

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Rheumatoid Arthritis**

##### **1. Pengertian**

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit inflamasi sistemik kronis yang tidak diketahui penyebabnya. Karakteristik arthritis eumatoid adalah terjadinya kerusakan dan poliferasi pada memberan synovial, yang menyebabkan kerusakan tulang sendi, ankilosis, dan deformitas. Mekanisme imunologis berperan penting dalam memulai timbulnya penyakit ini. Pendapat lain mengatakan, arthritis rheumatoid adalah gangguan kronik yang menyerang berbagai system organ. Penyakit ini adalah salah satu dari sekelompok penyakit jaringan penyambung difus yang diperantarai imunitas. .(Lukman & Nurna, Ningsih. 2013: 216)

Rheumatoid Arthritis (RA) merupakan penyakit inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cendrung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat secara simetris. (Nurarif, Amin Huda & Hardhi, Kusuma. (2013: 499)

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit paling sering dari penyakit radang sendi kronis. Penyakit ini juga lebih banyak diderita oleh perempuan, yang sering kali ditemukan pada dekade 40-50 tahunan. (Asikin,dkk. 2016: 3)

## 2. Etiologi

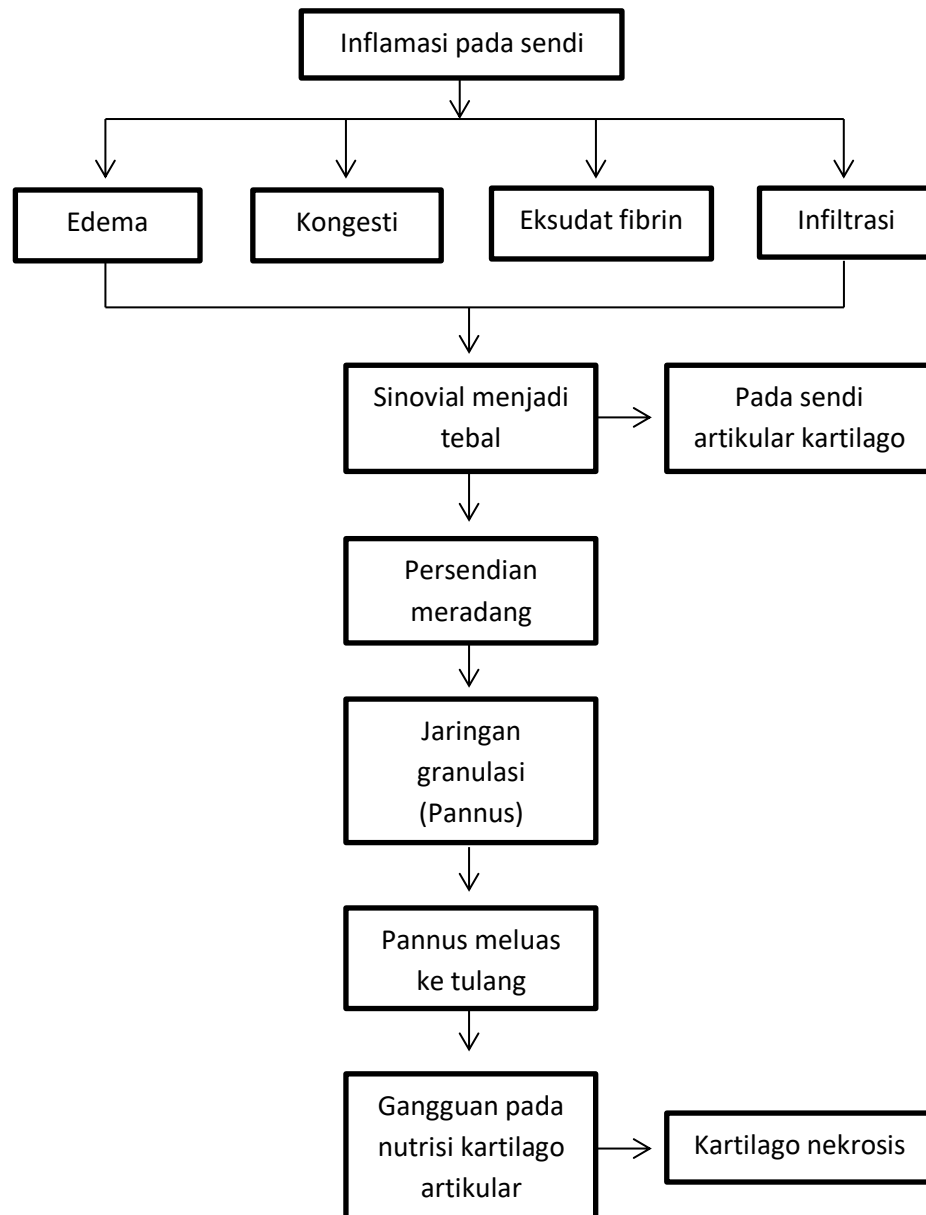
Penyebab Rheumatoid Arthritis yaitu

- a. Faktor kerentanan genetic (HLA-DR4)
- b. Reaksi imunologi (antigen asing yang berfokus pada jaringan sinovial)
- c. Reaksi inflamasi pada sendi dan tendon
- d. Faktor rheumatoid dalam darah dan jaringan synovial
- e. Proses inflamasi yang berkepanjangan
- f. Kerusakan kartilago articular (Asikin, dkk. 2013:36)

## 3. Patofisiologi

Pada awalnya, proses inflamasi akan membuat sendi synovial menjadi edema, kongesti vascular dengan pembentukan pembuluh darah baru, eksudat fibrin, dan infiltrasi selular. Peradangan yang berkelanjutan akan membuat synovial menjadi tebal, terutama pada kartilago. Persendian yang meradang akan membentuk jaringan granulasi yang disebut dengan pannus. Pannus akan meluas sehingga masuk ke tulang subkondrial. Jaringan granulasi akan menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago. Ini membuat kartilago menjadi nekrosis. (Asikin, dkk. 2014: 37).

Gambar 1.2 Patofisiologia Rheumatoid Arthritis



Sumber : Asikin, dkk. 2014: 37

#### 4. Tanda dan gejala

Ada beberapa manifestasi klinis yang lazim ditemukan pada klien rheumatoid arthritis. Manifestasi ini tidak harus timbul sekaligus

pada saat yang bersamaan. Oleh karenanya penyakit ini memiliki manifestasi klinis yang sangat bervariasi. (Lukman & Nurna, Ningsih. 2013:218) dan (Asikin, dkk. 2013:13)

