HARAPAN KELUARGA

Harapan keluarga Tn.I adalah meningkatkan status kesehatan setiap anggotanya, pendidikan An. G dan An. J lancar dan berkualitas, dan juga dapat meningkatkan status ekonomi keluarga untuk kesejahteraan keluarga Tn.I.

B. DATA FOKUS

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan persendian kaki terutama di lutut - Klien mengatakan nyeri bertambah saat aktifitas berat - Klien mengatakan kekakuan 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sering memijat kakinya - Lutut klien tampak kemerahan - Suhu sekitar lutut terasa hangat

<p>sendi saat habis bersila lama</p> <p>- Klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>- Klien mengatakan jalan masuk kerumah licin pada saat musim hujan</p>	<p>- Tanda-tanda Vital</p> <p>TD = 110/80 mmHg</p> <p>N = 64 x/menit</p> <p>S = 36,5⁰C</p> <p>P = 18 x/menit</p> <p>- Halaman sekitar rumah masih kotor</p> <p>- Jalan masuk kerumah belum ada pengerasan/disemen</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 3.2 data focus

C. SKORING MASALAH KESEHATAN

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah Skala : Wellness Aktual Resiko Potensial	3 3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2

3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masala Skala : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1

Tabel 3.3 data focus

D. PERUMUSAN MASALAH

NamaKlien : Tn.I

NamaMahasiswa : Slametriyanto

NIM : 14401 2017 00075 5

NO	Masalah	Kemungkinan Penyebab	Data
1.	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik	Proses menua ↓ Penurunan daya ingat ↓ keterbatasan informasi ↓ Kurang pengetahuan tentang rematik ↓ Manajemen kesehatan tidak efektif	DS - Klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya. DO - Klien bertanya tentang penyakitnya
2.	Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat	Proses menua ↓ Perubahan hormonal ↓	DS - Klien mengatakan nyeri pada persendian kaki terutama di lutut

	anggota keluarga yang sakit	<p>Permukaan tulang dan sendi tidak lagi licin</p> <p>↓</p> <p>Tulang mengalami gesekan pada persendian</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri bertambah saat aktifitas berat - Klien mengatakan kekakuan sendi saat habis bersila lama <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak memegang kakinya - Lutut klien tampak kemerahan - Suhu sekitar lutut teraba hangat <p>- Tanda-tanda Vital</p> <p>TD = 110/80 mmHg</p> <p>N = 64 x/menit</p> <p>S = 36,5⁰C</p> <p>P = 18 x/menit</p>
3.	Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan	<p>Proses menua</p> <p>↓</p> <p>Lantai licin</p> <p>↓</p> <p>Resiko Cedera</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lantai licin apabila habis hujan <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak memegang kakinya - Lutut klien tampak kemerahan - Suhu sekitar lutut teraba hangat

Tabel 3.4 perumusan masalah

E. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik
2. Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
3. Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan

F. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria obyektif	Intervensi	Rasional
1	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik	TUK 1 Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang rematik 3. Evaluasi tingkat pengetahuan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan dalam menentukan intervensi selanjutnya 2. Menambah pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit yang dideritanya. 3. Mengetahui sejauh mana keluarga memahami tentang penyakit yang dideritanya
2	Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	TUK 2 Keluarga mampu memutuskan untuk merawat, meningkatkan atau memperbaiki kesehatan TUK 3 Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri 2. Anjurkan keluarga membantu Tn.I untuk mandi air hangat, kompres sendi- sendi yang sakit dengan kompres hangat 3. Berikan masase yang lembut 4. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi 5. kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi yang diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan intervensi selanjutnya 2. Panas meningkatkan relaksasi otot dan mobilitas, menurunkan rasa sakit. 3. Meningkatkan relaksasi/ mengurangi tegangan otot 4. Meningkatkan relaksasi, memberikan rasa kontrol dan mungkin meningkatkan kemampuan koping. 5. Memudahkan untuk ikut serta dalam terapi dan mengurangi tegangan otot / spasme.

3	Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan	TUK 4 Keluarga mampu memodifikasi lingkungan.	1. Anjurkan modifikasi lingkungan yang sehat dan aman <ul style="list-style-type: none"> • Lantai tidak licin dan kotor • Penerangan lampu baik (tidak gelap dan tidak terlalu terang) 	1. Kondisi lingkungan yang sehat dapat menghindari resiko pada anggota keluarga yang sakit.
		TUK 5 Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.	1. Minta keluarga menunjukkan kartu JKN	1. Untuk memastikan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan apabila ada anggota keluarga yang sakit terutama Tn.I apabila cedera.

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan

G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa keperawatan	HariTgl & jam	Implementasi	Paraf	HariTgl & jam	Evaluasi SOAP	Para CI
Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik	14 juni 2018 Jam 11.15 wita	1. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang rematik - Definisi - Penyebab - Tanda gejala 3. Mengevaluasi tingkat pengetahuan keluarga		14 juni 2018 jam 16.40 wita	S : Keluarga Tn.I mengatakan sudah mengetahui tentang reumatik O: Keluarga Tn.I mampu menyebutkan kembali definisi, penyebab, tanda dan gejala reumatik A: Masalah teratasi P: Intervensi dipertahankan	
Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	14 juni 2018 Jam 11.35 wita	1. Mengkaji skala nyeri P= Beraktivitas berat Q= Terasa diremas R=Sendi lutut S=5 T=Hilang timbul 2. Mengkaji keluhan yang dirasakan klien, catat faktor yang mempercepat dan tanda-tanda rasa		14 juni 2018 jam 16.50 wita	S : • Tn.I mengatakan nyeri pinggang dan kaki terutama saat beraktivitas O : • TD :130/80 mmHg Nadi : 86 x/menit Suhu : 36,0 C Respirasi : 20 x/menitt • Skala nyeri 5 • Tn.I tampak memegang kakinya • Tn.I tampak mempraktekan teknik relaksasi	

		<p>sakit non verbal.</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk mandi air hangat, kompres sendi- sendi yang sakit dengan kompres hangat</p> <p>4. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian obat sesuai indikasi yang diberikan</p>		<p>dengan tarik nafas dalam</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji skala nyeri • Anjurkan klien mandi air hangat • Kolaborasi pemberian obat 	
<p>Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan</p>	<p>14 juni 2018 Jam 12.25 wita</p>	<p>1. Anjurkan modifikasi lingkungan yang sehat dan aman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lantai tidak licin dan kotor • Penerangan lampu baik <p>2. (tidak gelap dan tidak terlalu terang)</p> <p>3. Minta keluarga menunjukkan kartu JKN</p>	<p>14 juni 2018 jam 17.10 wita</p>	<p>S: Keluarga mengatakan sudah menciptakan lingkungan sehat dan aman, tapi lantai tetap licin apabila hujan.</p> <p>O: Lingkungan terlihat bersih dan penerangan lampu baik, tidak ada pemicu klien jatuh</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis melakukan pembahasan Asuhan Keperawatan pada keluarga Tn. I dengan masalah utama rematik di wilayah kerja Puskesmas Kukutio, dimana terdapat kesenjangan antara teori dengan keadaan yang ada di dalam keluarga saat ini. Dalam melakukan askep keluarga, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Penulis melakukan pembahasan keperawatan pada keluarga Tn.I membandingkan antara Bab II dan Bab III.

