

BAB 2

KAJIAN TEORI

2.1 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Friedman & Bowden, 2010 dalam Salamung, 2021).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Friedman (2010) dalam Wahyuni dkk (2021) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsifungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya masalah

yang timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk fungsi afektif antara lain:

1. Memelihara saling asuh (mutual nurturance)

Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan saling menerima, dan saling mendukung antar anggota. Setiap anggota yang mendapat kasih sayang dan dukungan dari anggota lain, maka kemampuan untuk memberi akan meningkat, sehingga tercipta hubungan yang hangat dan mendukung. Syarat untuk mencapai keadaan saling asuh adalah komitmen dari individu masing-masing dan hubungan yang terjaga dengan baik di dalam keluarga.

2. Keseimbangan Saling Menghargai

Adanya sikap saling menghargai dengan mempertahankan suasana yang positif dimana setiap anggota keluarga diakui serta dihargai keberadaan dan haknya masing-masing, sehingga fungsi afektif akan tercapai. Tujuan utama dari pendekatan ini ialah keluarga harus menjaga suasana dimana harga diri dan hak masing-masing anggota keluarga dijunjung tinggi. Keseimbangan saling menghargai dapat tercapai apabila setiap anggota keluarga menghargai hak, kebutuhan, dan tanggung jawab anggota keluarga lain.

3. Pertalian dan Identifikasi

Kekuatan yang besar dibalik persepsi dan kepuasan dari kebutuhan individu dalam keluarga adalah pertalian (bonding) atau kasih sayang (attachment) yang digunakan secara bergantian. Kasih

sayang antara ibu dan bayi yang baru lahir sangatlah penting karena interaksi dari keduanya akan mempengaruhi sifat dan kualitas hubungan kasih sayang selanjutnya, hubungan ini mempengaruhi perkembangan psikososial dan kognitif. Oleh karena itu, perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

4. Keterpisahan dan Kepaduan

Salah satu masalah psikologis yang sangat menonjol dalam kehidupan keluarga adalah cara keluarga memenuhi kebutuhan psikologis, memengaruhi identitas diri dan harga diri individu. Selama masa awal sosialisasi, keluarga membentuk tingkah laku seorang anak, sehingga hal tersebut dapat membentuk rasa memiliki identitas. Untuk merasakan memenuhi keterpaduan (*connectedness*) yang memuaskan. Setiap keluarga menghadapi isu-isu keterpisahan dan kebersamaan dengan cara yang unik, beberapa keluarga telah memberikan penekanan pada satu sisi dari pada sisi lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan

Kesehatan Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga (Harnilawati, 2013).

2.2.3 Peran Keluarga

Peran Keluarga adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam satu sistem (Mubarak dkk, 2012). Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran tersebut (Harmoko, 2012) dalam (Risa, 2021))

Peran formal dalam keluarga adalah peran-peran yang bersifat terkait, yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogen. Keluarga membagi peran secara merata kepada anggotanya. Dalam peran formal keluarga ada peran yang membutuhkan keterampilan dan kemampuan tertentu dan ada juga

peran yang tidak terlalu kompleks, sehingga dapat didelegasikan kepada anggota keluarga lain yang kurang terampil.

Beberapa contoh peran formal yang terdapat dalam keluarga adalah pencari nafkah, ibu rumah tangga, sopir, pengasuh anak, tukang masak, dan lain-lain. Jika seorang anggota keluarga meninggalkan rumah, dan karenanya ia tidak memenuhi suatu peran maka anggota keluarga lain akan mengambil alih kekosongan ini dengan memerankan perannya agar tetap berfungsi (Mubarak, 2012).

Peran informal keluarga bersifat implisit, biasanya tidak tampak, dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Peran informal keluarga lebih didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota keluarga individu. Beberapa contoh peran informal keluarga adalah pendorong, pengharmoni, inisiator, pendamai, koordinator, pionir keluarga, dan lain-lain (Harmoko, 2012).

2.2.4 Tipe Keluarga

Menurut (Widagdo, 2016 dalam Wahyuni et al, 2021) tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

a. Tipe keluarga tradisional

- 1) *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.

- 2) *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
 - 3) *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
 - 4) *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.
 - 5) *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
 - 6) *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri di rumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
 - 7) *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.
- b. Tipe keluarga non tradisional
- 1) *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
 - 2) *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
 - 3) *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri.
 - 4) *Nonmarital hetesexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan.

- 5) *Faster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara.

2.2.5 Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Friedman dalam Wahyuni et al, (2021) digambarkan sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hirarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

b. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat atau informal.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (legitimate power), ditiru (referen power), keahlian (expert power), hadiah (reward power), paksa (coercive power) dan affective power.

d. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga (Mubarak, 2012 dalam Wahyuni et al, 2021).