- a. Nyeri persendian disertai kaku trauma pada pagi hari dan gerakan terbatas, kekakuan berlangsung selama kurang lebih 30 menit dan dapat berlanjut sampai berjam-jam dalam sehari
- b. Perlahan-lahan bagian yang terkena akan membengkak, panas, merah, dan lemah
- c. Pembengkakan sendi yang meluas dan simetris
- d. Paling sering mengenai sendi kecil pada tangan, kaki, dan pergelangan tangan, meskipun sendi yang lebih besar juga sering kali terkena
- e. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan dapat dilihat pada foto rotgen
- f. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anorexia, berat badan menurun dan demam. Terkadang dapat terjadi kelelahan yang hebat

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada rheumatoid arthritis (Asikin, dkk. 2013:40).

- a. Pemeriksaan laboratorium
  - 1) Laju endap darah meningkat
  - 2) Protein C-reaktif meningkat
  - 3) Terjadi anemia dan leukositosis
  - 4) Tes serologi factor rheumatoid arthritis positif (80% penderita)

b. Pemeriksaan radiologi

- 1). Ciri sinovatis : pembengkakan jaringan lunak dan osteoporosis peri-artikular
- 2). Gambaran lanjutan : penyempitan ruang artikular dan erosi tulang marginal hingga kerusakan articular, serta deformitas sendi

c. Aspirasi cairan synovial

Cairan synovial menunjukkan adanya proses inflamasi (jumlah sel darah putih  $>2000/\mu\text{L}$ ). pemeriksaan cairan sendi meliputi pewarnaan gram, pemeriksaan jumlah sel darah, kultur & gambaran mikroskopis

6. Penatalaksanaan medis

Ada beberapa penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan, antara lain (Lukman & Nurna, Ningsih, 2013:222), (Asikin, dkk. 2013:41).

a. Pengobatan Nonfarmakologi

- 1). Istirahatkan sendi yang sakit, hindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit
- 2). Latihan fisik
- 3). Nutrisi: pola makan untuk penurunan berat badan yang berlebih
- 4). Dukungan psikologis
- 5). Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit
- 6). Lingkungan yang aman untuk melindungi klien dari cedera
- 7). Kompres dengan es kaki yang bengkak dan kompres air hangat saat sendi nyeri
- 8). Berikan kompres jahe pada sendi untuk mengurangi nyeri
- 9). Mandi dengan air hangat untuk mengurangi nyeri

b. Pengobatan farmakologi

- 1). Obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS)
- 2). Disease-modifying antireumatic drug (DMARD)
- 3). Kortikosteroid
- 4). Terapi Biologi

7. Komplikasi

Kelainan sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat perubahan perjalanan penyakit disease modifying antirheumatoid drugs (DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada arthritis rheumatoid.

