

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Nyeri**

Nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat subjektif, tidak ada dua orang sekalipun yang mengalami kesamaan rasa nyeri dan tidak ada dua kejadian menyakitkan dan mengakibatkan respon atau perasaan yang sama pada individu (Potter & Perry, 2010).

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi perasaan takut dan mual (Potter, 2012).

##### **2. Fisiologi nyeri**

###### **a. Nosisepsi**

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan dan mengakibatkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi nyeri disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu dan kimiawi. Sedangkan proses fisiologis terkait nyeri disebut nonisepsi. Proses tersebut terdiri atas empat fase, yakni:

- 1) Transduksi. Pada fase transduksi stimulus atau rangsangan yang membahayakan (bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (prostaglandin, bradikinin, histamin, substansi P yang mensensitisasi nosiseptor.
- 2) Transmisi. Fase transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian, pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medula

spinalis. Dua jenis serabut nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C, yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medula spinalis menuju batang otak dan talamus melalui jaras spinotalamikus (spinothalamic tract [STT]). STT merupakan satu sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke talamus. Selanjutnya, pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbik.

- 3) Persepsi. Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan efektif nyeri (McCaffery & Pasero, 2006).
- 4) Mudulasi. Fase ini disebut juga “sistem desenden” pada fase ini, neuron dibatang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medula spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan dibagian dorsal medula spinalis.

#### **b. Makna nyeri**

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga untuk orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang paling negatif, walaupun nyeri juga mempunyai aspek positif. Beberapa makna nyeri diantara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misalnya, infeksi), memerlukan penyembuhan, menyebabkan ketidakmampuan, merupakan akibat dosa, merupakan sesuatu yang ditoleransi. Faktor yang mempengaruhi makna nyeri bagi individu antara lain usia, jenis kelamin,

latar belakang, sosial budaya, lingkungan, pengalaman nyeri sekarang dan masa lalu.

### **3. Persepsi Nyeri**

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa. Bila nyeri cenderung tidak tertahankan, penderita bisa sampai melakukan bunuh diri (Setya Negara, 1978). Persepsi nyeri, tepatnya pada area korteks (fungsi evaluatif kognitif), muncul akibat stimulus yang ditransmisikan menuju jaras spinotalamikus dan talamiko kortikalis. Persepsi nyeri ini sifatnya objektif sangat kompleks, dan dipengaruhi faktor-faktor yang memicu stimulus noniseptor dan transmisi impuls noniseptor, seperti daya reseptif dan interpretasi kortikal. Persepsi nyeri bisa berkurang atau hilang pada periode stress berat atau dalam keadaan emosi. Kerusakan pada ujung dapat memblok nyeri dari sumbernya. Sebagai contoh, penderita luka bakar derajat III tidak akan merasakan nyeri walaupun cederanya sangat hebat karena ujung-ujung sarafnya telah rusak. Individu lansia tidak mampu merasakan kerusakan jaringan yang biasanya menimbulkan nyeri, ini dirasakan oleh orang lebih muda.

### **4. Toleransi terhadap nyeri**

Toleransi terhadap nyeri terakait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan. Meskipun setiap orang memiliki pla penahan nyeri yang relatif stabil, namun tingkat toleransi berbeda tergantung pada situasi yang ada. Toleransi terhadap nyeri tidak dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, kelelahan, atau sedikit perubahan sikap.

## 5. Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah dan cemas, ada pula yang menanggapinya dengan sikap optimis dan penuh toleransi. Sebagian orang merespon nyeri dengan menangis, mengerang, menjerit-jerit, meminta pertolongan, gelisah ditempat tidur, atau berjalan mondar-mandir tak tentu arah untuk mengurangi rasa nyeri. Sedangkan yang lainnya tidur sambil menggemertakkan gigi, mengepalkan tangan atau mengeluarkan banyak keringat ketika mengalami nyeri.

## 6. Etiologi nyeri

Menurut Potter & Perry, 2010, penyebab utama penyakit nyeri sendi masih belum diketahui secara pasti. Biasanya merupakan kombinasi dari faktor genetik, lingkungan, hormonal, dan faktor sistem reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus. Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab nyeri sendi yaitu: mekanisme imunitas, faktor metabolik, faktor genetik, faktor pemicu lingkungan dan faktor usia.