2.2.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga sebagaimana individu berubah berkembang setiap saat. Masing-masing tahap perkembangan mempunyai tantangan, kebutuhan, sumber daya tersendiri, dan meliputi tugas yang harus dipenuhi sebelum keluarga mencapai tahap yang selanjutnya. Menurut Duvall (1977) dalam Wahyuni et al, (2021), terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (EightStage Family Life Cycle):

- a. *Married couples (without children)*, pasangan nikah dan belum memiliki anak.
- b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.

- c. *Families with preschool children (oldest child 2,5-6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
- d. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.
- e. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.
- f. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

2.2 Konsep Penyakit Osteoarthritis

2.2.1 Definisi Penyakit Osteoarthritis

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif, dimana keseluruhan struktur dari sendi mengalami perubahan patologis. OA ditandai dengan kerusakan tulang rawan (kartilago) hyalin sendi, meningkatnya ketebalan, serta sklerosis dari lempeng tulang, pertumbuhan osteofit pada tepian sendi, meregangnya kapsula sendi, timbulnya peradangan, dan melemahnya otot-otot yang menghubungkan sendi (Adhiputra, A, 2017).

Osteoarthritis (OA) adalah penyakit kronis jangka panjang yang ditandai dengan kemunduran tulang rawan sendi yang

menyebabkan tulang saling bergesekan dan memicu timbulnya kekakuan, nyeri, dan gangguan gerakan sehari-hari. OA terkait dengan proses penuaan. Hal ini karena berbagai resiko yang dapat dimodifikasi ataupun tidak termasuk diantaranya obesitas, kurang berolahraga, kecenderungan genetik, kurangnya kepadatan tulang, cedera kerja, trauma, dan jenis kelamin (Ismaningsih & Selviani, 2018).

Osteoarthritis adalah suatu penyakit kronis yang mengenai sendi dan tulang di sekitar sendi tersebut. Dulu osteoarthritis dianggap penyakit degeneratif, atau penyakit orangtua karena sendi menjadi aus atau usang, tetapi dewasa ini diketahui melalui penelitian-penelitian ternyata selain akibat aus terdapat proses peradangan yang mempengaruhi kerusakan pada sendi tersebut, walaupun peradangan yang terjadi tidak sehebat penyakit radang sendi yang lain seperti artritis rheumatoid dalam Wahyuni (2021).

2.2.2 Etiologi

Berdasarkan patogenesisnya OA dibedakan menjadi dua yaitu OA primer dan OA sekunder

a. Osteoarthritis Primer

Osteoarthritis primer atau OA idiopatik merupakan osteoarthritis yang etiologinya belum diketahui dan tidak berhubungan dengan penyakit sistemik maupun proses perubahan lokal pada sendi. Osteoarthritis primer adalah penyakit degeneratif kronis yang berhubungan dengan penuaan namun

bukan disebabkan oleh penuaan tersebut. Seiring bertambahnya usia, kandungan air tulang rawan menurun, sehingga sendi semakin melemah, kurang tahan terhadap beban dan lebih rentan terhadap degradasi. Terdapat hubungan OA primer dengan faktor genetik, karena sampai 60% dari semua kasus OA diperkirakan berasal dari faktor genetik.

b. Osteoarthritis Sekunder

Osteoarthritis sekunder adalah OA yang disebabkan oleh penyakit atau kondisi lainnya, seperti pada post-traumatik, kelainan kongenital dan pertumbuhan (baik lokal maupun generalisata), kelainan tulang dan sendi, penyakit akibat deposit kalsium, kelainan endokrin, metabolik, inflamasi, imobilitas yang terlalu lama, serta faktor risiko lainnya seperti obesitas, operasi yang berulang kali pada struktur- struktur sendi, dan sebagainya. Meskipun etiologinya berbeda dari OA primer, gejala dan patologi yang dihasilkan sama (Herlinawati, 2023)

2.2.3 Patologifisiologis

Osteoarthritis terjadi karena adanya perubahan pada metabolisme tulang rawan sendi khususnya sendi lutut. Peningkatan aktivitas enzim yang bersifat merusak makromolekul matriks tulang rawan sendi dan menurunnya sintesis proteoglikan dan kolagen. Pada proses degenerasi kartilago articular akan menghasilkan zat yang bisa menimbulkan suatu reaksi inflamasi yang merangsang makrofag untuk menghasilkan IL-1 sehingga meningkatkan enzim

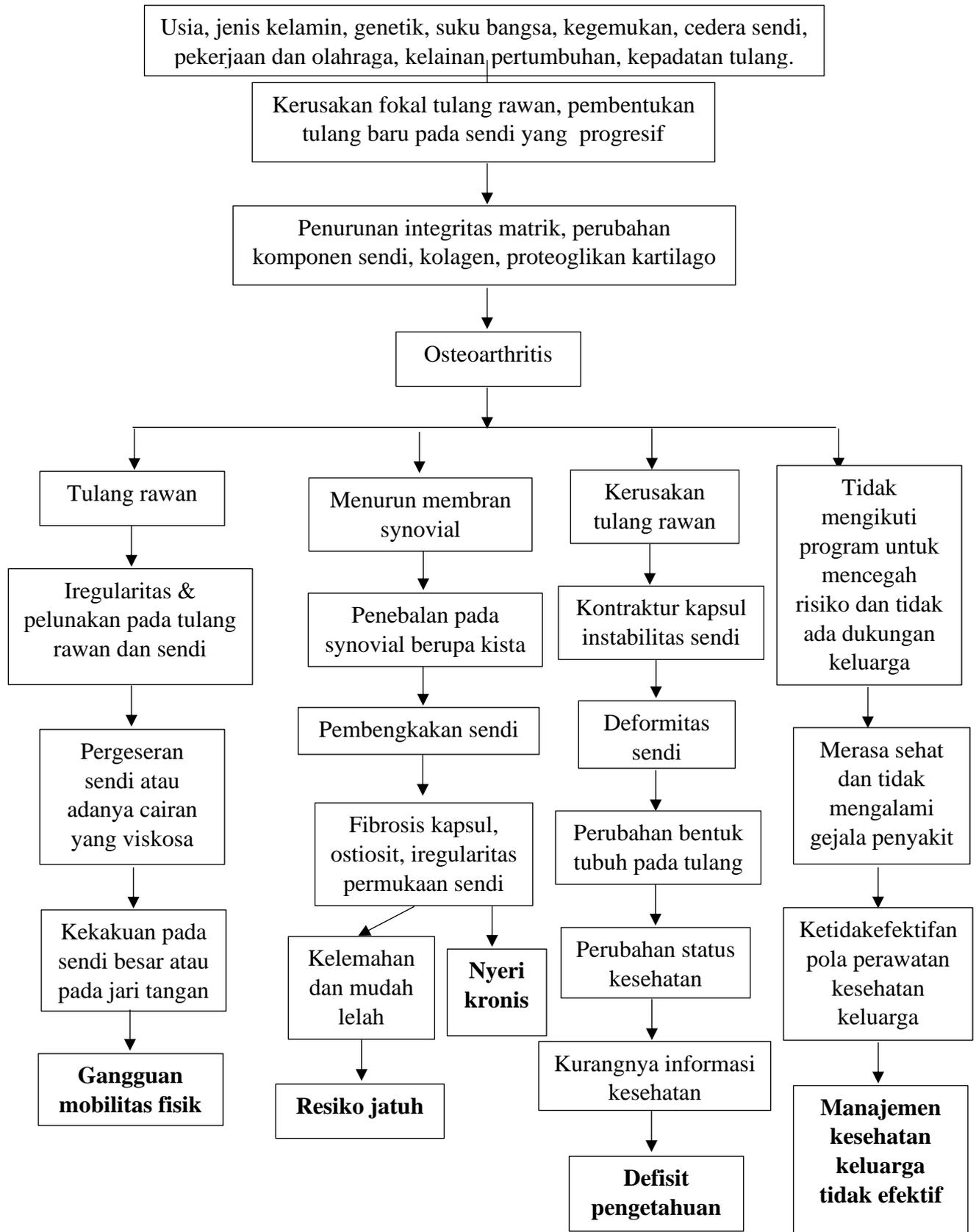
proteolitik untuk degradasi matriks ekstraseluler ((Sembiring, 2018) dalam (Herlinawati, 2023)).

Perubahan proteoglikan mengakibatkan tingginya resistensi tulang rawan untuk menahan kekuatan tekanan dari sendi dan pengaruh yang lain yang dapat membebani sendi. Menurunnya kekuatan tulang rawan akan disertai perubahan yang tidak sesuai dengan kolagen dan kondrosit akan mengalami kerusakan. Selanjutnya akan terjadi perubahan komposisi molekuler dan matriks rawan sendi yang diikuti oleh kelainan fungsi matriks rawan sendi. Jika dilihat melalui mikroskop, terlihat permukaan tulang rawan mengalami fibrilasi dan berlapis-lapis. Hilangnya tulang rawan akan menyebabkan penyempitan rongga sendi ((Sembiring, 2018) dalam (Herlinawati, 2023)).

Terjadi pembentukan osteofit pada tepi sendi terhadap tulang rawan yang rusak. Pembentukan osteofit merupakan suatu respon fisiologis untuk memperbaiki dan membentuk kembali sendi. Dengan penambahan luas permukaan sendi untuk menerima beban, osteofit diharapkan dapat memperbaiki perubahan awal tulang rawan pada osteoarthritis. Semakin lama akan terjadi pengikisan yang progresif yang menyebabkan tulang dibawahnya akan ikut terkikis. Pada tekanan yang melebihi kekuatan biomekanik tulang, akan mengakibatkan tulang subkondrial merespon dengan meningkatkan selularitas dan vascular sehingga tulang akan menjadi tebal dan padat. Proses ini disebut eburnasi yang nantinya

mengakibatkan sclerosis tulang subkondrial. Tulang rawan sendi menjadi aus, rusak, dan menimbulkan gejala osteoarthritis seperti nyeri sendi, kaku, dan deformitas (Herlinawati, 2023).

2.2.4 Pathway



2.2.5 Faktor Risiko

Faktor resiko pada osteoarthritis menurut Hartoyo et al., (2017) terdiri dari :

a. Usia

Usia sangat mempengaruhi osteoarthritis karena berkaitan dengan akumulasi gangguan sendi, penurunan neuromuscular, dan menurunnya mekanisme perbaikan.

b. Aktivitas fungsi

Aktivitas dalam pekerjaan seperti jongkok, naik turun tangga, mengangkat beban dapat meningkatkan resiko osteoarthritis karena aktivitas tersebut dapat membebani sendi.

c. Obesitas

Semakin berat seseorang maka resiko terjadinya osteoarthritis semakin besar khususnya pada sendi lutut karena sendi bekerja lebih berat untuk menopang beban sehingga menimbulkan stress mekanis abnormal dan meningkatkan frekuensi penyakit.

d. Jenis kelamin

Wanita memiliki resiko lebih besar terkena osteoarthritis dibandingkan pria. Hal tersebut dikarenakan berkaitan dengan hormonal. Estrogen dan pembentukan tulang memiliki peran dalam perkembangan progresivitas penyakit OA (Price & Lorraine, 2015). Estrogen berpengaruh terhadap pembentukan osteoblast dan sel endotel. Jika terjadi penurunan estrogen maka transforming growth factor β (TGF- β) yang dihasilkan oleh osteoblast dan nitric oxide

yang dihasilkan sel endotel akan ikut menurun sehingga mengakibatkan diferensiasi dan maturasi osteoklas meningkat. Pada wanita menopause akan terjadi penurunan estrogen oleh karena itu wanita memiliki lebih besar terkena osteoarthritis.

2.2.7 Tanda dan Gejala

a. Nyeri sendi

Nyeri merupakan keluhan utama yang sering membawa pasien ke dokter. Nyeri biasanya bertambah dengan gerakan dan sedikit berkurang dengan istirahat. Nyeri pada sendi berasal dari inflamasi pada sinovium, tekanan pada sumsum tulang, fraktur daerah subkondral, tekanan saraf akibat osteofit, distensi, instabilnya kapsul sendi, serta spasme pada otot atau ligamen.

b. Hambatan gerakan sendi

Hambatan ini biasanya semakin bertambah berat dengan pelan- pelan sejalan dengan bertambahnya rasa nyeri.

c. Kekakuan sendi

Kekakuan pada sendi sering dikeluhkan ketika pagi hari ketikasetelah duduk yang terlalu lama atau setelah bangun pagi.

d. Krepitasi

Sensasi gemeretak (kadang - terdengar) pada sendi yang sakit.

e. Deformitas sendi

Pasien seringkali menunjukkan sendinya perlahan-lahan mengalami pembesaran, biasanya terjadi pada sendi tangan atau lutut.

f. Pembengkakan pada tulang

Pembengkakan pada tulang biasa ditemukan terutama pada tangan sebagai nodus Heberden (karena adanya keterlibatan sendi Distal Interphalangeal (DIP) atau nodus Bouchard (karena adanya keterlibatan sendi Proximal Phalangeal (PIP). Pembengkakan pada tulang dapat menyebabkan penurunan kemampuan pergerakan sendi yang progresif.

g. Perubahan gaya berjalan

Gejala ini merupakan gejala yang menyusahkan pasien. Hampir semua pasien OA pergelangan kaki, lutut, atau panggul berkembang menjadi pincang. Gangguan berjalan dengan gangguan fungsi sendi yang lain merupakan ancaman yang besar untuk kemandirian pasien OA yang umumnya tua (Risa, 2021).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut purwanto (2016) dalam Risa, (Risa, 2021), pemeriksaan penunjang pada osteoarthritis yaitu foto rongent yang menunjukkan penurunan progresif massa kartilago sendi sebagai penyempitan rongga sendi. Uji serologi untuk (untuk indikasi inflamasi) dan cairan sinovial (untuk menentukan penyebab nyeri akibat gout atau inflamasi)

2.2.9 Penatalaksanaan

Pengelolaan pasien dengan OA bertujuan untuk untuk menghilangkan keluhan, mengoptimalkan fungsi sendi, mengurangi ketergantungan dan meningkatkan kualitas hidup, menghambat progresivitas penyakit dan mencegah komplikasi. Pilar terapi: non farmakologis (edukasi, terapi fisik, diet/penurunan berat badan), farmakologis (analgetik, kortikosteroid lokal, sistemik, kondroprotektif dan biologik), dan pembedahan.

a. Edukasi

Sangat penting bagi semua pasien OA diberikan edukasi yang tepat. Dua hal yang menjadi tujuan edukasi adalah bagaimana mengatasi nyeri dan disabilitas. Pemberian edukasi (KIE) pada pasien ini sangat penting karena dengan edukasi diharapkan pengetahuan pasien mengenai penyakit OA menjadi meningkat dan pengobatan menjadi lebih mudah serta dapat diajak bersama-sama untuk mencegah kerusakan organ sendi lebih lanjut. Edukasi yang diberikan pada pasien ini yaitu memberikan pengertian bahwa OA adalah penyakit yang kronik, sehingga perlu dipahami bahwa mungkin dalam derajat tertentu akan tetap ada rasa nyeri, kaku dan keterbatasan gerak serta fungsi. Selain itu juga diberikan pemahaman bahwa hal tersebut perlu dipahami dan disadari sebagai bagian dari realitas kehidupannya. Agar rasa nyeri dapat berkurang, maka pasien sedianya mengurangi aktivitas/pekerjaannya sehingga tidak terlalu banyak menggunakan sendi lutut dan lebih banyak

beristirahat. Pasien juga disarankan untuk kontrol kembali sehingga dapat diketahui apakah penyakitnya sudah membaik atau ternyata ada efek samping akibat obat yang diberikan.

b. Terapi fisik

Terapi fisik bertujuan untuk melatih pasien agar persendiannya tetap dapat dipakai dan melatih pasien untuk melindungi sendi yang sakit. Pada pasien OA dianjurkan untuk berolah raga tapi olah raga yang memperberat sendi sebaiknya dihindari seperti lari atau jogging. Hal ini dikarenakan dapat menambah inflamasi, meningkatkan tekanan intraartikular bila ada efusi sendi dan bahkan bisa dapat menyebabkan robekan kapsul sendi. Untuk mencegah risiko terjadinya kecacatan pada sendi, sebaiknya dilakukan olah raga peregangan otot seperti *Hold Relax* dengan peregangan dapat membantu dalam peningkatan fungsi sendi secara keseluruhan dan mengurangi nyeri. Pada pasien OA disarankan untuk melakukan latihan hold relax tanpa membebani tubuh selama 10 menit sehari tiga kali seminggu. Hal ini bisa dilakukan dengan olahraga naik sepeda atau dengan melakukan senam lantai. Senam lantai bisa dilakukan dimana pasien mengambil posisi terlentang sambil meregangkan lututnya, dengan cara mengangkat kaki dan secara perlahan menekuk dan meluruskan lututnya.

b. Diet

Diet bertujuan untuk menurunkan berat badan pada pasien OA yang gemuk. Hal ini sebaiknya menjadi program utama pengobatan OA. Penurunan berat badan seringkali dapat mengurangi keluhan dan peradangan. Selain itu obesitas juga dapat meningkatkan risiko progresifitas dari OA. Pada pasien OA disarankan untuk mengurangi berat badan dengan mengatur diet rendah kalori sampai mungkin mendekati berat badan ideal. Dimana prinsipnya adalah mengurangi kalori yang masuk dibawah energi yang dibutuhkan. Penurunan energi intake yang aman dianjurkan pemberian defisit energi antara 500-1000 kalori perhari, sehingga diharapkan akan terjadi pembakaran lemak tubuh dan penurunan berat badan 0,5 – 1 kg per minggu. Biasanya intake energi diberikan 1200-1300 kal per hari, dan paling rendah 800 kal per hari. Formula yang dapat digunakan untuk kebutuhan energi berdasarkan berat badan adalah $22 \text{ kal/kgBB aktual/hari}$, dengan cara ini didapatkan defisit energi 1000 kal/hari. Pada pasien di anjurkan untuk diet 1200 kal perhari agar mencapai BB idealnya yakni setidaknya mencapai 55 kg. Contoh komposisi makanan yang kami anjurkan adalah dalam sehari pasien bisa memasak 1 gelas beras (550 kal), 4 potong tempe sedang (150 kal), 1 buah telur (100 kal), 2 potong ayam sedang (300 kal) dan 1 ikat sayuran kangkung (75 kal).

c. Terapi Farmakologis

Pada pasien OA biasanya bersifat simptomatis. Untuk membantu mengurangi keluhan nyeri pada pasien OA, biasanya digunakan analgetika atau Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS). Untuk nyeri yang ringan maka asetaminophen tidak lebih dari 4 gram per hari merupakan pilihan pertama. Untuk nyeri sedang sampai berat, atau ada inflamasi, maka OAINS yang selektif COX-2 merupakan pilihan pertama, kecuali jika pasien mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya osteoarthritis dan penyakit ginjal. OAINS yang COX-2 non-selektif juga bisa diberikan asalkan ada perhatian khusus untuk terjadinya komplikasi gastrointestinal dan jika ada risiko ini maka harus dikombinasi dengan inhibitor pompa proton atau misoprostol. Injeksi kortikosteroid intraartikuler bisa diberikan terutama pada pasien yang tidak ada perbaikan setelah pemberian asetaminophen dan OAINS. Tramadol bisa diberikan tersendiri atau dengan kombinasi dengan analgetik (Azizah, 2018).

2.3 Hold Relax

2.3.1 Pengertian Hold Relax

Menurut Nazir et al., (2022) Hold relax merupakan salah satu bagian dari teknik PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation). PNF terdiri dari kata Proprioceptive, Neuromuscular, dan Facilitation. Proprioceptive adalah reseptor sensorik yang memberikan informasi tentang gerakan dan posisi tubuh.

Neuromuscular adalah melibatkan saraf dan otot, sedangkan Facilitation adalah membuat menjadi lebih mudah.

Hold Relax merupakan metode untuk mempercepat respon dari mekanisme neuromuscular lewat rangsangan pada proprioceptor. Dalam pelaksanaan teknik hold relax sebelumnya otot antagonis akan dilakukan penguluran, otot antagonis dikontraksikan secara isometris melawan tahanan dari terapis ke arah agonis lalu disusul dengan rileksasi dari otot tersebut. Hold relax bermanfaat untuk rileksasi otot-otot dan menambah LGS serta dapat untuk mengurangi nyeri (Irham, 2024).

Hold relax merupakan suatu teknik atau metode yang menggunakan kontraksi isometrik yang optimal dan kelompok otot antagonis yang memendek, dilanjutkan relaksasi otot tersebut (prinsip reciproke inhibition) sehingga pemberian tahanan pada kelompok otot yang mengalami ketegangan. Pada saat fisioterapis mengaplikasikan tahanan terhadap kontraksi pasien maka diharapkan terjadi kontraksi isometrik pada otot yang tegang (Kompal et al., 2022).

2.3.2 Tujuan Hold Relax

Adapun Tujuan Hold relax antara lain Zaidi et al., (2023) :

1. Perbaikan rileksasi pada otot antagonis atau otot yang spasme/tightness
2. Perbaikan mobilisasi
3. Penurunan nyeri

4. Peningkatan jarak gerak sendi

2.3.3 Kontra dan Indikasi Hold Relax

Adapun indikasi dan kontraindikasi Hold relax antara lain Kompal et al., (Kompal et al., 2022) :

a. Indikasi Hold relax

- 1) Nyeri
- 2) Keterbatasan ROM
- 3) Kelemahan otot

b. Kontraindikasi Hold relax

- 1) Pasien yang tidak mampu melakukan isometrik kontraksi
- 2) Pasien yang mengalami gangguan kesadaran
- 3) Fraktur

2.3.4 Efek Hold Relax Terhadap Peningkatan Gerak Sendi

Hold relax dapat meningkatkan jarak gerak sendi melalui pencapaian relaksasi pada otot yang spasme atau tightness. Pada teknik ini terjadi perangsangan melalui kontraksi maksimal dari kelompok otot yang tegang sehingga diharapkan terjadi kontraksi sejumlah motor unit secara maksimum dan simultan (secara bersamaan) Hidayatullah et al., (2022). Setelah mencapai kontraksi yang maksimal, maka pada saat yang sama pasien diminta untuk relaks. Hal ini merupakan teknik aktif inhibisi yang dapat menghasilkan penurunan ketegangan otot. Keuntungan dari teknik aktif inhibisi adalah pemanjangan otot lebih nyaman pada saat dilakukan stretching atau saat dilakukan mobilisasi sendi. Teknik

aktif inhibisi merupakan teknik dimana pasien dapat relaks secara refleks sebelum dilakukan mobilisasi sendi atau selama aplikasi stretching. Melalui teknik Hold relax akan terjadi penurunan ketegangan otot disekitar sendi, sehingga akan lebih mudah dilakukan mobilisasi sendi untuk meningkatkan jarak gerak sendi lutut (Liyange E, 2023).

