

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Arthritis rheumatoid adalah penyakit autoimun sistemik kronis yang tidak diketahui penyebabnya dikarakteristikan dengan reaksi inflamasi dalam membrane synovial yang mengarah pada destruksi kartilago sendi dan deformitas lebih lanjut. Merupakan penyakit inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris. (Sya'Diyah 2018:205) dan (Nurarif & Kusuma 2016:201).

2. Etiologi

Etiologi menurut (Sya'Diyah 2018:206) penyakit ini tidak di ketahui secara pasti, namun ada beberapa factor resiko yang diketahui berhubungan dengan penyakit ini, antara lain:

- a. Usia lebih dari 40 tahun
- b. Dari semua faktor resiko untuk timbulnya osteoarthritis, faktor penuaan adalah yang terkuat. Akan tetapi perlu diingat bahwa osteoarthritis bukan akibat penuaan saja. Perubahan tulang rawan sendi pada penuaan berbeda dengan perubahan pada osteoarthritis.
- c. Jenis kelamin wanita lebih sering

Wanita lebih sering terkena osteoarthritis lutut dan sendi. Sedangkan laki-laki lebih sering terkena osteoarthritis paha, pergelangan tangan dan

leher. Secara keseluruhan di bawah 45 tahun, frekuensi osteoarthritis kurang lebih sama antara pada laki-laki dan wanita, tetapi di atas usia 50 tahun (setelah menopause) frekuensi osteoarthritis lebih banyak pada wanita dari pada pria. Hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada patogenesis osteoarthritis.

d. Suku bangsa

Nampak perbedaan prevalensi osteoarthritis pada masing-masing suku bangsa. Hal ini mungkin berkaitan dengan perbedaan pola hidup maupun perbedaan pada frekuensi kelainan congenital dan pertumbuhan tulang.

e. Genetik

Hal ini terbukti dari terdapatnya hubungan antara produk kompleks histokompatibilitas utama kelas II, khususnya HLA-DR4 dengan AR seropositif. Pengemban HLA-DR4 memiliki resiko relative 4:1 untuk menderita penyakit ini.

f. Kegemukan dan penyakit metabolic

Berat badan yang berlebihan, nyata berkaitan dengan meningkatnya resiko untuk timbulnya osteoarthritis, baik pada wanita maupun pria. Kegemukan ternyata tidak hanya berkaitan dengan osteoarthritis pada sendi yang menanggung beban berlebihan, tapi juga dengan osteoarthritis sendi lain (tangan atau sternoklavikula). Oleh karena itu di samping faktor mekanis yang berperan (karena meningkatnya beban mekanis), di duga terdapat factor lain (metabolic) yang berperan pada timbulnya kaitan tersebut.

g. Cedera sendi, pekerjaan dan olahraga

Pekerjaan berat maupun dengan pemakaian satu sendi yang terus menerus berkaitan dengan peningkatan resiko osteoarthritis tertentu. Olahraga yang sering menimbulkan cedera sendi yang berkaitan dengan resiko osteoarthritis yang lebih tinggi.

h. Kelainan pertumbuhan

Kelainan kongenital dan pertumbuhan paha telah dikaitkan dengan timbulnya osteoarthritis paha pada usia muda.

i. Kepadatan tulang

Tingginya kepadatan tulang dikatakan dapat meningkatkan resiko timbulnya osteoarthritis. Hal ini mungkin timbul karena tulang yang lebih padat (keras) tidak membantu mengurangi benturan beban yang di terima oleh tulang rawan sendi. Akibatnya tulang sendi menjadi lebih mudah robek.