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 13 juni 2018, data yang diambil tidak hanya dari keluarga tetapi juga dari puskesmas, pemeriksaan fisik, serta observasi langsung dimana dalam pengumpulan data ini penulis tidak mengalami hambatan. Pada saat penulis melakukan pengkajian observasi dan pemeriksaan fisik didapatkan data terdapat nyeri pada pinggang & kaki, kekakuan sendi yang dialami oleh Tn. I.

Menurut Banton, 1998 dalam dr Setiawan dalimartha bahwa tanda dan gejala dari rheumatoid arthritis adalah nyeri pada sendi, kaku pada pagi hari, kedudukan sendi tidak stabil dan permukaannya tidak rata, sendi tidak dapat bergerak, nodul reumatoid (benjolan kecil), dan bercak merah dikulit.

Berdasarkan data di atas, bahwa tidak terdapat kesenjangan teori dengan kenyataan, yaitu pada kasus Tn.I Gejala ditemukan adalah kekakuan dan nyeri sendi serta kemerahan dibagian lutut yang merupakan gejala dari reumatik, yang mana biasanya pada penderita rheumatoid biasanya

menimbulkan nyeri dan menjadi kaku, terutama saat bangun tidur atau setelah lama tidak beraktivitas. Kedudukan sendi Tn. I masih stabil dan persendian Tn. I dapat digerakan dan klien dapat beraktivitas secara mandiri seperti berjalan dan beraktifitas.

B. Diagnosa

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Dari hasil pengkajian yang dilakukan bahwa diagnosa yang muncul pada Tn.I adalah :

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik, diagnosa tersebut muncul ditunjang dengan data : Keluarga Tn.I mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya.
2. Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, diagnosa tersebut muncul ditunjang dengan data : Tn. I mengatakan mempunyai keluhan nyeri pada pinggang dan kaki. Kekakuan sendi saat habis bersila lama.
3. Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan, diagnosa tersebut muncul ditunjang dengan data : Lantai licin pada pekarangan keluarga Tn.I

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat berdasarkan sifat masalah dan sumber-sumber yang ada dalam keluarga. Penulis menentukan rencana sesuai dengan diagnosa yang telah ditemukan dalam penilaian. Kemudian penulis menentukan prioritas untuk mengetahui masalah yang paling tinggi skornya dan harus ditangani. Dari hasil skoring, didapatkan Tn.I yang perlu dilakukan intervensi dengan reumatik.

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik

TUK 1 : Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat

2. Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

TUK 2 : Keluarga mampu memutuskan untuk merawat, meningkatkan atau memperbaiki kesehatan

TUK 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.

3. Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

TUK 4 : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan.

TUK 5 : Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada hari Kamis, tanggal 14 Juni 2018 pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah disepakati. Pada tahap ini penulis tidak mengalami hambatan saat pelaksanaan, keluarga dapat mengerti maksud dan tujuan. Penulis melakukan tindakan keperawatan antara lain :

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik
 - a. Kaji tingkat pengetahuan keluarga
 - b. Berikan pendidikan kesehatan tentang rematik
 - c. Evaluasi tingkat pengetahuan keluarga
2. Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- a. Kaji skala nyeri
 - b. Anjurkan keluarga membantu Tn.I untuk mandi air hangat, kompres sendi- sendi yang sakit dengan kompres hangat
 - c. Berikan masase yang lembut
 - d. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi
 - e. kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi yang diberikan
3. Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan
 - a. Anjurkan modifikasi lingkungan yang sehat dan aman
 - b. Minta keluarga menunjukkan kartu JKN

Implementasi dan intervensi keperawatan dapat dilakukan bersama keluarga. Penulis tidak mendapatkan hambatan karena pada saat melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn. I sangat kooperatif.

E. Evaluasi

Setelah melakukan tindakan keperawatan, penulis mengetahui keberhasilan dengan menggunakan SOAP dari hasil evaluasi didapatkan:

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga b.d kurang pengetahuan keluarga tentang reumatik dapat teratasi. Terbukti dengan keluarga Tn.I mampu menyebutkan defini, penyebab, tanda dan gejala reumatik.
2. Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit tidak teratasi karena nyeri Tn.I tidak sampai skala 0. Nyeri tetap dirasakan setiap beraktifitas berat.
3. Resiko cedera b.d ketidakmampuan keluarga modifikasi lingkungan, teratasi sebagian. Dibuktikan keluarga mampu modifikasi lingkungan supaya bersih dan aman, sedangkan lantai licin tidak bisa dihindari

apabila kondisi cuaca habis hujan. Karena memang lingkungan Tn.I belum pengerasan/pengaspalan.

BAB V

KESIMPULAN

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan memberikan saran dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada Tn. I dengan rematik di wilayah Puskesmas Kukutio.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan antara teori dan kasus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian secara teori dan kasus aspek yang dikaji sama, data yang diperoleh berbeda karena pada kasus disesuaikan dengan kondisi keluarga, tidak ada faktor penghambat dalam melakukan pengkajian, sedangkan faktor pendukungnya yaitu keluarga sangat kooperatif dan dapat bekerja sama dengan perawat.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus berdasarkan tipologi yaitu aktual, sedangkan diagnosa resiko dan potensial tidak ditemukan dikarenakan tidak ada data yang menunjang. Pada tahap ini penulis tidak mengalami hambatan karena keluarga sangat kooperatif
3. Pada perencanaan yang direncanakan adalah meningkatkan pengetahuan keluarga sesuai dengan tindakan fungsi, perawat hanya dapat merencanakan untuk meningkatkan fungsi kognitif dengan memberikan informasi kepada keluarga terkait masalah yang dihadapi keluarga. Sedangkan untuk afektif

dan perilaku tidak direncanakan karena keterbatasan waktu. Dalam perencanaan penulis tidak menemukan hambatan, keluarga sangat kooperatif dan mau bekerjasama.

4. Pada tahap pelaksanaan tidak ditemukan adanya hambatan baik dari keluarga maupun perawat seperti tercantum dalam teori. Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi keluarga dan memperhatikan faktor penghambat dalam teori
5. Pada evaluasi untuk evaluasi hasil berupa fungsi psikomotor dan perilaku belum tercapai karena keterbatasan waktu pemberian asuhan keperawatan keluarga. Untuk mengevaluasi aspek tersebut dibutuhkan asuhan yang berkelanjutan, dari diagnosa keperawatan tujuan tercapai sebagian pada TUK 3 dan TUK 4 karena keluarga belum melaksanakan secara maksimal. Pada tahap ini penulis tidak mengalami hambatan.

B. Saran

Untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi keluarga Tn. I agar tetap mempertahankan kerjasama yang telah terbina dalam memberikan asuhan keperawatan dan tetap melaksanakan tindakan sesuai dengan kemampuan yang telah dicapai keluarga.
2. Agar asuhan keperawatan berkelanjutan diharapkan petugas puskesmas bekerjasama dengan kader kesehatan untuk menindaklanjuti asuhan keperawatan keluarga yang telah dilakukan oleh penulis dan memotivasi keluarga untuk tetap memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang terdapat didalam keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. (2010). Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta : EGC
- Baughman, C. Diane & Hackley JoAnn. (2000). Keperawatan Medikal bedah Buku Saku untuk Brunner dan Suddarth. Edisi 1. Alih bahasa : Yasmin Asih,. Editor Monica Ester. Jakarta: EGC
- Darmojo, Boedhi dan Martono, H.Hadi. (1999). *Olah Raga dan Kebugaran Pada Lanjut Usia*. Buku Ajar Geriatri. Jakarta: Balai Penerbit Universitas Indonesia.
- LeMone, P, & Burke. (2001). Medical Surgical Nursing : Critical Thinking In Client Care. (4thed). Pearson Prentice Hall: New Jersey
- Maglaya. (2009). *Family Health Nursing : The Proses*. Philipina : Argonaunta Corpotaion : Nangka Marikina
- Mansjoer Arif. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : FKUI.
- Moeleak, A. Faried (1990) Menuju Indonesia Sehat 2010. Jakarta: Depkes RI
- Mubaraq, Chayatin, Santoso. (2011). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep Dan Aplikasi*. Jakarta: sAlemba Medika
- Nugroho Taufan.(2012). Luka Bakar dan Arthritis Rhemathoid. Yogyakarta: Numed
- Setiawati, Santun dan Agus Citra Dermawan.2008. Penuntun Praktik Asuhan Keluarga. Edisi 2. Jakarta: Trans Info Medika
- Suprajitno.(2004). Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi dalam praktik. Jakarta: EGC
- Tucker, Susan Martin. (1998) *Standart Perawatan Pasien*. Proses Keperawatan Diagnosa dan Evaluasi. Volume 3. Edisi 5. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Watson Roger. (2002). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Perawat*. Jakarta: ECG.

LAMPIRAN I

Nama Mahasiswa : Slamet Riyanto
NIM : 14416 2017 00075 5
Tanggal Pengkajian : 13 Juni 2018
Jam : 08.35 wita

A.PENGENKAIAN

1. DATA UMUM

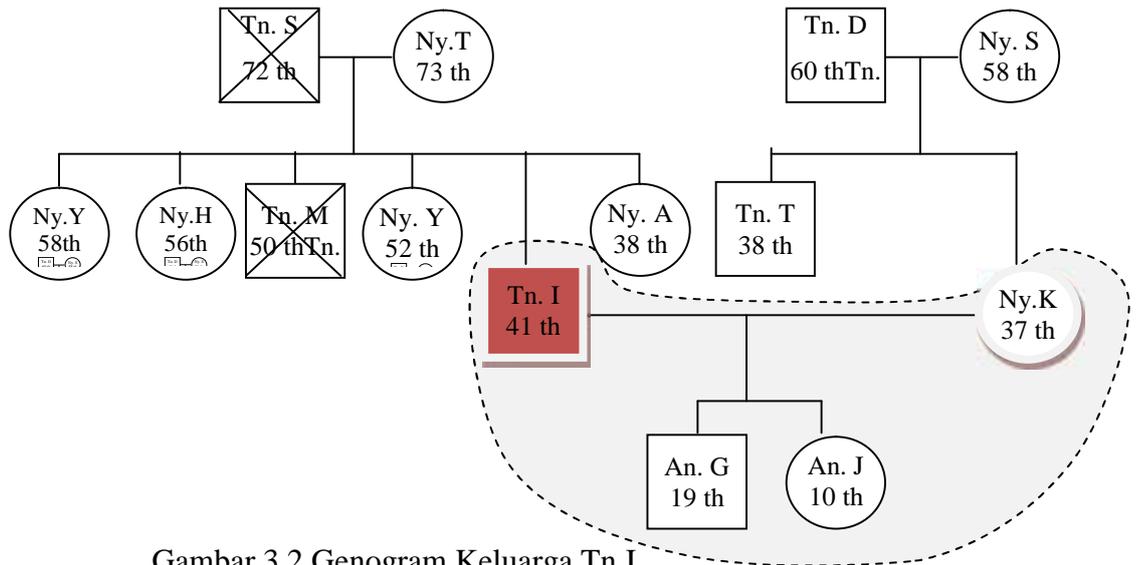
a. Identitas Kepala Keluarga

1. Nama Kepala Keluarga : Tn. I
2. Umur KK / Tgl. Lahir : 41 tahun / 28 Juli 1977
3. Pekerjaan KK : Kepala Dusun/Peternak
4. Pendidikan KK : SMP
5. Alamat KK : Desa Kukutio
6. Komposisi Anggota Keluarga

NAMA	UMUR	JK	Hub. dgn KK	Pendi dikan	STATUS IMUNIASI					PENYAKIT/ KELUHAN
					BCG	DP T	PO LIO	HEPA TITIS	CAM PAK	
Ny. K	37 th	P	Istri	SMP	–	–	–	–	–	Tak ada
An. G	19 th	L	Istri	PT	√	√	√	√	√	Tak ada
An.J	10 th	P	Istri	SD	√	√	√	√	√	Tak ada

Tabel 3.1 Komposisi Keluarga Tn

7. Genogram



Gambar 3.2 Genogram Keluarga Tn.I

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Klien
- ⊗ : Meninggal
- ⊖ : Tinggal serumah

8. Tipe Keluarga

Keluarga Tn. I termasuk kedalam tipe keluarga inti, karena dalam keluarga ini terdiri dari ayah, ibu dan anak.