Komplikasi saraf yang terjadi tidak memberikan gambaran jelas, sukar dibedakan antara akibat lesi artikular dan lesi neuropatik. Umumnya berhubungan dengan mielopati akibat ketidakstabilan vertebra servikal dan neuropati iskemik akibat vaskulitis. (Mansjoer, Arif. dkk.. 2001: 537)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Pengertian KDM

Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia

menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Perry, 1997) dalam Hidayati, A & Musrifatul, Uliyah, 2014:4).

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow :

Gambar 2.2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



Sumber : Hidayati, A. Aziz Alimul & Musrifatul, Uliyah. 2014

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman) nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis

- 1). Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya
  - 2). Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan berinteraksi dengan orang lain
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial
  - d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain
  - e. Kebutuhan aktualisasi diri ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hirarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Pada kasus rheumatoid arthritis kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan seperti: istirahat, tidur dan aktivitas. Sedangkan pada kebutuhan rasa aman dan perlindungan, terganggu pada perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut berupa penyakit klien yaitu nyeri kronis.

## 2. Kebutuhan rasa aman nyaman terganggu adalah bebas dari rasa nyeri.

### a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yg dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Long, 1996). Dalam (Mubarak & Nurul, C. 2008: 204).

### a. Jenis Nyeri

*Internasional Associaton For the Study of Pain* (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Di antara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis. (Roshdal, Caroline Bunker & Mary, Y. Kowalski. 2017: 882)

#### 1). Nyeri akut

Biasanya merupakan sensai yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respon terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali), tidak konstan. Nyeri akut berasal dari cara normal sistem saraf memproses trauma pada kulit, otot, dan organ viseral. Istilah lain untuk nyeri akut adalah nyeri nosiseptif. Setelah penyebab mendasar diidentifikasi dan diterapi secara sukses, nyeri akut menghilang

## 2). Nyeri alih

Adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan di bagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat dirersepsikan di kulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain

## 3). Nyeri kanker

Adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap *intractable* (tidak dapat diatasi) dan kronis. Keperawatan *hospice* sering kali dilibatkan dalam penatalaksanaan nyeri kanker

## 4). Nyeri kronis

Juga disebut nyeri neuropatik didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Sering kali, nyeri kronis mengganggu fungsi normal seseorang. Penyebab nyeri kronis sering kali tidak diketahui. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kelelahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori. Sindrom nyeri neuropati sangat sulit dihadapi, nyeri kronis sering kali berlangsung lebih lama dari perkiraan periode pemulihan normal untuk nyeri akut. Individu yang mengalami nyeri neuropati biasanya melaporkan rasa terbakar, sensasi kesemutan dan nyeri tertembak yang konstan. Penyebab jenis nyeri ini mungkin

dapat diketahui, seperti tumor invasif yang tidak dapat dioperasi, atau mungkin tidak diketahui. Efek nyeri kronis dapat mengganggu gaya hidup dan tampilan seseorang, terutama jika penyebab nyeri tidak diketahui

#### b. Skala nyeri

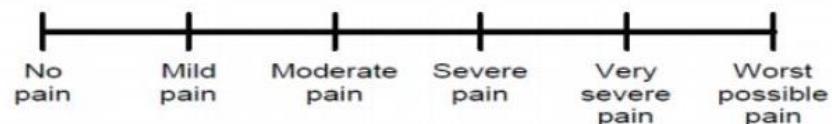
Joint Commission mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu klien menentukan tingkat nyeri mereka. Ada beberapa macam jenis skala nyeri yang dapat digunakan diantaranya.

Skala peringkat seperti skala intensitas nyeri atau skala Distres nyeri biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan), atau untuk memilih lokasi pada skala linear (skala analog visual-visual analog scale, VAS). (Lihat Gambar. 3.2, 4.2, 5.2). Individu harus memahami makna dibalik setiap angka. Seorang anak harus cukup usia untuk memahami konsep "lebih dari" & "kurang dari" untuk menggunakan skala ini.