3. Menurut Adelia, (2011) ada beberapa jenis reumatik yaitu:

a. Rheumatik Sendi (Artikuler)

Reumatik yang menyerang sendi di kenal dengan nama reumatik sendi (reumatik artikuler). Penyakit ini ada beberapa macam yang paling sering ditemukan yaitu:

1). Artritis Rheumatoid

Merupakan penyakit autoimun dengan proses peradangan menahun yang tersebar diseluruh tubuh, mencakup keterlibatan sendi dan berbagai organ di luar persendian. Peradangan kronis dipersendian menyebabkan kerusakan struktur sendi yang terkena. Peradangan

sendi biasanya mengenai beberapa persendian sekaligus. Peradangan terjadi akibat proses sinovitis (radang selaput sendi) serta pembentukan pannus yang mengakibatkan kerusakan pada rawan sendi dan tulang di sekitarnya, terutama di persendian tangan dan kaki yang sifatnya simetris (terjadi pada kedua sisi). Penyebab Arthritis Rematoid belum di ketahui dengan pasti. Ada yang mengatakan karena mikoplasma, virus, dan sebagainya. Namun semuanya belum terbukti. Berbagai faktor termasuk kecenderungan genetik, bisa mempengaruhi reaksi autoimun. Bahkan beberapa kasus Arthritis Rheumatoid telah di temukan berhubungan dengan keadaan stress yang berat, seperti tiba-tiba kehilangan suami atau istri, kehilangan anak satu-satunya anak yang di sayangi, hancurnya perusahaan yang di milikinya dan sebagainya. Peradangan kronis membran sinovial mengalami pembesaran (hipertrofi) dan menebal sehingga terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan kematian (nekrosis) sel dan respon peradangan pun berlanjut. Sinovial yang menebal kemudian di lapiisi oleh jaringan granular yang di sebut panus. Panus dapat menyebar keseluruh sendi sehingga semakin merangsang peradangan dan pembentukan jaringan parut. Proses ini secara perlahan akan merusak sendi dan menimbulkan nyeri hebat serta deformitas (kelainan bentuk).

2). Osteoarthritis

Adalah sekelompok penyakit yang tumpang tindih dengan penyebab yang belum diketahui, namun mengakibatkan kelainan biologis,

morfologis, dan keluaran klinis yang sama. Proses penyakitnya berawal dari masalah rawan sendi (kartilago), dan akhirnya mengenai seluruh persendian termasuk tulang subkondrial, ligamentum, kapsul dan jaringan sinovial, serta jaringan ikat sekitar persendian (pariartikular). Pada stadium lanjut, rawan sendi mengalami kerusakan yang ditandai dengan adanya fibrilasi, fisur, dan ulserasi yang dalam pada permukaan sendi. Etiologi penyakit ini tidak diketahui dengan pasti. Ada beberapa factor resiko yang diketahui berhubungan dengan penyakit ini, yaitu: usia lebih dari 40 tahun, jenis kelamin wanita lebih sering, suku bangsa, genetic, kegemukan dan penyakit metabolik, cedera sendi, pekerjaan dan olahraga, kelainan pertumbuhan, kepadatan tulang, dan lain-lain.

3). Atritis gout

Penyakit ini berhubungan dengan tingginya asam urat darah (hiperurisemia). Reumatik gout merupakan jenis penyakit yang pengobatannya mudah dan efektif. Namun bila diabaikan, gout juga dapat menyebabkan kerusakan sendi. Penyakit ini timbul akibat Kristal monosodium urat di persendian meningkat. Timbunan Kristal ini menimbulkan peradangan jaringan yang memicu timbulnya reumatik gout akut. Pada penyakit gout primer, 99% penyebabnya belum diketahui (idiopatik). Diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetic dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan meningkatnya produksi asam urat karena nutrisi, yaitu mengkonsumsi makanan dengan

kadar purin yang tinggi. Purin adalah salah satu senyawa basa organik yang menyusun asam nukleat (asam inti dari sel) dan termasuk dalam kelompok asam amino, unsur pembentuk protein. Produksi asam urat meningkat juga bisa karena penyakit darah (penyakit sum-sum tulang, polisitemia), obat-obatan (alkohol, obat-obat kanker, vitamin B12). Penyebab lainnya adalah obesitas (kegemukan), penyakit kulit (psoriasis), kadar trigliserida yang tinggi. Pada penderita diabetes yang tidak terkontrol dengan baik biasanya terdapat kadar benda-benda keton (hasil buangan metabolisme lemak) yang meninggi. Benda-benda keton yang meninggi akan menyebabkan asam urat juga ikut meninggi.