## 7. Patofisiologi nyeri

Untuk lebih mudah memahami proses terjadinya nyeri, dibutuhkan pengetahuan yang baik tentang anatomi fisiologi sistem persyarafan. Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap *transduksi*, dimana hal ini terjadi ketika noniseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi dan lain-lain. Serabut saraf tertentu bereaksi atas stimulus tertentu, sebagaimana juga telah disebutkan dalam klasifikasi reseptor sebelumnya (Sigit Nian Prasetyo, 2010).

## 8. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara

mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori kronis adalah nyeri terminal, syndrome nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

## 9. Jenis-Jenis Nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

- a. Nyeri perifer. Nyeri ini ada tiga macam: (1) nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa; (2) nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium, dan toraks; (3) nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral. Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.
- c. Nyeri psikogenik. Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri. Seringkali nyeri ini muncul karena faktor psikologis, bukan fisiologis.

## 10. Respon terhadap nyeri

Nyeri merupakan campuran dari berbagai respon, baik fisiologis maupun perilaku. Respon ini timbul ketika seseorang terpapar dengan nyeri dan masing-masing individu mempunyai karakteristik yang berbeda dalam merespon nyeri tersebut. Berikut ini penjelasan respon fisiologis dan respon perilaku yang terjadi ketika seseorang terpapar dengan ketidaknyamanan atau nyeri.

- a. Respon fisiologis terhadap nyeri

Perubahan atau respon fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan laporan verbal pasien (Smeltzer, S.C & Barre B.G, 2002) mengungkapkan bahwa respon fisiologis harus digunakan

sebagai pengganti untuk laporan verbal dari nyeri pada pasien tidak sadar dan jangan digunakan untuk memvalidasi laporan verbal individu.

b. Respon perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam, meskipun respon perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respon perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri kecuali dalam situasi yang tidak lazim dimana pengukuran tidak memungkinkan (misalnya, orang tersebut menderita retardasi mental yang berat atau tidak sadar).

## **11. Faktor yang mempengaruhi nyeri**

a. Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor paling utama yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadidibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

e. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan atau mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

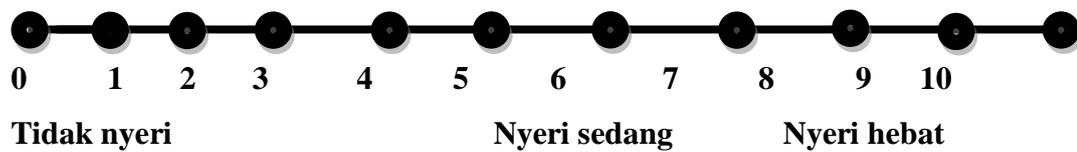
## 12. Pengukuran skala nyeri

Ada 3 metode penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut:

a. Skala numerik

Skala penilaian numerik (Numerical rating scale, NRS), klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

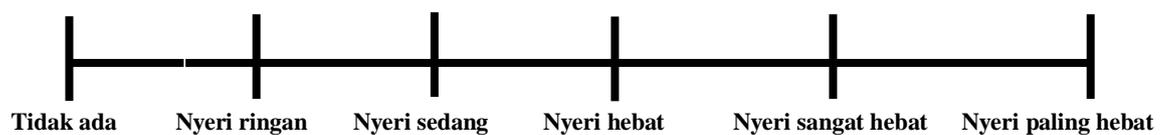
(Andarmoyo, 2013).



**Gambar 2.1 Skala Penilaian Numerik (Numerical rating scale, NRS)**  
(Sumber: Potter & Perry, 2006 dikutip dari andarmoyo, 2013)

b. Skala Deskriptif

Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi ini diranking “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakan (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

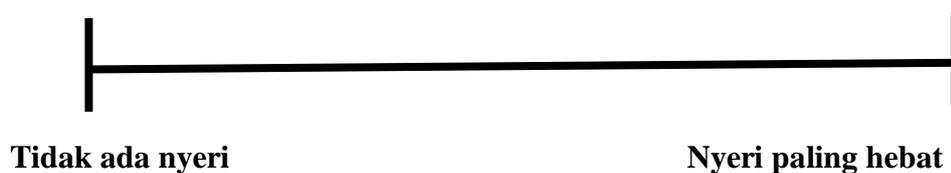


**Gambar 2.2 Skala Pendeskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS)**  
(Sumber: Potter & Perry, 2006 dikutip dari Andarmoyo, 2013)

c. Skala Analog Visual

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien

diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002 dalam Andarmoyo, 2013).