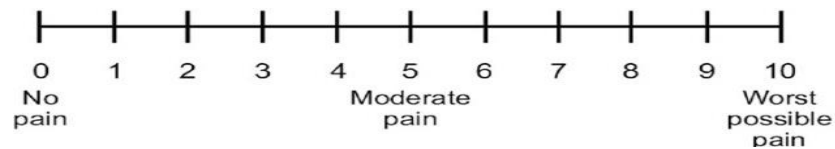
Skala Wajah Nyeri Wong-Baker (Skala Gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah bisa berbicara (berbahasa verbal) antara usia 3-7 tahun. Namun, skala ini juga dapat digunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan mengekspresikan diri mereka

sendiri orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan di fasilitas (Gambar. 6.2). Klien diminta untuk memilih wajah yang paling mendeskripsikan bagaimana perasaannya karena rasa sakit yang dialami. Penjelasan yang diberikan kepada klien menyatakan bahwa wajah disisi kiri bahagia karena ia tidak mengalami nyeri dan wajah di sisi kanan mengalami nyeri hebat semaksimal yang dapat anda bayangkan, meskipun anda tidak harus menangis untuk merasakannyeri yang sangat buruk ini. Direkomendasikan agar salah satu dari skala peringkat lain digunakan untuk anak usia 7 tahun dan untuk sebagian besar orang dewasa. (Roshdal, Caroline Bunker & Mary, Y. K, 2017: 885).

Gambar 3.2  
Skala Distres Nyeri Deskriptif Sederhana

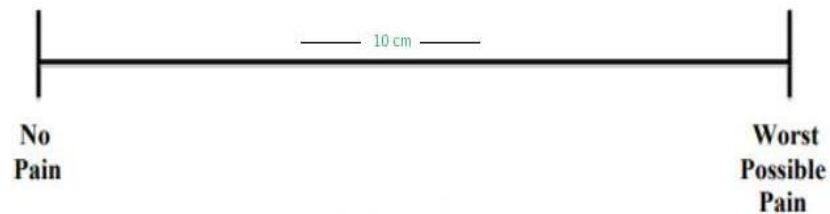


Gambar 4.2  
Numeric Rating Scale (NRS) Angka 0-10



- Angka 0 artinya tidak nyeri
- Angka 1-3 nyeri ringan
- Angka 4-6 nyeri sedang
- Angka 7-10 nyeri berat

Gambar 5.2  
Skala Analog Visual (VAS)



Gambar 6.2  
Skala Wajah Nyeri Wong-Baker



### 3. Kegunaan kompres jahe untuk mengatasi nyeri rheumatoid arthritis

Kompres jahe hangat dapat menurunkan nyeri arthritis rheumatoid. Kompres jahe merupakan pengobatan tradisional atau terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri rheumatoid arthritis. Dimana jahe terdapat kandungan seperti *ginggrol*, *shogaol*, dan *zingerone* yang dapat memberikan efek farmakologis seperti antioksidan, anti inflamasi, analgesik, dan antikarsinogenik, sehingga dapat mengobati rheumatoid arthritis, asma, stroke, mual, demam dan infeksi. (Hernani & Winarti, 2010) dalam Maria, D. (2019).

Sesuai dengan hasil penelitian bahwa terdapat penurunan intensitas nyeri pada arthritis rheumatoid yang ditunjukkan dengan adanya penurunan skor intensitas nyeri setelah dilakukan intervensi kompres jahe

hangat. Penurunan intensitas nyeri setelah intervensi kompres jahe hangat berkisar pada penurunan 1-2 tingkat dari intensitas nyeri sebelumnya. Dimna sebelum digunakan intervensi kompres jaje hangat sekala nyeri berkisar 5-6 (nyeri sedang) dan setelah dilakukan intervensi kompres jahe hangat terdapat penurunan intensitas nyeri, dua responden dengan skala nyeri 1-2 (nyeri ringan), dan satu responden yang sudah tidak mengalami nyeri. Hasil evaluasi subjektif dari responden penelitian, bahwa setelah dilakukan intervensi kompres jahe hangat, responden merasa rileks, tidur lebih lelap, nyeri dan bengkak berkurang, persendian tidak kaku dan lebih ringan dalam pergerakan sendi. Hal ini karena didalam jahe terdapat enzim siklo-oksigenasi yang dapat melancarkan sirkulasi darah, memberikan rasa hangat dan menimbulkan rileks sehingga dapat mengurangi nyeri. Maria, D. (2019).

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Rheumatoid Arthritis

#### 1. Pengkajian

Menurut (Lukman & Ningsih 2013:223), pengkajian terdiri atas

##### a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, alamat, alamat, penanggung jawab. Data dasar pengkajian pasien tergantung pada keparahan dan keterlibatan organ lainnya (misalnya mata, jantung, paru-paru, ginjal).