b. Reumatik jaringan lunak (Non-Artikuler)

Merupakan golongan penyakit reumatik yang mengenai jaringan lunak di luar sendi (soft tissue rheumatism) sehingga disebut juga reumatik luar sendi (ekstra artikuler rheumatism). Jenis-jenis reumatik yang sering ditemukan yaitu:

1). Fibrosis

Merupakan peradangan di jaringan ikat terutama di batang tubuh dan anggota gerak. *Fibrosis* lebih sering ditemukan oleh perempuan usia lanjut, penyebabnya adalah faktor kejiwaan.

2). Tendonitis dan tenosivitis

Tendonitis adalah peradangan pada tendon yang menimbulkan nyeri lokal di tempat perekatnya. *Tenosivitis* adalah peradangan pada sarung pembungkus tendon.

3). Entesopati

Adalah tempat dimana tendon dan ligament melekat pada tulang, entesis ini dapat mengalami peradangan yang di sebut entesopati. Kejadian ini bisa timbul akibat menggunakan lengannya secara berlebihan, degenerasi, atau radang sendi.

4). Bursitis

Adalah peradangan bursa yang terjadi di tempat perlekatan tendon atau otot ke tulang, peradangan bursa juga bisa disebabkan oleh reumatik gout dan pseudogout.

c. Back pain

Penyebabnya belum diketahui, tetapi berhubungan dengan proses degenerative diskus intervertebralis, bertambahnya usia dan pekerjaan fisik yang berat, atau sikap postur tubuh yang salah sewaktu berjalan, berdiri maupun duduk. Penyebab lainnya bisa akibat proses peradangan sendi, tumor, kelainan metabolic dan fraktur.

d. Nyeri pinggang

Kelainan ini merupakan keluhan umum karena semua orang pernah mengalaminya. Nyeri terdapat kedaerah pinggang kebawah (lumbosakral dan sakroiliaka) yang dapat menjalar ke tungkai dan kaki.

e. Frozen shoulder syndrome

Ditandai dengan nyeri dan ngilu pada daerah persendian di pangkal lengan atas yang bisa menjalar ke lengan atas bagian depan, lengan bawah dan belikat, terutama bila lengan diangkat keatas atau digerakkan kesamping. Akibat pergerakan sendi bahu menjadi terbatas.

4. Manifestasi klinis

Gejala awal terjadi pada beberapa sendi sehingga disebut poli artritis rheumatoid. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, sendi lutut, sendi siku, pergelangan kaki, sendi bahu serta sendi panggul dan biasanya bersifat bilateral/simetris. Tetapi kadang-kadang hanya terjadi pada satu sendi disebut artritis rheumatoid mono-artikular. (Nurarif & Kusuma, 2016:202)

Umumnya timbul secara perlahan-lahan. Mula-mula terasa kaku, kemudian timbul rasa nyeri yang berkurang dengan istirahat. Tanda-tanda peradangan pada sendi tidak menonjol dan timbul belakangan, mungkin di jumpai karena adanya sinovitis, terdiri dari nyeri tekan, gangguan gerak, rasa hangat yang merata dan warna kemerahan, antara lain (Sya'diyah, 2018:210)

a. Nyeri sendi

Keluhan ini merupakan keluhan utama. Nyeri biasanya bertambah dengan gerakan dan sedikit berkurang dengan istirahat. Beberapa gerakan tertentu kadang-kadang menimbulkan rasa nyeri yang lebih dibandingkan gerakan yang lain.

b. Hambatan gerakan sendi

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

c. Kaku pagi

Pada beberapa pasien, nyeri sendi yang timbul setelah imobilisasi, seperti duduk dari kursi, atau setelah bangun tidur.

d. Krepitasi

Rasa gemeretak (kadang-kadang dapat terdengar) pada sendi yang sakit.

e. Pembesaran sendi (deformitas)

Pasien mungkin menunjukkan bahwa salah satu sendi nya (lutut atau tangan yang paling sering) secara perlahan-lahan membesar.

f. Perubahan gaya berjalan

Hampir semua pasien osteoarthritis pergelangan kaki, tumit, lutut atau panggul berkembang menjadi pincang. Gangguan berjalan dan gangguan fungsi sendi yang lain merupakan ancaman yang besar untuk kemandirian pasien yang umumnya tua (lansia).

5. Patofisiologi

Inflamasi mula-mula mengenai sendi-sendi sinovial seperti edema, kongesti vaskular, eksudat febrin dan infiltrasi selular. Peradangan yang berkelanjutan, sinovial menjadi menebal, terutama pada sendi artikular kartilago dari sendi. Pada persendian ini granulasi membentuk pannus, atau penutup yang menutupi kartilago. Pannus masuk ke tulang sub chondria. Jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago artikuler. Kartilago menjadi nekrosis.

Tingkat erosi dari kartilago menentukan tingkat ketidakmampuan sendi. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka terjadi adhesi diantara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa atau tulang bersatu (ankilosis). Kerusakan kartilago dan tulang menyebabkan tendon dan ligamen jadi lemah dan bisa menimbulkan sebluksasi atau dislokasi dari persendian. Invasi dari tulang sub chondrial bisa menyebabkan osteoporosis setempat.

Lamanya arthritis rheumatoid berbeda dari tiap orang. Ditandai dengan masa adanya serangan dan tidak adanya serangan. Sementara ada orang yang sembuh dari serangan pertama dan selanjutnya tidak terserang lagi. Yang lain, terutama yang mempunyai faktor rheumatoid (seropositif gangguan rheumatoid) gangguan akan menjadi kronis yang progresif. (Sya'diyah, 2018:210-211)

6. Pemeriksaan penunjang

Sinar X dari sendi yang sakit: menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosi dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.

- a. Scan radionuklida: mengidentifikasi peradangan sinovium.
- b. Atroskopi langsung: visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/degenerasi tulang pada sendi.
- c. Aspirasi cairan sinovial: mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal: buram, berkabut, munculnya warna kuning (respon inflamasi, produk-produk pembuangan degeneratif): elevasi SDP dan lekosit, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
- d. Biopsi membran sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas.
- e. Pemeriksaan cairan sendi melalui biopsi, FNA (fine needle aspiration) atau atroskopi: cairan sendi terlihat keruh karna mengandung banyak

leukosit dan kurang kental di banding cairan sendi yang normal.
(Sya'diyah, 2018:210-211)

7. Penatalaksanaan

a. Medikamentosa

Tidak ada pengobatan medikamentosa yang spesifik, hanya bersifat simptomatik. Obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) bekerja hanya sebagai analgesik dan mengurangi peradangan, tidak mampu menghentikan proses patologis.

b. Perawatan

- 1). Istirahatkan sendi yang sakit, hindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit.
- 2). Mandi dengan air hangat untuk mengurangi nyeri.
- 3). Lingkungan yang aman untuk melindungi dari cedera.
- 4). Dukungan psikososial.
- 5). Fisioterapi dengan pemakaian panas dan dingin, serta program latihan yang tepat.
- 6). Diet untuk menurunkan berat badan dapat mengurangi timbulnya keluhan.
- 7). Kompres dengan es saat kaki bengkak dan kompres air hangat saat nyeri.
- 8). Konsumsi makanan yang mengandung vitamin dan protein.
- 9). Diet rendah purin, tujuan pemberian diet ini adalah untuk mengurangi pembentukan asam urat dan menurunkan berat badan bila terlalu gemuk. (Sya'diyah, 2018:211-212)

8. Komplikasi

- a. Dapat menimbulkan perubahan pada jaringan lain seperti adanya prosesgranulasi di bawah kulit yang di sebut subcutan nodule.
- b. Pada otot dapat terjadi myosis, yaitu proses granulasi jaringan otot.
- c. Pada pembuluh darah terjadi tromboemboli. Trombormboli adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah yang di sebabkan oleh adanya darah yang membeku.

- d. Terjadi splenomegali

Splenomegali merupakan pembesaran limfa, jika limfa membesar kemampuan untuk menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah putih dan trombosit dalam sirkulasi menangkap dan menyimpan sel-sel darah akan meningkat. (Sya'diyah, 2018:212-213)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Nyeri

Menurut (Mubarak & Chayatin 2008 : 204-219)

1. Pengertian

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.

2. Fisiologi nyeri

Cara nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya di mengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri di rasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi

antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

3. Stimulus nyeri

Beberapa faktor dapat menjadi stimulus nyeri atau menyebabkan nyeri karena menekan reseptor nyeri. Contoh faktor-faktor tersebut adalah trauma atau gangguan pada jaringan tubuh, tumor, iskemia pada jaringan, dan spasme otot.

4. Teori penghantar nyeri

Beberapa teori tentang penghantaran 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 di garis median ke sisi lainnya. Rangsangan nyeri berakhir di korteks sensoris tempat nyeri tersebut di teruskan. Proses penghantaran 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 t 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. Proses ini tidak termasuk aspek fisiologis.

c. Teori pengendalian gerbang (gate control)

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

d. Teori transmisi dan inhibisi

Stimulus yang mengenai nosiseptor 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 memblok impuls pada serabut lambat dan sistem supresif opiat endogen.

5. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri secara umum dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

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 di ketahui. 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 di sembuhkan. Selain itu, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita

susah untuk menunjukkan lokasinya. Nyeri kronis dapat di bagi menjadi beberapa katagori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

6. Pengukuran intensitas nyeri

a. Skala nyeri menurut hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut hayward dapat di tuliskan sebagai berikut.

0= tidak nyeri

1-3= nyeri ringan

4-6= nyeri sedang

7-9= sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang bisa dilakukan

10= sangat nyeri dan tidak bisa di kendalikan

b. Skala nyeri menurut McGILL

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGILL dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

0= tidak nyeri

1= nyeri ringan

2= nyeri sedang

3= nyeri berat atau parah

4= nyeri sangat berat

5= nyeri hebat

c. Skala wajah atau wong-baker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.

Cara ini di terapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.

C. Proses Keperawatan

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Rheumatoid Arthritis

1. Pengkajian

Data pengkajian menurut Hidayatus Sya'diyah (2018)

a. Biodata

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

b. Riwayat kesehatan

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

c. Pemeriksaan fisik

- 1). Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya 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 di gerakkan, lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral.
 - a). Catat bila ada atrofi, tonus yang berkurang.
 - b). Ukur kekuatan otot.
 - c). Kaji tingkat nyeri, derajat dan lainnya.
 - d). Kaji aktivitas/kegiatan sehari-hari.

d. Aktivitas / istirahat

Gejala: nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stress pada sendi; kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi bilateral dan simetris. Limitasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan.

Tanda: keterbatasan rentan gerak: atrofi otot, kulit, kontraktor / kelainan pada sendi.

e. Kardiovaskuler

Gejala: Fenomena Raynaud jari tangan/kaki (mis: pucat intermitten, sianosis, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal).

f. Integritas ego

Gejala: Faktor-faktor stres/kronis; mis: finansial, pekerjaan, ketidakmampuan faktor-faktor hubungan, keputusan dan

ketidakberdayaan (situasi ketidakmampuan). Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (misalnya ketergantungan pada orang lain)

g. Makanan/cairan

Gejala: ketidakmampuan untuk menghasilkan / mengkonsumsi makanan / cairan adekuat ; mual, anoreksia, kesulitan untuk mengunyah.

Tanda : penurunan berat badan / kekeringan pada membran mukosa.

h. Hygiene

Gejala: berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi ketergantungan.

i. Neurosensori

Gejala: kebas, semutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan.