2.4 Asuhan Keperawatan Keluarga

A. Pengkajian Keperawatan

Data pengkajian yang diperoleh dari klien sebagai berikut :

1) Identitas

Meliputi nama lengkap, tempat dan tanggal lahir, agama, bahasa yang digunakan, suku bangsa, alamat dan usia. Identitas klien yang biasa dikaji pada penyakit sistem pencernaan adalah usia, karena ada beberapa penyakit pencernaan banyak terjadi pada klien diatas usia 60 tahun.

2) Riwayat Kesehatan

- a. Data dasar keluarga, data yang perlu dikaji antara lain: nama keluarga, alamat dan nomor telepon, komposisi keluarga, tipe keluarga, latar belakang budaya (etnis), identifikasi religi, status kelas keluarga, aktivitas rekreasi dan waktu senggang keluarga.
- b. Data lingkungan keluarga, data yang perlu dikaji antara lain: karakteristik rumah, karakteristik dan lingkungan sekitar dan komunitas yang lebih besar, mobilitas geografi keluarga,

perkumpulan dan interaksi keluarga dengan masyarakat, serta sistem-sistem pendukung keluarga.

c. Struktur keluarga yang terdiri dari:

1. Pola komunikasi keluarga: data yang harus dikaji adalah observasi seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain, apakah komunikasi dalam keluarga berfungsi atau tidak, seberapa baik setiap anggota keluarga menjadi pendengar, jelas dalam penyampaian, perasaan terhadap komunikasi dan interaksi, apakah keluarga melibatkan emosi atau tidak dalam penyampaian pesan.
2. Struktur kekuatan keluarga: yang perlu dikaji antara lain: siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga, siapa yang mengambil keputusan penting.
3. Anggaran keluarga, pindah kerja, tempat tinggal, mengatur disiplin dan aktivitas anak serta proses dalam pengambilan keputusan dengan concertisus tawar-menawar dan sebagainya.
4. Struktur peran keluarga: data yang dapat dikaji dalam peran formal adalah peran dan posisi formal setiap anggota keluarga tidak ada konflik dalam peran, bagaimana perasaan terhadap perannya. Jika dibutuhkan dapatkan peran berlaku fleksibel. Jika ada masalah dalam peran siapa yang mempengaruhi anggota keluarga, siapa yang

memberikan mereka penilaian tentang pertumbuhan, pengalaman baru, peran dan teknik komunikasi.

5. Peran informal: peran informal dan peran yang tidak jelas apa yang ada di dalam keluarga. Bagaimana anggota keluarga melaksanakan perannya, apakah sudah sesuai posisi keluarga dengan peran yang dilaksanakannya, apabila peran tidak terlaksana tanyakan siapa yang biasanya melaksanakan peran tersebut sebelumnya dan apa pengaruhnya.
6. Nilai dan budaya, data yang dapat dikaji adalah nilai-nilai yang dominan yang dianut oleh keluarga, nilai keluarga seperti siapa yang berperan dalam mencari nafkah, kemauan dan penguasaan lingkungan, orientasi masa depan, kegemaran-kegemaran keluarga, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan komunitas yang lebih luas, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan nilai-nilai sub sistem keluarga, bagaimana pentingnya nilai-nilai terhadap keluarga, apakah keluarga menganut nilai-nilai keluarga secara sadar atau tidak, apakah ada konflik nilai yang menonjol dalam keluarga itu sendiri, bagaimana nilai-nilai mempengaruhi kesehatan keluarga.

d. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif, atau yang dapat dikaji antara lain: pola kebutuhan keluarga dan respon, apakah anggota keluarga merasakan keutuhan individu lain dalam keluarga, apakah orang tua/pasangan mampu menggambarkan kebutuhan persoalan lain dan anggota yang lain, bagaimana sensitifnya anggota keluarga dengan melihat tanda-tanda yang berhubungan dengan perasaan dan kebutuhan orang lain, apakah anggota keluarga mempunyai dipercayainya saling memperhatikan, sejauh orang yang dapat mana anggota keluarga memberikan perhatian satu sama lain, bagaimana mereka saling mendukung, apakah terdapat perasaan akrab dan intim diantara lingkungan hubungan keluarga, sebaik apa hubungan anggota keluarga dengan anggota yang lain, apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan, bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga, apakah sudah sesuai perpisahan yang terjadi di keluarga dengan tahap perkembangan di keluarga.
2. Fungsi sosial, data yang perlu dikaji adalah: bagaimana keluarga membesarkan anak dan keluarga dalam area orang: kontrol perilaku, disiplin, penghargaan, hukuman, otonomi dan ketergantungan, memberi dan menerima

cinta serta latihan perilaku sesuai dengan usia, siapa yang menerima tanggung jawab.