**Gambar: 2.3 Skala analog visual (Visual analog scale, VAS)**  
(Sumber: Potter & Perry, 2006 dikutip dari Andarmoyo, 2013)

d. Skala faces

Wong dan Baker (1988) dalam Andarmoyo (2013) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (“tidak terasa nyeri”) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (“nyeri yang sangat”). Anak-anak berusia tiga tahun dapat menggunakan skala tersebut. Para peneliti mulai meneliti penggunaan skala wajah ini pada orang-orang dewasa. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya (Andarmoyo, 2013).



**Gambar 2.4 Skala wajah (Wong dan Baker)**

### **13. Teori Gate Control**

Banyak teori yang menjelaskan fisiologi nyeri, namun yang paling sederhana adalah teori Gate Control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall (1965). Dalam teorinya, kedua orang ahli ini menjelaskan bahwa substansi gelatinosa (SG) pada medula spinalis bekerja layaknya pintu gerbang yang memungkinkan atau menghalangi masuknya impuls nyeri menuju otak. Pada mekanisme nyeri, stimulus nyeri ditransmisikan melalui serabut saraf berdiameter kecil melewati gerbang akan tetapi, tersebut saraf berdiameter besar yang juga melewati gerbang tersebut dapat menghambat transmisi impuls nyeri dengan cara menutup gerbang itu. impuls yang berkonduksi pada serabut berdiameter besar bukan sekedar menutup gerbang, tetapi merambat langsung ke korteks agar dapat diidentifikasi dengan cepat (Long, 1996). Dalam uji coba yang dilakukan pada 8 orang, Melzack dan Wall memakai listrik berkekuatan 0,1 m-sec.100cps guna merangsang saraf spinalis perifer sehingga menimbulkan rasa nyeri seperti terbakar.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Wahit Iqbal, Lilis indrawati, Joko Susanto (2015) mengatakan pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk pengumpulan data atau informasi, analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan klien, kekuatan serta memutuskan diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga tahap yaitu pengumpulan, pengelempokan, dan pengorganisasian serta menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan.

Adapun beberapa hal perlu dikaji adalah sebagai berikut:

a. Identitas umum

Yang perlu diketahui disini meliputi: nama, alamat, umur, jenis kelamin, agama/suku, warga negara, bahasa yang digunakan, penanggung jawab/orang yang bisa dihubungi (nama, alamat, hubungan dengan klien), cara masuk, alasan masuk, tanggal masuk, diagnosa medis, dan lain sebagainya.

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek antar lain:

- 1) Lokasi. Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Cara ini sangat bermanfaat, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari sumber nyeri.
- 2) Intensitas nyeri. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.  
menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri “terhebat” yang dirasakan klien.
- 3) Kualitas nyeri. Terkadang nyeri bisa terjadi seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk” perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

- 4) Pola. Pola nyeri meliputi waktu, awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.
- 5) Faktor presipitasi. Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), stresor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.
- 6) Gejala yang menyertai. Gejala ini meliputi, mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.
- 7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari. Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat.  
memahami persepektif klien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, hubungan.  
interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas dirumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.
- 8) Sumber kopping. Setiap individu memiliki strategi kopping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.
- 9) Respons afektif. Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut lelah, depresi.

Contoh : Tabel 2.1 Pengkajian Nyeri:

	Mnemonik untuk pengkajian nyeri
P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	<i>Severity</i> atau keganasan yaitu intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berakaitan dengan kesehatan. (SDKI PPNI, 2016).

Kemungkinan masalah keperawatan yang akan muncul pada penyakit Rheumatoid Arthritis adalah:

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri kronis.
- b. Gangguan rasa nyaman nyeri akut.

## 3. Rencana keperawatan

Intervensi adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Nyeri Kronis menurut (SIKI 2018)

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	Gangguan rasa nyaman nyeri (kronis)	Observasi 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	1. aromaterapi. 2. dukungan hipnotis diri. 3. dukungan pengungkapan

		<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2. identifikasi skala nyeri.</p> <p>3. identifikasi respons nyeri nonferbal.</p> <p>4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>5. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>7. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>9. monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, nafas dalam, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</p> <p>2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pncahayaan, kebisingan).</p> <p>3. fasilitasi istirahat tidur.</p>	<p>kebutuhan.</p> <p>4. dukungan meditasi.</p> <p>5. edukasi aktivitas/istirahat.</p> <p>6. edukasi efek samping obat.</p> <p>7. edukasi kemoterapi.</p> <p>8. edukasi kesehatan.</p> <p>9. edukasi manajemen stress.</p> <p>10. edukasi manajemen nyeri.</p> <p>11. edukasi perawatan stoma.</p> <p>12. edukasi proses penyakit.</p> <p>13. edukasi teknik nafas.</p> <p>14. kompres dingin.</p> <p>15. kompres panas.</p> <p>16. konsultasi.</p> <p>17. latihan pernafasan.</p> <p>18. latihan rehabilitasi.</p> <p>19. manajemen efek samping obat.</p> <p>20. manajemen kenyamanan lingkungan.</p> <p>21. manajemen mood.</p> <p>22. manajemen terapi radiasi.</p> <p>23. pemantauan nyeri.</p> <p>24. pemberian analgesik.</p> <p>25. pemberian obat.</p> <p>26. pemberian obat intravena.</p> <p>27. pemberian obat oral.</p> <p>28. pemberian obat topikal.</p> <p>29. pengaturan posisi.</p> <p>30. perawatan amputasi.</p> <p>31. promosi koping.</p> <p>32. teknik distraksi.</p> <p>33. teknik imajinasi terbimbing.</p> <p>34. terapi akupresur.</p> <p>35. terapi akupuntur.</p> <p>36. terapi bantuan hewan.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>2. jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li>3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> <li>5. anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</li> </ol>	<p>37. terapi humor.</p> <p>38. terapi <i>murattal</i>.</p> <p>39. terapi musik.</p> <p>40. terapi pemijatan.</p> <p>41. terapi sentuhan.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : (SIKI, 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah, dari petugas kesehatan ini. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan tujuan spesifik. Implementasi dilakukan pada klien dengan Rheumatoid Arthritis adalah dengan tindakan sesuai intervensi yang telah dilakukan sebelumnya.

Dalam tindakan ini diperlukan kerja sama antara perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan, tim kesehatan, klien dan keluarga agar asuhan keperawatan yang diberikan mampu berkesinambungan sehingga klien dan keluarga dapat menjadi mandiri.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan menurut Kozier (2010) adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang diharapkan adalah sebagai berikut:

- a. Tidak mengeluh nyeri.
- b. Tidak bersikap protektif.
- c. Melaporkan nyeri terkontrol.
- d. Kemampuan mengenali nyeri meningkat.
- e. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat.
- f. Ketegangan otot menurun.
- g. Perasaan takut mengalami cedera tulang menurun.
- h. Keluhan nyeri menurun.

(Standar Luaran Keperawatan Indonesia/SLKI, 2019)

## **B. Tinjauan Konsep Penyakit**

### **1. Pengertian Rheumatoid Arthritis**

Rheumatoid Arthritis adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliarthritis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien rheumatoid arthritis terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresifitasnya pasien dapat pula menunjukkan gejala konstitusional berupa kelemahan umum, cepat lelah, atau gangguan nonarkutikulan lain. (Aspiani, 2014)

## **2. Tanda dan gejala**

- a. Kekakuan pada pagi hari dipersendian dan sekitarnya, selama 1 jam sebelum perbaikan maksimal.
- b. Rasa nyeri dan pembengkakan pada persendia sekurang-kurangnya tiga sendi secara bersamaan.
- c. Pembengkakan pada kedua belah sendi yang sama.
- d. Benjolan dibawah kulit pada penonjolan tulang.
- e. Pada pemeriksaan radiologis pada pergelangan tangan yang lurus menunjukkan adanya erosi yang berakolasi pada sendi atau daerah yang berdekatan dengan sendi.

## **3. Faktor penyebab Rheumatoid Arthritis**

Penyebab Rheumatoid Arthritis belum di ketahui secara pasti walaupun banyak hal yang mengenai patogenesis nya telah terungkap. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini. Kecenderungan wanita untuk menderita Rheumatoid Arthritis dan sering di jumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh terhadap penyakit ini. Walaupun demikian pembedaan hormon ekstrogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagai mana yang di harapkan, sehingga kini belum berhasil bahwa faktor hormonal memang penyebab penyakit ini.

Sejak tahun 1930, infeksi telah diduga merupakan penyebab Rheumatoid Arthritis. Dugaan faktor infeksi timbul karena umumnya onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul dengan di sertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun sampai kini belum berhasil di lakukan isolasi suatu organisme dan jaringan sinovial, hal ini tidak menyingkirkan kemungkinan terdapat bahwa suatu komponen peptidoglikan atau endotoksin mikroorganisme yang mencetuskan terjadinya Rheumatoid Arthritis. Agen infeksius yang diduga merupakan

penyebab Rheumatoid Arthritis antara lain bakteri, mikroplasma atau virus.