Tanda : pembengkakan sendi simetris.

j. Nyeri/kenyamanan

Gejala: fase akut dari nyeri (mungkin tidak di sertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi).

k. Keamanan

Gejala: kulit mengkilat, tegang, nodul subkutan, lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan ringan dalam menangani tugas / pemeliharaan rumah tangga.

Demam ringan menetap kekeringan pada mata dan membran mukosa.

l. Interaksi sosial

Gejala: kerusakan interaksi sosial dengan keluarga / orang lain; perubahan peran: isolasi.

m. Riwayat psikososial

Pasien dengan RA mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pada pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena iya merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah. Perawat dapat melakukan pengkajian terhadap konsep diri klien khususnya aspek body image dan harga diri klien.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut / kronis berhubungan dengan; agen pencedera: distensi jaringan oleh akumulasi cairan / proses inflamasi, destruksi sendi.
 - b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan; deformitas skeletal, nyeri, ketidaknyamanan, intoleransi aktivitas, penurunan kekuatan otot.
 - c. Gangguan citra tubuh / perubahan penapilan peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi, ketidak seimbangan mobilitas.
- (Sya'diyah, 2018:214-215)

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan didefinisikan sebagai semua penanganan (treatment), yang didasarkan pada penilaian dan keilmuan (Sya'diyah, 2018:215-218)

Table 2.1

Rencana keperawatan

No	Dx Kep	NOC	NIC
1	2	3	4
1	Nyeri akut / kronis berhubungan dengan; agen pencedera: distensi jaringan oleh akumulasi cairan destruksi sendi	Kontrol nyeri Kriteria hasil: (hal: 247, kode: 1605) a. Melaporkan adanya nyeri b. Mengenali kapan nyeri terjadi c. Melaporkan nyeri yang terkontrol d. Menggunakan tindakan (nyeri) tanpa analgesik	Manajemen nyeri Kriteria hasil : (hal: 198, kode: 1400) a. Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri b. Ajarkan metode non farmakologi untuk menurunkan nyeri c. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membangun penurunan nyeri d. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan; deformitas skeletal, nyeri, ketidaknyamanan, intoleransi aktivitas, penurunan kekuatan otot.	Ambulasi kriteria hasil : (hal: 75, kode: 0200) a. Berjalan dengan langkah efektif b. Berjalan dengan pelan c. Berjalan dengan kecepatan sedang d. Berjalan menaiki tangga	Terapi latihan ambulasi kriteria hasil : (hal: 438, kode: 0221) a. Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera b. Bantu pasien perpindahan sesuai kebutuhan membangun pencapaian c. Bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dan dengan sejumlah staf tertentu d. Bantu pasien untuk yang realistis untuk ambulasi jarak

1	2	3	4
3	Gangguan citra tubuh / perubahan penampilan peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi, ketidakseimbangan mobilitas	Citra tubuh Kriteria hasil : (hal: 78, kode: 0222) a. Keseimbangan tubuh saat berjalan b. Kecepatan sesuai aktivitas berjalan pada jalur lurus	Peningkatan citra tubuh Kriteria hasil : (hal: 324, kode: 5220) a. Tentukan harapan citra diri pasien di dasarkan pada tahap perkembangan b. Bantu pasien menentukan keberlanjutan dari perubahan-perubahan aktual dari tubuh atau tingkat fungsinya c. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh mana yang berubah

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (Independent), saling ketergantungan / kolaborasi (Independent), dan tindakan rujukan ketergantungan (dependent) (Tarwoto, 2015): 14)

5. Evaluasi

Menurut (Nurjannah (2005):19) evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi terus-menerus dilakukan pada respon klien terhadap keperawatan yang telah dilaksanakan, digunakan komponen SOAP:

- S : Data subjektif, data yang di dapatkan dari keluhan klien secara langsung.
- O : Data objektif, data yang di dapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung.
- A : Analisa merupakan interprestasi dari subjektif dan objektif, analisa merupakan diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat di tuliskan masalah baru terjadi akibat perubahan status kesehatan klien
- P : Planning, dari perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi dari rencana tindakan yang telah di lakukan sebelumnya.