##### b. Riwayat kesehatan

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan, kaki atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa periode sebelum pasien mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi

c. Pemeriksaan fisik

- 1). Inspeksi dan palpasi persendian untum masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, elastisitas kulit, dan ada tidaknya pembengkakan
- 2). Lakukan pengukuran passive range of motion pada sendi-sendi sinovial: catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakan, lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral
  - a). Catat bila ada atrofi
  - b). Ukur kekuatan otot
  - c). Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya
  - d). Kaji aktivitas dan kegiatan sehari-hari

d. Riwayat psikososial

Pasien rheumatoid arthritis mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pada pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena ia merasakan adanya kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah

e. Aktivitas/Istirahat

- Gejala: Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas

istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan yang hebat

- Tanda: Malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktur/kelainan pada sendi dan otot

f. Kardiovaskuler

- Gejala: Fenomena Raynaud jari tangan/kaki, misal pucat intermitten, sianotik, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal

g. Integritas Ego

- Gejala: Faktor-faktor stres akut/kronis, misal finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan sosial, keputusan dan ketidakberdayaan. Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas diri misal ketergantungan pada orang lain, dan perubahan bentuk anggota tubuh

h. Makanan/Cairan

- Gejala: Ketidakmampuan untuk menghasilkan/mengonsumsi makanan/cairan adekuat; mual, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah
- Tanda: Penurunan berat badan, dan memberan mukosa kering

i. Higiene

- Gejala: Kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain

j. Neurosensori

- Gejala: Kebas/kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan
- Tanda : Pembengkakan sendi simetris

k. Nyeri/Ketidaknyamanan

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

l. Keamanan

- Gejala: Kulit mengkilat, tegang, nodus subkutaneus. Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap, kekeringan pada mata, dan memberan mukosa

m. Interaksi sosial

- Gejala: Kerusakan interaksi dengan keluarga/orang lain, perubahan peran, isolasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat ditemukan pada klien rheumatoid arthritis (Lukman & Nungsih, 2013:225) , (SDKI, SIKI, SLKI) adalah sebagai berikut:

- 1). Nyeri Kronis b.d proses inflamasi, destruksi sendi, kondisi muskuloselektal kronis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, pola tidur berubah

- 2). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas selektal, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan eksremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, sendi kaku
- 3). Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan otot
- 4). Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (penyakit yang dialami) ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, istirahat tidak cukup.

.

### 3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2  
Rencana Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan                                                                                                                       | SLKI                                                                                                                                                                                                                                               | SIKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 2                                                                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1. | Nyeri Kronis b.d proses inflamasi, destruksi sendi, kondisi muskuloselektal kronis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, pola tidur berubah | Kontrol nyeri (L.08063:58)<br>Kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengenali kapan nyeri terjadi</li> <li>2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri</li> <li>3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis</li> </ol> | Manajemen nyeri (I.08238:201<br>Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> Tarapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/dingin)</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> |

| 1  | 2                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas selektal, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi d.d mengeluh sulit menggerakkan eksremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, sendi kaku | <p>Mobilitas fisik (L.05042:65)</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan eksremitas</li> <li>2. Kekuatan otot</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> <li>4. Kaku sendi</li> <li>5. Gerakan terbatas</li> <li>6. Kelemahan fisik</li> </ol> | <p>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis Dukungan mobilisasi (I.05173:30)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p>Tarapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol> |

| <b>1</b> | <b>2</b>                         | <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.       | Resiko cedera b.d kelemahan otot | <p>Tingkat jatuh (L.14138:140)</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak jatuh saat berdiri</li> <li>2. Tidak jatuh saat duduk dan berpindah</li> <li>3. Tidak jatuh saat berjalan</li> <li>4. Keselamatan fisik klien terjaga</li> </ol> | <p>Pencegahan jatuh (I.14540:279)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan neuropati</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>2. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan</li> </ol> |

| 1  | 2                                                                                                                                                                                    | 3                                                                                                                                                                                                                                    | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (penyakit yang dialami) ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, istirahat tidak cukup | Pola tidur (L.05045:98)<br>Kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur</li> <li>2. Keluhan sering terjaga</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup</li> </ol> | Dukungan tidur (I. 05174:48)<br>Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> </ol> Tarapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Tetapkan jadwal rutin</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>2. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya</li> </ol> |

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017:67)

#### 5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni & Apriyani, 2017:73). Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi adalah dengan menggunakan SOAP sebagai berikut

S : Data subjektif, adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari setelah tindakan diberikan

O : Data objektif, Adalah informasi yang didapat dari hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A : Analisa, Adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi

P : Planning, Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa