

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori Penyakit

1. Pengertian

Arthritis Rheumatoid merupakan suatu penyakit autoimun (penyakit yang terjadi pada saat tubuh diserang oleh sistem kekebalan tubuhnya sendiri) yang mengakibatkan peradangan dalam waktu lama pada sendi. Penyakit ini menyerang persendian dan anggota gerak. Penyakit ini menimbulkan rasa nyeri dan kaku pada sistem muskuloskeletal yang terdiri dari sendi, tulang, otot, dan jaringan ikat. Arthritis rheumatoid dapat menyerang semua sendi, tetapi yang paling sering adalah sendi di pergelangan tangan, buku-buku jari, lutut, dan engkel kaki. Sendi-sendi lain yang mungkin diserang termasuk sendi tulang belakang, pinggul, leher, bahu, rahang, dan bahkan sambungan antar tulang sangat kecil di telinga bagian dalam (Hermayudi, 2018)

Rheumatoid arthritis adalah penyakit peradangan atau inflamatorik progresif, sistematis dan kronis yang awalnya mengenai sendi-sendi sinovial disertai edema, kongesti vaskular eksudat dan infiltrasi seluler (Risnanto & Isnani, 2017)

Rheumatik dapat menimbulkan bermacam-macam gangguan seperti terjadi penurunan kekuatan otot, adanya nyeri yang mengakibatkan lingkup gerak sendi terbatas, terjadi spasme pada otot, dan kesakitan yaitu terjadi ketidak mampuan dalam melakukan aktivitas tertentu contoh berlutut, berdiri lama, bangkit dari duduk, dan jongkok. Akibat dari menurunnya kemampuan gerak. Bahkan pada tingkat fungsional limitation seperti mengalami gangguan saat berjalan, naik turun tangga dan saat berlari (Doenges, 2017).

Selain itu peran pemerintah juga sangat penting dalam memberikan penyuluhan mengenai pola hidup sehat, pentingnya melakukan aktivitas fisik, mengkonsumsi buah dan sayur dan tidak mengkonsumsi alkohol yaitu dengan

salah satu cara melakukan penyuluhan GERMAS atau (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) yaitu di mana peran pemerintah dalam mengajak masyarakat dalam menerapkan pola hidup sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2. Etiologi

Penyebab artritis reumatoid masih belum diketahui, tetapi terdapat hipotesis yang dapat dijadikan sebagai petunjuk terjadinya artritis reumatoid, yaitu:

- a. Genetik. Terbukti bahwa seorang individu yang menderita artritis reumatoid, memiliki riwayat keluarga artritis reumatoid, 2-3 kali lebih banyak dari populasi normal.
- b. Kompleks imun (autoimun). Antibodi yang tidak biasa dengan tipe IgM dan atau IgG terbentuk di sinosium dan jaringan konektif lainnya sehingga berakibat inflamasi lokal dan sistemik
- c. Pengaruh hormonal. Lebih banyak terjadi pada wanita dari pada laki-laki
- d. Perkembangan virus. Setelah terjangkit virus, misalnya virus Epstein Barr yang menyebabkan terjadi autoimun (Annonymous, 2019).

3. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis yang lazim ditemukan pada seorang arthrititis rheumatoid tidak harus muncul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran klinik yang sangat bervariasi.

Menurut Price & Wilson (2017), manifestasi klinis arhtritis rheumatoid adalah sebagai berikut:

- a. Gejala. Gejala konstitusional, misalnya lelah, kurang nafsu makan, berat badan menurun dandemam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b. Poliartthritis simetris (peradangan sendi pada sisi kiri dan kanan) terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi antara jari-jari tangan dan

kaki. Hampir semua sendi diartrodial (sendi yang dapat digerakan dengan bebas) dapat terserang dan terasa nyeri yang hebat.

- c. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari 1 jam, dapat bersifat umum tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis (peradangan tulang dan sendi), yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
- d. Deformitas: kerusakan dari struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, pergeseran sendi pada tulang telapak tangan dan jari, deformitas boutonniere dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat tonjolan kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal, sendi-sendi yang besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi
- e. Manifestasi ekstra-artikular (diluar sendi) arthritis rheumatoid juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. seperti jantung berupa perikarditis, paru-paru berupa pleuritis, mata berupa skleritis dan organ-organ lainnya (Price & Wilson, 2017).

4. Patofisiologi

Arthritis rheumatoid adalah reaksi autoimun pada arthritis rheumatoid terutama terjadi dalam jaringan sinovial. Proses pgsitosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecahkan kolagen sehingga terjadi edema, profilerasi membran sinovial dan akhirnya membentuk pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang. Akibatnya adalah hilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan ikut terkena karena serabut otot akan mengalami perubahan degeneratif dan hilangnya elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot (Smeltzer & Bare, 2017).

Penyebab dari arthritis rheumathoid belum diketahui secara pasti. Meskipun etiologi infeksi telah berspekulasi bahwa penyebab dari arthritis

rheumatoid ini adalah organisme mikoplasma, virus Epstein-Barr, Parvovirus, dan Rubella, tetapi tidak ada organisme yang terbukti bertanggung jawab dalam terjadinya penyakit ini. Rheumatoid Arthritis (RA) dikaitkan dengan banyak respon autoimmune, tetapi apakah autoimmun itu merupakan peristiwa sekunder atau primer masih belum diketahui secara pasti.

Hiperplasia cairan sendi dan aktivasi sel endotel adalah kejadian pada awal proses patologis yang berkembang menjadi suatu peradangan yang tidak terkontrol dan berakibat pada kehancuran tulang dan tulang rawan. Faktor genetik dan kelainan sistem kekebalan tubuh berkontribusi terhadap progresivitas penyakit rheumatoid arthritis (Zairin, 2018)

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyakit rheumatoid arthritis menurut Huda & Kusuma (2015), yaitu:

- a. Faktor rheumatoid, fiksasi lateks, dan reaksi-reaksi aglutinasi
- b. Laju endap darah: Umumnya meningkat pesat (80-100 mm/h) dan mungkin dapat kembali normal sewaktu gejala-gejala meningkat.
- c. Protein C-reaktif: positif selama masa eksaserbasi
- d. Sel darah putih: Meningkat pada saattimbulnya proses inflamasi
- e. Haemoglobin: Pada penderita rheumatoid arthritis umumnya akan menunjukkan
- f. (IgM dan IgG): Terjadi peningkatan besar yang menunjukkan proses autoimmune sebagai penyebab dari rheumatoid arthritis
- g. Sinar X dari sendi yang sakit: Menunjukkan adanya pembengkakan pada jaringan lunak, adanya erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan sublaksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan
- h. Scan radionuklida: Dilakukan untuk mengidentifikasi adanya peradangan pada sinovium
- i. Artroskopi langsung dan aspirasi cairan sinovial.
- j. Biopsi membrane Sinovial: Menunjukkan adanya perubahan inflamasi dan perkembangan panas (Huda & Kusuma, 2017)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut Le Mone (2016):

a. Farmakologi

Tiga metode umum digunakan dalam manajemen farmakologi pasien yang mengalami arthritis rheumatoid:

- 1) OAINS (Obat Anti Inflamasi Nonsteroid) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai pada penderita rheumatoid arthritis. OAINS yang dapat diberikan yaitu seperti aspirin, ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenak, dan sebagainya.
- 2) DMARD (*Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*) digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi yang diakibatkan oleh rheumatoid arthritis. Jika diberikan obat ini, maka mula khasiatnya baru akan terlihat 3-12 bulan kemudian. Setelah 2-5 tahun, maka efektivitasnya dalam menekan proses rheumatoid akan berkurang. Jenis-jenis yang digunakan yaitu: Klorokuin, Sulfasalazine, D-penisilamin, Garam Emas, Obat Imunosupresif, Kortikosteroid.
- 3) Kelompok obat berbeda diklasifikasikan sebagai obat antireumatik permodifikasi penyakit (*Disease Modifying Antirheumatic Drugs*, DMARD) digunakan pada metode ketiga untuk mengatasi arthritis rheumatoid. Obat ini yang mencakup DMARD sintentik (non biologik) seperti metotreksat, sulfalazine, dan agens antimalaria, dan DMARD biologik seperti nekrosis anti tumor alfa, abatacept, dan rituxima

b. Non Farmakologi

Terapi utama dalam menangani arthritis rheumatoid adalah meredakan nyeri dan inflamasi, memelihara fungsi dan mencegah deformitas (Le Mone, 2016).

- 1) Cukup istirahat pada sendi yang mengalami arthritis rheumatoid
- 2) Mengurangi berat badan jika gemuk atau obesitas
- 3) Fisioterapi (dilakukan beberapa pergerakan sendi secara sistematis)
- 4) Kompres dingin atau panas

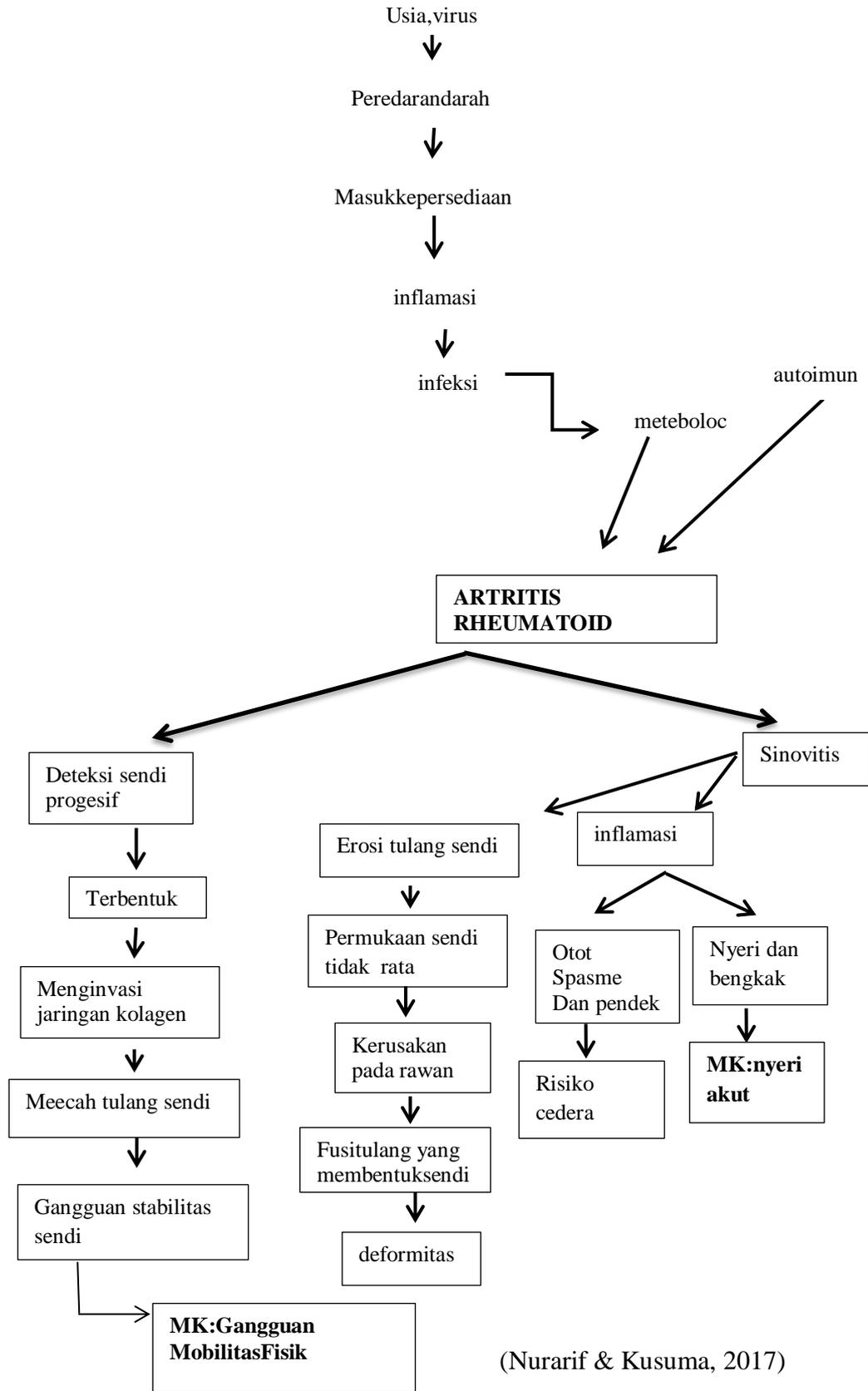
- 5) Nutrisi, beberapa lemak dengan omega biasa dengan lemak omega 3 yang ditemukan pada minyak ikan.

Selain itu tanaman jahe bisa menjadi salah satu pengobatan tradisional, adapun khasiat tanaman jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenase yang dapat mengurangi peradangan pada penderita Arthritis Rheumatoid, jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa pedas yang bersifat hangat yaitu untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk serta bisa meredakan rasa nyeri serta kejang otot. (andriani, 2016)

7. Komplikasi

Kelainan sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat anti inflamasi non steroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (*Disease Modifying Antirheumatoid Drugs*, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada arthritis reumatoid. Komplikasi saraf yang terjadi tidak memberikan gambaran jelas, sehingga sukar dibedakan antara akibat lesi articular dan lesi neuropatik. Umumnya berhubungan dengan mielopati akibat ketidakstabilan vertebra servikal dan neuropati iskemik akibat vaskulitis (Atoy et al, 2019).

PATHWAY ARTHRITIS



B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat sebagai berikut:

Gambar 2.2
Hierarki Kebutuhan Dasar Menurut A. Maslow



(Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016)

1. Kebutuhan fisiologis

Merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur

2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisiologis dan perlindungan psikologis. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya ancaman bisa nyata atau bisa imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya.

3. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang

Yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan

4. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan akan harga diri mampu perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut

Berdasarkan teori Abraham Maslow, pada kasus arthritis rheumatoid pada pasien pengelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut:

1. Pengertian nyeri

Secara umum mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional (Bambang Suryono 2017)

Wolf Weifsel Feurst mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan

2. Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan memiliki MYELIN yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada VISERA (persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu, reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulus dan rangsangan

3. Stimulus nyeri

Seseorang dapat menoleransi dan menahan nyeri (*pain toleransi*) atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*), terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantara sebagai berikut:

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor
 - b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
 - c. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
4. Teori penghantar nyeri

Beberapa teori tentang penghantar nyeri adalah sebagai berikut

- a. Teori pemisahan (*specificity*)

Rangsangan nyeri masuk melalui ganglion dorsal ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinapsis di daerah posterior. Rangsangan tersebut kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang digaris median ke sisi lainnya. Rangsang nyeri berakhir di korteks sensori tempat nyeri tersebut diteruskan. Proses penghantar nyeri ini tidak memperhitungkan aspek fisiologis dan respon nyeri

- b. Teori pola (*pattern*)

Rangsangan nyeri masuk ke medula spinalis melalui ganglion akar dorsal dan merangsang aktivitas sel yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri ke korteks serebri. Nyeri yang terjadi merupakan efek gabungan dari intensitas rangsangan dan jumlah rangsangan pada ujung dorsal medula spinalis.

- c. Teori pengendalian gerbang (*gate control*)

Rangsang nyeri dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal medula spinalis. Saraf besar dan saraf kecil pada ganglion akar dorsalis memungkinkan atau menghalangi penghantaran rangsangan

- d. Teori transmisi dan inhibisi

Stimulus yang mengenai noniseptor memulai transmisi (penghantar) impuls saraf. Transmisi ini menjadi efektif karena terdapat neurotransmitter yang spesifik. Inhibisi impuls nyeri juga menjadi efektif karena terdapat impuls pada serabut besar yang menghalangi impuls pada serabut lambat dan sistem supresi opiat endogen

5. Bentuk nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot kecemasan

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain: nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomatis

Selain mengalami nyeri, klien dengan arthritis rheumatoid juga mengalami gangguan mobilitas fisik dan tidur.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab dari gangguan mobilitas fisik pada Ny.M dengan arthritis rheumatoid disebabkan oleh penurunan kekuatan otot, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik dan keengganan untuk melakukan pergerakan (SDKI, 2016)

1. Pengertian Mobilitas

Mobilitas merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan mobilitas guna mempertahankan kesehatan, mobilitas dibutuhkan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (A.Aziz Alimul H., 2014)

2. Jenis Mobilitas

Mobilitas ada dua jenis yaitu mobilitas penuh yang merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensori untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang. Selanjutnya yaitu

mobilitas sebagian yang merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi.

3. Sistem tubuh yang berperan dalam kebutuhan mobilitas yaitu:

a. Tulang

Tulang merupakan organ yang memiliki beberapa fungsi, yaitu fungsi mekanis untuk membentuk rangka dan tempat melekatnya berbagai otot, fungsi sebagai tempat penyimpanan mineral khususnya kalsium dan fosfor yang bisa dilepaskan setiap saat sesuai kebutuhan, fungsi perlindungan organ-organ dalam. Terdapat tiga jenis tulang, yaitu tulang pipih seperti tulang kepala dan pelvis, tulang kuboid seperti tulang vertebra dan tulang tarsalia, dan tulang panjang seperti tulang femur dan tibia

b. Otot dan tendon

Otot memiliki kemampuan berkontraksi yang memungkinkan tubuh bergerak sesuai dengan keinginan. Otot memiliki origo dan insersi tulang, serta dihubungkan dengan tulang melalui tendon, yaitu suatu jaringan ikat yang melekat dengan sangat kuat pada tempat insersinya ditulang. Terputusnya tendon akan mengakibatkan kontraksi otot tidak dapat menggerakkan organ ditempat insersi tendon yang bersangkutan

c. Ligamen

Ligamen merupakan bagian yang menghubungkan tulang dengan tulang. Ligamen pada lutut merupakan struktur penjaga stabilitas, sehingga jika terputus akan mengakibatkan ketidakstabilan.

d. Sistem saraf

Sistem saraf terdiri atas sistem saraf pusat (otak dan medula spinalis) dan sistem saraf tepi (pencabangan dari sistem saraf pusat). Setiap sistem saraf memiliki bagian somatis dan motorik.

e. Sendi

Sendi merupakan tempat dua atau lebih ujung tulang bertemu. Sendi membuat segmentasi dari kerangka tubuh dan memungkinkan gerakan antar segem dan berbagai derajat pertumbuhan tulang. Terdapat beberapa jenis sendi, misalnya sendi sinovial yang merupakan sendi kedua ujung tulang berhadapan dilapisi oleh kartilago artikuler, ruang sendinya tertutup kapsul sendi panggul, lutut, dan jenis sendi lain seperti sindesmosis, sinkrondrosis, dan simfisis.

Gangguan istirahat dan tidur memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah. Dalam arti lain istirahat berarti tidak melakukan aktifitas sama sekali. Sedangkan tidur merupakan suatu keadaan tidak sadarkan diri dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun/hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan indra atau rangsangan yang cukup (Guiton dalam buku Haswita, 2017)

Menurut Tarwoto, aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu RAS (*Reticular Aktivating System*), BSR (*Bulbar Synhrtonizing*). RAS dibagian batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran (memberikan stimulus visual, pendengaran, nyeri, raba dan emosi)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Arthritis Rheumatoid

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan, tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap selanjutnya data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang kompherensif yang mencakup data bioskopi dan spiritual (Tarwoto & Wartono, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Aspiani, 2017):

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, status, alamat, pekerjaan, penanggung jawab. Data dasar pengkajian penerimaan manfaat tergantung pada keparahan dan keterlibatan organ-organ lainnya (misal mata, jantung, paru-paru, ginjal) tahapan misalnya eksaserbasi akut atau remisi dan keberadaan bersama bentuk-bentuk arthritis lainnya

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit arthritis rheumatoid adalah klien mengeluh nyeri

c. Riwayat penyakit sekarang

Berapa uraian pada mengenal penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbul keluhan yang dirasakan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit kesehatan yang dulu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya

e. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama.

f. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut atau tidak kulit dan pembengkakan

2) Lakukan pengukuran *passive range of motion* pada sendi-sendi sinovial: catat bila ada deviasi (keterbatasan gerak sendi), catat bila ada krepitasi, catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakan, lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral.

- 3) Keadaan umum
Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan muskuloskeletal biasanya lemah
- 4) Kesadaran klien biasanya composmentis dan apatis
- 5) Tanda-tanda vital
 - a) Suhu
 - b) Nadi
 - c) Pernapasan
 - d) Tekanan darah
- 6) Pemeriksaan *review of sistem*
 - a) Sistem pernafasan (B1: *Breathing*)
Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal
 - b) Sistem sirkulasi (B2: *Bleeding*)
Kkaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apika, sirkulasi perifer, warna dan kehangatan
 - c) Sistem persyarafan (B3: *Brain*)
Kaji adanya hilang gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil.
 - d) Sistem perkemihan (B4 : *Bleder*)
Perubahan pola perkemihan, seperti disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urine
 - e) Sistem pencernaan (B5: *Bowel*)
Konstipasi, konstistensi feses, frekuensi eliminasi, aukultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen
 - f) Sistem musculoskeletal (B6 : *Bone*)
Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin, terlokasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan, otot, kontraktur, atrofi otot, leserasi kulit dan perubahan warna

- 7) Pola fungsi kesehatan
- a) Pola persepsi dan tata laksana pola hidup sehat
 - b) Pola nutrisi
Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah dan makanan kesukaan.
 - c) Pola eliminasi
Menggambarkan pola fungsi eksresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi
 - d) Pola istirahat tidur
Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap energi, jumlah tidur malam dan siang, masalah tidur
 - e) Pola hubungan dan peran
Menggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, masalah keuangan, pengkajian APGAR keluarga
 - f) Pola sensori kognitif
Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian pengelihatatan, pendengaran, perasaan, pembau. Pengkajian status mental menggunakan tabel *Short Portable Mental Status Quesinore* (SPMSQ)
 - g) Pola persepsi dan konsep diri
Menggunakan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk biopsiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan tabel inventaris *depresi back*.
 - h) Pola seksual dan reproduksi
Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas

- i) Pola mekanisme coping
Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress
- j) Pola tata nilai dan kepercayaan
Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spritual

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. Tujuan Diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien arthritis rheumatoid yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan kaki terasa nyeri dan sakit saat bergerak

Adapun diagnosa yang muncul pada pasien arthritis rheumatoid yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, kelemahan, nyeri, ketidaknyamanan, penghambat lingkungan
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Pertami, 2016).

Tabel 2.1

Rencanana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun,dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Tampak meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidurmenurun f. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik, frekuensi, lokasi, durasi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verba <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeed back, terapi pijat,aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi riwayat alergi obat b. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan respon terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik sesuai terapi

1	2	3	4
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun Kecemasan menurun Kaku sendi menurun Gerakan tidak terkoordinasi menurun Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status oksigenisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif Hindari gerakan
3	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan sulit tidur menurun Keluhan sering terjaga menurun Keluhan tidak puas tidur menurun Keluhan istirahat tidak cukup 	<p>Dukungan stidur:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pola aktivitas tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makanan mendekati tidur, minum banyak sebelum

1	2	3	4
		menurun	<p>tidur)</p> <p>d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <p>b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>d. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.pengaturan posisi)</p> <p>f. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>b. Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis.psikologi, gaya hidup,s ering berubah <i>shift</i> bekerja)</p> <p>f. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologilainya</p> <p>Edukasi aktivitas/istirahat:</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</p> <p>b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin</p> <p>b. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, atau aktivitas lainnya</p>

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> c. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat d. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat beraktivitas) e. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan.

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplemen-tasikan intervensi keperawatan berdasarkan terminologi, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, Arb, Berman & Snyder, 2016)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat segera memodifikasi intervensi (Kozier et al , 2017)

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan subyektif, objektif, analisa, planning (SOAP)

S: Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga atau pasien secara subyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan

O: Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan

A: Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari pasien pada tahapan evaluasi