Hipotesis terbaru tentang penyebab penyakit ini adalah adanya faktor genetik yang akan menjurus pada penyakit setelah terjangkit beberapa penyakit virus, seperti infeksi virus epstein-bar. *Heat Shock Protein* dan sel T pada pasien Rheumatoid Arthritis namun mekanisme hubungan ini belum di ketahui dengan jelas.

#### **4. Patofisiologi**

Menurut Corwin (2009), Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit autoimun yang terjadi pada individu rentan setelah respon imun terhadap agen pemicu yang tidak diketahui. Agen pemicunya adalah bakteri, mikroplasma, atau virus yang menginfeksi sendi atau mirip sendi secara antigenik. Biasanya respon antibodi awal terhadap mikroorganisme diperantai oleh IgG. Walaupun respon ini berhasil menghancurkan mikroorganisme, individu yang mengalami *Arthritis Rheumatoid* mulai membentuk antibodi lain, biasanya IgM atau IgG. Antibodi yang ditujukan kekomponen tubuh sendiri ini disebut faktor Rheumatoid (FR). FR menetap dikapsul sendi sehingga menyebabkan inflamasi kronis dan kerusakan jaringan. *Arthritis Rheumatoid* diperkirakan terjadi karena predisposisi genetik terhadap penyakit autoimun dan menyebabkan siklus inflamasi dan kerusakan sendi.

#### **5. Penatalaksanaan**

Tujuan utama dalam penatalaksanaan rematik adalah untuk mengurangi nyeri, memperbaiki mobilitas, dan meminimalkan disabilitas. Pada penderita dengan rematik ringan, proteksi sendi dan pengambilan analgesik sekali-kali menjadi cukup, tetapi untuk klien dengan rematik berat, gabungan terapi non-farmakologi dan suplemen analgesik dan atau obat anti inflamasi non-steroid (NSAIDs) adalah lebih sesuai. Walau bagaimanapun, terapi non-farmakologis merupakan

penatalaksanaan yang paling penting malah lebih penting dari terapi dengan obat-obatan.

Non-farmakologi

a. Kompres hangat

Kompres hangat merupakan terapi yang dapat menghilangkan kekakuan pada pagi hari akibat rematik. Penggunaan terapi panas permukaan pada tubuh kita dapat memperbaiki fleksibilitas tendon dan ligamen, mengurangi spasme otot, meredakan nyeri, meningkatkan aliran darah, dan meningkatkan metabolisme. Mekanismenya dalam mengurangi nyeri tidak diketahui dengan pasti, walaupun para peneliti yakin bahwa panas tersebut dapat menonaktifkan serabut saraf yang menyebabkan spasme otot dan panas tersebut dapat menyebabkan pelepasan endorfin, opium, yang sangat kuat, seperti bahan kimia yang memblokir transmisi nyeri. Secara umum meningkatkan aliran darah dapat pada bagian tubuh yang dihangatkan karena panas cenderung mengendurkan dinding pembuluh darah panas merupakan yang terbaik untuk meningkatkan fleksibilitas (Anderson, 2007).

Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri. Panas yang lembab dapat menghilangkan kekakuan pada pagi hari akibat arthritis (Ceccio, 1990 dalam Potter, Perry, 2001), Menurut Smelzer (2001), kompres panas dapat membantu untuk meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot. Panas superfisial dapat diberikan dalam bentuk kompres basah hangat. Manfaat maksimal dapat dicapai dalam waktu 20 menit.

b. Kompres dingin

Kompres dingin dapat menghilangkan nyeri dan dapat meningkatkan proses penyembuhan.

c. Distraksi

Distraksi mengalihkan perhatian ke hal yang lain dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

d. Relaksasi

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri.

e. Bimbingan diantisipasi

Memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri menghilangkan nyeri dan menambah efek tindakan untuk menghilangkan nyeri yang lain. sebagai contoh bimbingan antisipasi ialah penyuluhan praoperasi.

f. Hipnotis diri

Hipnotis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Hipnotis diri sama dengan melamun, Konsentrasi yang intensif mengurangi ketakutan dan stress karena individu berkonsentrasi hanya pada suatu pikiran.