9. Suku Bangsa

Keluarga Tn. I termasuk suku bangsa Sunda, bahasa yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari keluarga Tn.I adalah bahasa

Indonesia. Keluarga Tn. I tidak memiliki pantangan, namun kebiasaan suku yang diterapkan oleh Tn. I kadang-kadang mengkonsumsi jamu “kunyit, temulawak, dan madu” (sejenis tumbuhan) untuk mengurangi pegal-pegal.

10. Agama

Agama yang dianut oleh keluarga Tn. I adalah agama Islam dan menjalankan shalat 5 waktu. Selain itu aktif mengajar mengaji pada anak-anak dan menjadi imam sholat berjamaah di masjid. Keluarga Tn. I selalu aktif mengikuti pengajian majelis taklim setiap malam jumat.

11. Status Sosial Ekonomi

Tn. I dan Ny. K sebagai pencari nafkah keluarga. Keluarga Tn. I memiliki penghasilan rata-rata Rp. 1.750.000,- per bulan, yang diperoleh dari penghasilan Tn. I. Keluarga Tn. I menganggap pendapatannya cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Dalam hal ini keluarga Tn. I memiliki pengeluaran untuk membayar uang pendidikan kedua anaknya, pembayaran listrik, dan kebutuhan makan dirumah. Tn. I dan Ny. K memiliki tabungan keluarga.

12. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Keluarga Tn. I melakukan aktivitas rekreasi keluarga 1-2x dalam setahun, dan biasanya fleksibel dalam keikutsertaan anggota keluarga. Lokasi yang sering dikunjungi keluarga biasanya di pantai. Keluarga Tn. I menghabiskan waktu luang dengan menonton TV dan An. J dengan bermain bersama teman-temannya.

2. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

a. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Keluarga Tn. I berada pada tahap perkembangan 5, keluarga dengan remaja karena anak pertama pasangan Tn. I dan Ny. K telah berada pada rentang usia 13 – 20 tahun yaitu 19 tahun. Tugas perkembangan keluarga yang seharusnya dilalui oleh keluarga diantaranya menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan berkomunikasi secara

terbuka antara orang tua dengan anak-anak Dengan tugas mengimbangi tugas remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua dengan anak-anak remaja.

b. Tugas Perkembangan Keluarga

1) Tugas Perkembangan Keluarga yang Sudah Terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga Tn.I sudah terpenuhi, dimana keluarga Tn. I dengan tugas mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturitas remaja yaitu dengan cara keluarga memberikan kebebasan anak untuk menentukan pilihannya sendiri dan anak mengenyam pendidikan dengan baik, memfokuskan kembali hubungan perkawinan dengan menjalin hubungan romantis antara Tn.I dan Ny. K, dan melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua dengan anak-anak remaja dengan cara mendiskusikan solusi dan keputusan untuk menyelesaikan masalah.

2) Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Tidak ditemukannya tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. Anak pertama berusia 19 th dan yang kedua berusia 10 th. Anak pertama 19 th sudah kuliah sedangkan anak kedua 10 th disekolah dasar. Tn. "I" dan Ny. "K" mengatakan komunikasi dengan anak-anaknya bersifat terbuka dan masing-masing anak tahu akan tugas dan kewajibannya sebagai anak.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Dalam keluarga Tn.I, Tn.I memiliki penyakit rematik yang sudah diderita selama 1 tahun, An. J sering membuang secret yang mengganjal di tenggorokan pada pagi hari .

d. Riwayat Keluarga Sebelumnya

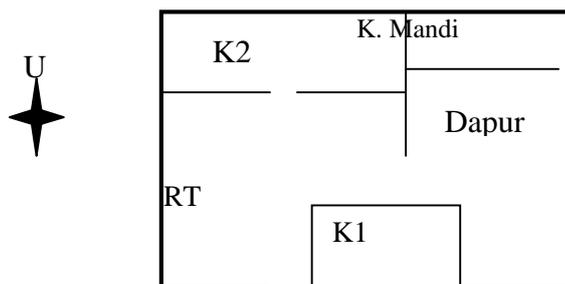
Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, Ayah dari Tn.I yaitu Tn.S sebelum meninggal memiliki riwayat sakit hipertensi.

3. DATA LINGKUNGAN

a. Karakteristik Rumah

Keluarga Tn. I memiliki rumah pribadi yang berukuran 63 m^2 dengan kondisi semi permanen dan berlantai semen, mempunyai 3 ventilasi berukuran $0,2 \text{ m}^2$ pada masing-masing ventilasi, dan atap genteng. Luas pekarangan rumah keluarga Tn.I adalah 2400 m^2 . Rumah Tn. I memiliki 2 kamar, 1 ruang tamu sekaligus ruang keluarga, 1 ruang dapur, dan 1 kamar mandi/WC. Lingkungan rumah terlihat kurang bersih, matahari dapat masuk kedalam rumah melalui kaca dan pintu rumah, namun perputaran udara bagus.

Gambar 3.3 Denah Rumah



5) Pengolahan Sampah

Keluarga Tn. I mengelola sampah dengan cara bersih dan tertutup, kemudian sampah akan dikumpulkan kemudian dibakar. Dipekarangan terlihat daun kering yang berserakan.

6) Sistem Drainage Air

Keluarga Tn. I memiliki saluran pembuangan air limbah yang terbuka kemudian dialirkan ke selokan.

7) Penggunaan Jamban

Keluarga Tn. I memiliki WC sendiri dengan jenis jamban WC jongkok. Kondisi kamar mandi keluarga Tn.I cukup sinar matahari, dan bersih. Jarak penampungan MCK (*septic tank*) dengan sumber air >10 meter.