3. Fungsi sosialisasi atau peran membesarkan anak/fungsi anak, apakah fungsi tersebut dipikul bersama, bagaimana cara pengaturannya, bagaimana anak-anak dihargai oleh keluarga kebudayaan yang dianut dalam membesarkan anak, apakah keluarga merupakan resiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak, faktor resiko apa yang memungkinkan, apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak seperti tempat bermain dan istirahat (kamar tidur sendiri).
4. Fungsi reproduksi, data yang perlu dikaji, berapa jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, metode apa yang digunakan keluarga dalam pengendalian jumlah anak.
- e. Stress dan koping keluarga hal yang perlu dikaji, stressor jangka pendek dan jangka panjang, kemampuan keluarga berespon dalam masalah, strategi koping yang digunakan, strategi adaptasi difungsional dan pemeriksaan fisik dilakukan secara headtohead.
- f. Fungsi perawatan kesehatan dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, hal yang perlu dikaji meliputi :
 1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, data yang perlu dikaji, pengetahuan keluarga tentang masalah

kesehatan asam urat yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala dan persepsi keluarga terhadap masalah.

2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah asam urat, hal yang perlu dikaji adalah kemampuan keluarga tentang pengertian, sifat dan luasnya masalah asam urat, apakah masalah dirasakan keluarga. apakah keluarga pasrah terhadap masalah, apakah keluarga akut dan akibat tindakan penyakitnya, apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah ada informasi yang salah terhadap tindakan dalam menghadapi masalah.
3. Untuk mengetahui kemampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan asam urat, data yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit, bagaimana sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, bagaimana pengetahuan keluarga tentang fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, apakah keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada, sikap keluarga terhadap sakit.
4. Kemampuan keluarga untuk memelihara lingkungan rumah yang sehat, hal yang perlu dikaji adalah pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga, bagaimana keluarga melihat keuntungan atau manfaat

pemeliharaan lingkungan, sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya hygiene sanitasi, keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit, bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi, sejauh mana kekompakan keluarga.

5. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan-keuntungan dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan, ada pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan, fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinis mengenai klien atau pasien sebagai keputusan dari masalah kesehatan. Diagnosa keperawatan juga merupakan tahapan kedua dari proses keperawatan yang bertujuan sebagai penentuan mengenai masalah kesehatan klien untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien osteoarthritis menurut PPNI 2017

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
 - a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif

- Mengeluh nyeri

2) Obyektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif

- (tidak tersedia)

2) Obyektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola nafas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

2) Obyektif

- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

2) Obyektif

- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

(D.0111)

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif

- Menanyakan masalah yang dihadapi

2) Obyektif

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif

- Tidak tersedia

2) Obyektif

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)
4. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subyektif
 - Tidak tersedia
 - 2) Obyektif
 - Tidak tersedia
 - b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subyektif
 - Tidak tersedia
 - 2) Obyektif
 - Tidak tersedia
5. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.0116)
- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subyektif
 - Mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan / pengobatan
 - 2) Obyektif
 - Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko
 - Gagal menerapkan program perawatan / pengobatan

- Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

b. Gejala dan tanda minor

1) Subyektif

- Tidak tersedia

2) Obyektif

- Tidak tersedia

C. Rencana keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria : - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat Keluhan nyeri menurun	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (diberikan Hold Relax) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Nyeri menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
			<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria : <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu 	Edukasi kesehatan (1.12383) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik :

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
		topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Perilaku membaik	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
4.	Resiko jatuh	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria :	Edukasi pencegahan jatuh (1.12407) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan kognitif dan fisik yang memungkinkan jatuh - Periksa kesiapan, kemampuan menerima

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat berdiri menurun 	<p>informasi dan persepsi terhadap risiko jatuh</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan jatuh di rumah sakit maupun rumah - Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga - Brikkan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara mengidentifikasi perilaku dan faktor yang berkontribusi terhadap resiko jatuh dan cara mengurangi semua faktor resiko - Jelaskan pentingnya alat bantu jalan untuk mencegah jatuh seperti

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
			tongkat, walker ataupun kruk.
5.	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat - Menerapkan program perawatan meningkat - Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat - Verbalisasi kesulitan dalam 	<p>Dukungan keluarga merencanakan perawatan (1.13477)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan - Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan - Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga - Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada - Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
		menjalani prgram perawatan menurun	

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018)

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Dalam hal ini, untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan dalam tindakan keperawatan dapat beracuan pada luaran keperawatan. Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi,

perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosa keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019). Berikut merupakan tujuan dan kriteria hasil dengan masalah keperawatan pada pasien *post SC* dengan indikasi PEB akan dijelaskan pada tabel di bawah ini.