### Farmakologi

a. Asetilsalisilat (Aspirin)

Kerja anti-inflamasi, analgesic, dan antipiretik digunakan dalam fase awal penyakit pemberian dengan dosis anti-inflamasi akan menghasilkan kadar salisilat 20-30 mg/dl di dalam darah. pemberian bersama makanan untuk mencegah iritasi lambung.

b. NSAIDs (*Nonsteroid Anti-inflammatory Drugs*)

Ibuprofen, naproksen, flurbiprofen, sulindac, kerja anti inflamasi, analgesik, antipiretik, semua NSAID berkhasiat untuk pengobatan jangka pendek serangan akut. NSAID digunakan sebagai preparat alternatif pengganti salisilat untuk terapi pada beberapa jenis penyakit rematik. Pada pemberian jangka panjang terdapat reaksi yang merugikan pada traktus gastrointestinal, SSP, sistem kardiovaskuler, renal, kulit.

c. Kortikosteroid

Penggunaan kortikosteroid dalam waktu yang lama dapat menimbulkan berbagai akibat yang merugikan seperti kemungkinan efek toksik pada pemberian dengan dosis terlalu tinggi serta jangka panjang dapat menimbulkan : osteoporosis, ulkus lambung, problem psikiatri, kerentanan terhadap infeksi, hiperglikemi, hipertensi.

## C. Tinjauan Konsep Dasar Lansia

### 1. Pengertian Lansia

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti bukan kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proposional (Nasrullah, 2016).

### 2. Batasan-Batasan Lanjut Usia

1. Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia meliputi:
  - a. Usia pertengahan (*middle age*), adalah kelompok usia (45-59 tahun).
  - b. Lanjut usia(*eldery*) antara (60-74 tahun).
  - c. Lanjut usia(*old*) antara (75dan 90 tahun).
  - d. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.
2. Menurut maryam (2008), mengklisifikasikan lansia antara lain:
  - a. Pralansia (prasenilis)  
Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
  - b. Lansia  
Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
  - c. Lansia risiko tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun/lebih seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2013).

d. Lansia potensial

Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa (Depkes RI, 2013).

e. Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2013).

3. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia di kelompokkan menjadi usia lanjut (60-90 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatannya).

### 3. Ciri-Ciri Lansia

Lanjut usia mempunyai ciri-ciri yaitu memiliki beberapa penyakit kroni/menahun, gejala penyakitnya tidak khas, fungsi organ yang menurun, tingkat kemandirian berkurang, sering disertai masalah nutrisi, kerena alasan tersebut pasien geriatri berbeda dengan pasien yang lain (Ditjen Yankes, Kemkes RI, Safitri Nedya, 2018).

Menurut Huclock (1980) terdapat ciri-ciri orang lanjut usia:

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Sebagai pemicu terjadinya kemunduran pada lansia adalah faktor fisik dan faktor psikologis. Dampak dari kondisi ini mempengaruhi psikologis lansia. Sehingga, setiap lansia membutuhkan motivasi. Motivasi berperan penting dalam kemunduran lansia. Mereka akan mengalami kemunduran semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi.

2. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Pandangan-pandangan negatif akan lansia dalam masyarakat sosial secara tidak langsung berdampak pada terbentuknya status kelompok minoritas pada mereka.

### 3. Menua membutuhkan perubahan peran

Kemunduran yang terjadi pada lansia berdampak pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial ataupun keluarga. Perubahan peran sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

### 4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perilaku lansia terbentuk karena perlakuan buruk yang mereka terima. Perlakuan buruk tersebut secara tidak langsung cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk.

## 4. Perubahan Fisik dan Fungsi Akibat Proses Menua

### a. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia, jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi batangan yang tidak teratur. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian rentan terhadap gesekan.

- 1) Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- 2) Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi.
- 3) Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- 4) Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus.
- 5) Kifosis.
- 6) Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- 7) Gangguan gaya berjalan.
- 8) Kekakuan jaringan penghubung.

- 9) Diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- 10) Persendian membesar dan menjadi kaku.
- 11) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- 12) Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami).
- 13) Komposisi otot berubah sepanjang waktu (myofibril di- gantikan oleh lemak, kolagen dan jaringan parut).
- 14) Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.
- 15) Otot polos tidak begitu berpengaruh.

## **5. Perubahan Mental**

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat. Mengharapkan tetap diberi peran dalam masyarakat. Ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa. Jika meninggal pun mereka ingin meninggal secara terhormat dan masuk surga.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- a. Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- b. Kesehatan umum.
- c. Tingkat pendidikan.
- d. Keturunan (hereditas).
- e. Lingkungan.

Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi. Lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain, misalnya penyakit.