8) Kondisi Air

Keluarga Tn. I memiliki sumber air berupa sumur gali. Sumber air digunakan untuk keperluan sehari-hari seperti minum, masak, dan MCK. Kondisi airnya baik, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, dan tidak ada pengendapan.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Karakteristik tetangga sekitar tempat tinggal keluarga Tn.I bersifat sosial. Keluarga Tn. I berbaur dengan tetangga-tetangga lain yang suku sunda, bugis, moronene, tolaki, dan bali. Tetangga yang berada di lingkungan sekitar rumahnya kebanyakan adalah saudara/kerabat dari keluarga Tn. I. Di daerah sekitar tempat tinggal keluarga Tn.I terdapat komunitas ibu-ibu arisan dan komunitas pengajian yang sering melakukan kegiatan pengajian.

c. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Tn. I menempati rumah yang saat ini dan tidak pernah berpindah rumah.

d. Hubungan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Keluarga Tn.I aktif mengikuti kegiatan-kegiatan kemasyarakatan, karena sebagai kepala dusun.

4. STRUKTUR KELUARGA

a. Pola Komunikasi Keluarga

Keluarga Tn. I menggunakan cara komunikasi langsung dan terbuka dalam membicarakan masalah dengan cara musyawarah untuk mencari solusi bersama. Tn. I merupakan anggota keluarga yang paling dominan berbicara, dan bahasa yang sering digunakan dalam berkomunikasi yaitu bahasa Indonesia. Interaksi dan komunikasi keluarga paling sering terjadi ketika malam hari dan dalam situasi nonton TV dan atau makan bersama.

b. Struktur Kekuatan Keluarga

Keluarga Tn. I akan membantu dan mensuport bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah dimana yang menjadi power dan paling banyak mengambil keputusan dalam keluarga adalah kepala keluarga yaitu Tn.I.

c. Struktur Peran (Formal dan Informal)

Tn. I sebagai kepala keluarga berperan sebagai pencari nafkah, panutan dan pelindung kerja. Ny. K sebagai istri berperan merawat anak-anak, sebagai pengatur rumah tangga. An. E sebagai anak pertama berperan sebagai anak yang mengenyam pendidikan kuliah. Anak kedua berperan sebagai anak yang sekolah dan belajar mengenal anggota-keluarga.

d. Nilai dan Norma Budaya di Keluarga

Keluarga Tn. I hidup dalam nilai dan norma budaya Sunda dimana tutur kata dan sopan santun di keluarga sangat diperhatikan. An. G dan An. J diajarkan untuk selalu bersalaman dengan orang yang lebih tua apabila bertemu, dan Tn. I dan Ny. K juga mendidik anak mereka dengan nilai dan norma yang berlaku di sekitar.

5. FUNGSI KELUARGA

a. Fungsi Afektif

Tn. I dan Ny. K sangat menyayangi keluarga dan anak-anaknya, saling menjaga dan mendukung antara anggota keluarga satu dengan anggota keluarga yang lain. Ny. K dan Tn. I berusaha membagi rata kasih sayangnya kepada kedua anaknya.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga Tn. I telah menjalankan fungsi sosialisasinya dalam keluarga, dengan berinteraksi dengan penduduk setempat, mengikuti kerja bakti.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit dan Penanganannya

1) Mengetahui Masalah Kesehatan

Saat dikaji keluarga Tn. I mengatakan bahwa mereka mengetahui bahwa Tn. I terkena Rematik tapi tidak mengetahui tentang penyakit rematik.

Kesimpulan: Keluarga tidak mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya, yaitu Rematik pada Tn. I.

2) Mengambil Keputusan

Keluarga Tn. I mengatakan jika pinggang dan kaki Tn. Inyeri/pegal, biasanya Tn.I pergi ke puskesmas.

Kesimpulan: Keluarga dapat mengambil keputusan pengobatan untuk Tn.I yaitu dengan pergi ke puskesmas.

3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga Tn. I mengatakan apabila Tn.I sedang nyeri pinggang dan kaki, hanya disuruh istirahatatau minum jamu.

Kesimpulan : Keluarga Tn. I tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit Rematik, yaitu Tn.I.

4) Memelihara/Memodifikasi Lingkungan

Tn.I dan Ny.K tidur tidak di kamar dan tidurnya di ranjang berkasur.

Kesimpulan : Keluarga Tn. Imampu memodifikasi lingkungan.

5) Menggunakan Fasilitas Kesehatan yang Ada

Keluarga Tn. I sudah menggunakan fasilitas kesehatan yang ada yaituPuskesmas.Dan memanfaatkan fasilitas kartu JKN.

6. STRES DAN KOPING KELUARGA

a. Stresor Jangka Pendek dan Jangka Pendek

Stresor jangka pendek keluarga Tn. Idan Ny. K yaitu apabila banyak kerjaan yang harus dikerjakan, dan stressor jangka panjang adalah ketika memikirkan pendidikan dan masa depan anak-anak.

b. Respon Keluarga terhadap Stres

Respon keluarga Tn.I menghadapi stressor yaitu dengan tetap menghadapi stressor yang datang dengan santai, namun kadang terjadi perubahan perilaku anggota keluarga yang berubah menjadi kesal dan cemas.Apabila menghadapi masalah, keluarga selalu memecahkan masalahnya secara musyawarah untuk mencari solusi yang tepat.

c. Strategi Koping

Keluarga Tn. I menggunakan strategi koping tetap santai, dan tetap menghadapi masalah yang terjadi.

d. Strategi Adaptasi Disfungsional

Bila Tn.I sedang mengalami masalah kesehatan, keluarga cenderung berobat ke puskesmas, dan istirahat.

7. PEMERIKSAAN FISIK

Tabel 3.4 Pemeriksaan Fisik Keluarga Tn.I

Pemeriksaan Fisik	Tn. I	Ny. K	An.G	An. J
TTV TD Nadi Suhu Pernafasan	110/80 mmHg 64 x/menit 36,5 ⁰ C 18 x/menit	110/70 mmHg 72 x/menit 36,8 ⁰ C 18 x/menit	90/60mmHg 72 x/menit 38 ⁰ C 20 x/menit	100/60 mmHg 78 x/menit 36 ⁰ C 18 x/menit
BB TB	52 163	51 153	42 155	19 143
Rambut	Hitam, bersih, tidak mudah rontok	Hitam, bersih, tidak mudah dicabut	Hitam bersih, tidak mudah dicabut	Hitam kecoklatan, bersih, tidak mudah dicabut
Mata	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis	Konjungtiva tidak enemis
Hidung	Normal	Normal	Normal	Normal
Telinga	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada	Pendengaran baik, secret tidak ada
Mulut	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab	Mukosa bibir lembab
Gigi	Gigi palsu tidak ada, bersih,gigi berlubang pada M2 Kanan dan kiri	Gigi palsu tidak ada, bersih,gigi tidak ada gigi berlubang	Tidak ada gigi berlubang,bersih	Tidak ada gigi berlubang,bersih
Leher	Normal	Normal	Normal	Normal
Dada Paru Jantung Abdomen	Normal Normal Normal Normal	Normal Normal Normal Normal	Normal Normal Normal Normal	Normal Normal Normal Normal

Ekstremitas atas	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT <3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik	Normal, tidak ada keluhan, CRT < 3 detik
Ekstremitas bawah	Nyeri kaki, lutut sampai pangkal paha, baal < 3 detik	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

Kesimpulan:Tn. Imegalami penyakit Rematik karena terdapat nyeri kaki, lutut sampai pangkal paha, baal < 3 detik pada extremitas bawah.

8. HARAPAN KELUARGA

Harapan keluarga Tn.I adalah meningkatkan status kesehatan setiap anggotanya, pendidikan An. G dan An. J lancar dan berkualitas, dan juga dapat meningkatkan status ekonomi keluarga untuk kesejahteraan keluarga Tn.I.

B. ANALISA DATA

Tabel 3.5 Perumusan masalah keluarga Tn.I

No	Data	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn.I mengatakan bahwa ia sering merasakan nyeri pinggang dan kaki ketika beraktifitas - Tn.I mengatakan bahwa ia tahu menderita penyakit Rematik dari dokter tapi tidak mengetahui penyebab dari penyakit yang dideritanya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat nyeri kaki, lutut sampai pangkal paha, baal < 3 detik 	Gangguan rasa nyaman: Nyeri
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. J mengatakan bahwa ia sering merasa ada secret yang mengganjal di tenggorokannya pada pagi hari ketika bangun tidur <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi paru terdapat suara napas tambahan pada bronkus An. J. 	Resiko ketidakefektifan bersihan jalan napas

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

1. Gangguan rasa nyaman: Nyeri pada Tn.I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn. I dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Rematik)
2. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan napas pada An. J keluarga Tn. I berhubungan dengan ketidaktahuan klien dan keluarga Tn. I tentang kondisi yang dialami An. J.

D. SKORING PENENTUAN PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan rasa nyaman: Nyeri pada Tn.I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn. I dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Rematik)

Tabel 3.6 Skoring Penentuan Prioritas Masalah Tn.I

Kriteria	Skor	Pembenaran
1. Sifat masalah Aktual / Tidak sehat	$3/3 \times 1 = 1$	Apabila masalah nyeri pada Tn. I tidak ditangani, dapat mengakibatkan kerusakan yang berlanjut pada sendi dan sistem muskuloskeletal dan dapat menyebabkan gangguan mobilisasi pada Tn.I
2. Kemungkinan masalah dapat diubah Mudah	$3/2 \times 2 = 3$	Kemungkinan masalah untuk diubah sulit karena pengetahuan keluarga Tn. I tentang penyakit Rematik kurang, perlu pemberian pendidikan kesehatan, meningkatkan kesadaran keluarga untuk melakukan perawatan kepada Tn.I.
3. Potensi masalah untuk dicegah Tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Dengan mendidik dan memotivasi juga melatih keluarga Tn.I secara benar. Kemungkinan munculnya komplikasi atau masalah lain dapat dicegah.
4. Menonjolnya masalah	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah nyeri pada Tn.I harus segera ditangani untuk mencegah komplikasi yang

Masalah berat, perlu segera ditangani		lebih berat dan untuk memaksimalkan fungsi Tn.I sebagai Ibu Rumah Tangga
Total Skor	6	

2. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan napas pada An. J keluarga Tn. I berhubungan dengan ketidaktahuan klien dan keluarga Tn. I tentang kondisi yang dialami An. J

Tabel 3.7 Skoring Penentuan Prioritas Masalah An. J

Kriteria	Skor	Pembenaran
1. Sifat masalah Ancaman kesehatan / Resiko	$2/3 \times 1 = 2/3$	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah penumpukan sekret pada An. J hanya terjadi pada pagi hari - An. J dapat mengeluarkan secret yang mengganggu dengan batuk efektif - Apabila tidak diatasi, secret akan menumpuk dan mengganggu jalan napas An. J.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah Mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah untuk diubah mudah karena dengan pemberian pendidikan kesehatan, meningkatkan kesadaran keluarga untuk mencegah terjadinya gangguan pada pernapasan An. J.
3. Potensi masalah untuk dicegah Tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Dengan memberikan informasi kepada keluarga Tn. I tentang gangguan pada jalan napas, memotivasi klien dan keluarga untuk memeriksakan keadaanya ke pelayanan kesehatan.
4. Menonjolnya masalah Ada masalah, tapi tidak perlu segera	$1/2 \times 1 = 1/2$	<ul style="list-style-type: none"> - RR An. J masih dalam kondisi normal - An. J tidak mengeluhkan adanya gangguan jalan ketika

ditangani		melakukan kegiatan.
Total Skor	4 1/6	

E. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan rasa nyaman: Nyeri pada Tn.I berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn. I dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Rematik)
2. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan napas pada An. J keluarga Tn. I berhubungan dengan ketidaktahuan klien dan keluarga Tn. I tentang kondisi yang dialami An. J.

LAMPIRAN II



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : UT.01.02/1/3046/2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Puskesmas Kukuto
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Slamet Riyanto
NIM : 144012017000755
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan/ Kelas RPL
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Reumatik di Wilayah Kerja Puskesmas Kukuto Kabupaten Kolaka Tahun 2018

Untuk diberikan izin penelitian di Puskesmas Kukuto Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 4 Juli 2018



Askrening, SKM., M.Kes
NIP.196909301990022001

LAMPIRAN III



PEMERINTAH KABUPATEN KOLAKA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KUKUTIO

Jln Pendidikan No. Desa Kukutio Kec. Watubangga KP. 93563



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN STUDI KASUS

Nomor: 445 /1237/ VII / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : HJ.Besse Asmawati, S.Kep
NIP : 19701231199102 2 002
Jabatan : Kepala Puskesmas Kukutio
Alamat : Jln.Cenderawasih Kec. Watubangga

Menerangkan bahwa :

N a m a : Slamet Riyanto
NIM : 14416 2017 00075 5
Prodi : DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kendari

Telah Melaksanakan Studi Kasus pada Tn.I di wilayah Puskesmas Kukutio sejak tanggal 13 s/d 15 Juli 2018.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan seperlunya.



16 Juli 2018
Kepala Puskesmas

Hj. Besse Asmawati, S.kep

NIP 19701231199102 2 003

Lampiran IV

**DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
DENGAN REMATI PADA TN I DI WILAYAH PUSKESMAS
KUKUTIO TANGGAL 13 S/D 15 JULI 2018**



LAMPIRAN IV

SATUAN ACARA PENYULUHAN REMATIK

Pokok Bahasan	: Rematik
Sub Pokok bahasan	: - Pengertian rematik - Penyebab rematik - Tanda dan gejala rematik - Akibat rematik - Tindakan pertama mengurangi nyeri rematik - Cara perawatan penderita rematik - Diit makanan rematik - Lingkungan untuk penderita rematik - Latihan gerak ROM
Sasaran	: Keluarga Tn. I
Waktu	: 30 Menit
Hari/tgl Pelaksanaan	: Kamis, 14Juni 2018
Pertemuan ke-	: I
Tempat	: Rumah Tn. I
Jam Pelaksanaan	:16.00 WIB– 16.30 WIB

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan, keluarga memahami dan dapat melakukan perawatan pada Tn. I dengan rematik

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan pendidikan, keluarga Tn. I mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian rematik
2. Menyebutkan minimal 3 dari 6 penyebab rematik
3. Menyebutkan minimal 3 dari 6 tanda dan gejala rematik
4. Menyebutkan 2 dari 4 akibat lanjut rematik
5. Menyebutkan minimal 2 dari 3 tindakan pertama mengurangi nyeri rematik
6. Menjelaskan minimal 5 dari 10 cara perawatan rematik
7. Menjelaskan minimal 5 dari 10 makanan yang harus dihindari pada penderita rematik
8. Sebutkan minimal 1 dari 2 kriteria lingkungan yang aman bagi penderita rematik
9. Mempraktekkan latihan gerak ROM

III. Materi

Terlampir

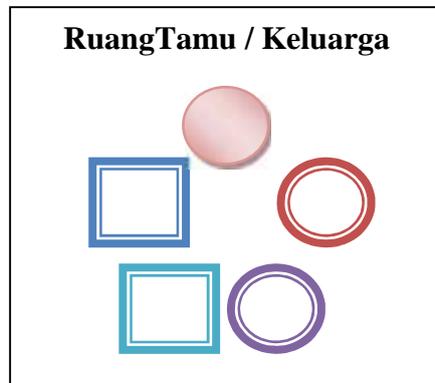
IV. Metode Pendidikan

Diskusikan dan jawab

V. Media

Leaflet

VI. Setting Tempat



Keterangan :

-  = Penyuluh (Slamet Riyanto)
-  = Keluarga (Tn. I)
-  = Keluarga (Ny. K)
-  = Keluarga (An. G)
-  = Keluarga (An. J)

VII. Proses Pendidikan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Keluarga
1.	3 menit	<p>Pembukaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan dari pendidikan • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan sejauh mana pengetahuan Tn.I dan keluarga mengenai rematik 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab dan menggalip pengetahuan keluarga Tn. I mengenai rematik
2.	15 menit	<p>Pelaksanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan kepada Tn. I dan keluarga tentang: <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian penyakit Rematik 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan menyampaikan materi yang disampaikan

		<ul style="list-style-type: none"> - Penyebab Rematik - Tanda dan gejala Rematik - Akibat rematik - Tindakan pertama untuk mengurangi nyeri rematik - Cara perawatan penderita rematik - Diit makanan rematik - Lingkungan untuk penderita rematik • Mendemonstrasikan latihan gerak ROM • Memberi kesempatan kepada keluarga Tn. I untuk bertanya • Menjawab pertanyaan yang diajukan keluarga Tn. I 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Tn. I berpartisipasi melakukan latihan gerak ROM • Bertanya mengenai materi yang belum dipahami • Memperhatikan
3.	10 menit	<p>Evaluasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyimpulkan materi pendididkan secara singkat • Menanyakan kepada Tn. I dan keluarga tentang materi yang telah diberikandan <i>reinforcement</i> kepada anggota keluarga Tn. I yang dapat menjawab pertanyaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyimak • Menjawab pertanyaan
4.	2 menit	<p>Terminasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup pertemuan • Mengucapkan salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan • Menjawab salam

VIII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Tn. Idan seluruh anggota keluarga hadir di tempat pendidikan (Rumah kediaman Tn. I)
- b. Strategi penyelenggaraan pendidikan dilakukan sebelumnya

2. Evaluasi Proses

- a. Tn. I dan anggota keluarga antusias terhadap materi pendidikan
- b. Tn. I dan anggota keluarga tidak meninggalkan tempat pendidikan.
- c. Tn. I dan anggota keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

Metode evaluasi menggunakan pertanyaan lisan

- a. Tn. I dan keluarga mengerti pengertian rematik
- b. Tn. I dan keluarga dapat menyebutkan minimal 3 dari 6 penyebab rematik
- c. Tn. I dan keluarga dapat menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala rematik
- d. Tn. I dan keluarga dapat menyebutkan 2 dari 4 akibat lanjut rematik
- e. Tn. I dan keluarga dapat menyebutkan minimal 2 dari 3 tindakan pertama untuk mengurangi nyeri rematik
- f. Tn. I dan keluarga dapat menjelaskan minimal 5 dari 10 cara perawatan rematik

- g. Tn.Idankeluargadapat menjelaskan minimal 5 dari 10 makanan yang harus dihindari pada penderitarematik
- h. Tn.Idankeluargadapat menyebutkan minimal 1 dari 2 kriteria lingkungan yang aman bagi penderitarematik
- i. Tn.Idankeluargadapat mempraktikkan latihan gerak ROM dengan baik dan benar

LAMPIRAN V

MATERI PENDIDIKAN REMATIK

1. Pengertian Rematik

Rematik yaitu suatu peradangan kronik pada sendi atau pegal-pegal yang disertai dengan rasa nyeri.

2. Penyebab Rematik

1. Proses Penuaan
2. Kelelahan
3. Cedera atau Jatuh
4. Infeksi Kuman
5. Penurunan daya tahan tubuh
6. Tidak diketahui dengan pasti

3. Tanda dan Gejala Rematik

1. Mudah lelah
2. Demam
3. Bengkak dan nyeri pada sendi
4. Kemerahan pada sendi yang sakit
5. Kekakuan
6. Gerak terganggu/ terbatas

4. Akibat Rematik

1. Terganggunya aktivitas karena nyeri semakin meningkat
2. Tulang menjadi keropos
3. Terjadi perubahan bentuk tulang
4. Kelumpuhan

5. Cara Mengurangi Nyeri

1. Kompres dingin

Digunakan jika sendi yang sakit bengkak dengan warna kemerahan. Caranya basahi handuk kecil/waslap dengan air es lalu diperas dan ditempelkan pada sendi yang sakit.

2. Kompres hangat

Digunakan jika sendi yang sakit tidak mengalami bengkak dan tanpa adanya warna kemerahan. Caranya basahi handuk kecil/waslap dengan air hangat lalu peras kemudian tempelkan handuk pada sendi yang sakit tersebut.

3. Mandi dengan air hangat bila pegal dan nyeri terjadi

6. Cara Perawatan Rematik

1. Istirahat yang cukup
2. Hindari kerja berat
3. Minum minuman yang tinggi kalsium seperti susu
4. Olahraga ringan secara teratur
5. Berjemur di panas Matahari pagi (Jam 7.00 – 8.00)

6. Konsumsi vit. C, zat besi
7. Hindari penekanan
8. Latihan pergerakan
9. Jaga keamanan lingkungan rumah
10. Periksa kesehatan ke Puskesmas minimal 6 bulan sekali

7. Makanan yang Harus Dihindari Penderita Rematik

1. Golongan protein hewani seperti : sarden, kerang, jeroan, bebek dan burung
2. Makanan yang mengandung alcohol : tape, durian
3. Sayuran: kacang-kacangan, kembang kol, bayam dan jamur
4. Minuman yang mengandung soda

8. Lingkungan yang Aman bagi Penderita Rematik

1. Cahaya tidak terlalu terang dan tidak terlalu gelap atau tidak remang-remang
2. Lantai tidak licin, kotor, dan benda-benda tidak berserakan dan jika menggunakan karpet tepinya direkatkan

LAMPIRAN VI

LEAFLET REMATIK

APA SIH REMATIK ITU ???

Rematik adalah penyakit yang menyebabkan peradangan pada sendi dan cenderung menahun biasanya mengenai daerah pergelangan kaki, lutut, dan siku.

Apa Penyebab Rematik..?!



1. UMUR
2. TRAUMA (JATUH, TERBENTUR)
3. Keturunan.
4. KELAINAN BAWAAN PADA TULANG.
5. KEGEMUKAN.

GIRI-GIRI REMATIK

- a. Nyeri sendi
- b. Kekakuan sendi di pagi hari (karang lebih 1 jam)
- c. Kemerahan dan bengkak pada sendi
- d. Kelemahan pada otot
- e. Gangguan gerak
- f. Deformitas (kerusakan jaringan penunjang sendi)

AKIBAT LANJUT !!!

1. Mudah jatuh
2. Perubahan bentuk tulang



CARA PENANGANAN

1. Menurunkan Berat Badan Bagi Yang Kegemukan
2. Hindari Makan makanan yang mengandung lemak.



3. Kompres Air Hangat / Air Es.
4. Latihan Gerak Sendi Pada Pagi Hari.
5. Istirahat Yang Cukup Pada Sore Hari.
6. Hindari Gerakan Dengan Hentakan Yang Keras.



Apa saja sih pencegahannya?!

- a. Olahraga teratur.
- b. Kurangi makanan yang mengandung lemak.
- c. Perbanyak makan buah dan sayur.
- d. Periksa kesehatan secara teratur.

pengobatan herbal

1. 15 juhe merah
2. 30 gram alur beluntas
3. 20 gram temulawak

Dicuci bersih direbus dengan 1 gelas air hingga setengahnya, lalu disaring & diminum 2 x sehari

Cara Mengurangi Nyeri Pada Sendi

1. Kompres Dingin
Digunakan jika sendi yang sakit mengalami bengkak dengan warna kemerahan.
Caranya : basahi handuk kecil dengan air es lalu diperas dan ditempelkan pada sendi yang sakit
2. Kompres Hangat
Digunakan jika sendi yang sakit mengalami bengkak tanpa warna kemerahan.
Caranya : basahi handuk kecil dengan air hangat lalu diperas dan ditempelkan pada sendi yang sakit
3. Massage
Pijatan lembut pada sendi yang sakit secara teratur

REMATIK

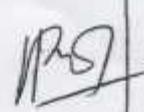


DISUSUN OLEH:
SLAMET RIYANTO
NIM. 14416 2017 00075 5

LAMPIRAN VII

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Slamet Riyanto
 NIM : 14416 2017 00075 5
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn.I dengan Reumatik diwilayah kerja Puskesmas kukutio tahun 2018
 Pembimbing : Hj.St.Rachmi Misbah,S.Kp,M.Kes

HARI / TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	CATATAN / KOMENTAR	TANDA TANGAN
SENIN 2 / 2018 / 7	JUDUL Askep	ACC judul: Askep keluarga dengan Reumatik di Puskesmas kukutio	
JUM'AT 6 / 2018 / 7	Bab 1 dan bab 2	- pendahuluan tentukan data dan tambahkan kg keluarga - konsep keluarga, konsep reumatik dan konsep keperawatan keluarga	
SELASA. 17 / 2018 / 7	Bab 3	Pertambakan bab III sesuai dengan pedoman penulisan	
Senin 23 / 2018 / 7	KTI lengkap	Boleh ujian akhir	

LAMPIRAN VIII



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

No: 231/PP/2018_p

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

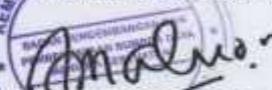
Nama : Slamet Riyanto
NIM : 14401 2017 00075 5
Tempat Tgl. Lahir : Kota Bumi, 10 Desember 1972
Jurusan : RPL .D.III Keperawatan
Alamat : Kolaka

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan RPL. D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 23 Juli 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari


Amaluddin, S. Sos
NIP. 19611231198203103

LAMPIARAN IX



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

NO. DL.09.02/5/437/2018

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Slamet Riyanto
Nim : 14401 2017 000755

Benar-benar telah melunasi SPP semester I s/d II yang terkait dengan Jurusan Keperawatan,
dengan bukti sebagai berikut :

1. Slip Pembayaran SPP semester I s/d Semester II

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Kendari, 23 Juli 2018
Bendaharan Jurusan Keperawatan



Edi R. S.Kep., Ns
NIP. 19860504 201012 1 001