

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Usia lansia adalah tahap terakhir kehidupan manusia yang dikaitkan dengan hilangnya fungsi pada organ. Usia di atas 60 tahun dapat menurunkan kapasitas seseorang untuk terlibat dalam aktivitas mandiri (Savitri et al., 2022). Lanjut usia ialah tahap terakhir pada fase perkembangan kehidupan manusia, kesejahteraan lanjut usia menurut Undang-undang RI No.13 tahun 1998 menjelaskan bahwa lanjut usia adalah seorang perempuan atau laki-laki yang mencapai usia diatas 60 tahun (Jamaluddin & Nugroho, 2016).

Dari Penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa usia lanjut merupakan tahap akhir perkembangan seorang wanita atau pria yang berusia di atas 60 tahun.

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut (WHO) dalam (Jannah, 2021), lansia digolongkan menjadi 4 kelompok yaitu :

1. Usia pertengahan (middle age) berdasarkan kelompok dengan usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) berdasarkan kelompok dengan usia 60 sampai 74 tahun.

3. Lanjut usia (old), berdasarkan kelompok dengan usia 74 sampai 90 tahun.
4. Lansia sangat tua (very old), berdasarkan kelompok dengan usia >90 tahun.

2.1.3 Karakteristik Lansia

Menurut, Putri (2019) lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Berusia lebih dari 60 tahun (berdasarkan Pasal 1 (2) UU Kesehatan No. 13).
2. Kebutuhan dan masalah dari mulai sehat hingga sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga kebutuhan spiritual, dari kondisi adaptif hingga maladaptif
3. Lingkungan hidup yang sangat beragam.

2.1.4 Perubahan Lansia

Menurut Rahmadani (2022) masalah yang biasa dialami orang pada usia lanjut antara lain:

1. Perubahan perilaku

Lansia mengalami penurunan daya ingat, pelupa, sering menyendiri, cenderung kurang menjaga diri, menjadi tidak menarik sehingga menimbulkan kecemasan, dan penuaan meningkatkan kepekaan emosi seseorang, yang pada akhirnya menimbulkan banyak masalah.

1. Perubahan Psikososial

Masalah perubahan psikososial dan respon individu terhadapnya sangat bervariasi tergantung dari kepribadian orang yang terkena. Orang tua yang mencari nafkah menentang menyesuaikan diri dengan pensiun. Pensiunnya memberikan kesempatan untuk menikmati sisa hidupnya. Namun bagi banyak pekerja, pensiun berarti terputus dari dunia luar dan teman dekat.

3. Pembatasan Fisik

Fisik orang yang lebih tua lebih cenderung mengarah pada kemunduran, terutama di bidang kinerja fisik, yang dapat menyebabkan berkurangnya peran sosial. Ketergantungan yang membutuhkan bantuan orang lain.

4. Kesehatan Mental

Lansia umumnya mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik. Perubahan mental lansia sangat berkaitan erat dengan perubahan fisik. Seiring bertambahnya usia, mereka kurang berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan lebih sedikit berinteraksi.

2.1.5 Tipe-tipe Lansia

Setiap lansia mempunyai tipe yang berbeda-beda. Adapun tipe-tipe lansia sebagai berikut :

1. Tipe Bijaksana

Jenis kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan pergantian era, ramah, rendah hati, jadi panutan.

2. Tipe Mandiri

Jenis ini selektif terhadap pekerjaan, mempunyai kegiatan.

3. Tipe Tidak Puas

Tipe konflik lahir batin, melawan proses penuaan yang mengakibatkan hilangnya kecantikan, energi tarik fisik, penurunan kekuasaan, jabatan, sahabat.

4. Tipe Menyerah

Pada jenis ini, lansia menerima serta menunggu nasib baik.

5. Jenis Bingung

Lanjut usia yang penurunan kepribadiannya, mengasingkan diri, merasa rendah diri, pasif, serta syok.

2.1.6 Proses Menua

Proses menua ialah proses alamiah seseorang yang melewati 3 sesi kehidupan, ialah dari masa anak- anak sampai berusia serta sesi akhir masa tua. Proses alamiah yang diiringi dengan penurunan keadaan fisik, psikologis serta sosial yang masih berhubungan disebut proses penuaan. Seluruh sistem tubuh lanjut usia hadapi penurunan, termasuk sistem muskuloskeletal (Febriansa et al., 2021).

Proses penuaan berhubungan dengan pergantian degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru- paru, saraf, serta jaringan tubuh yang lain. Usia lanjut atau lansia mempunyai kemampuan regeneratif yang terbatas, sehingga membuat lebih rentan terhadap berbagai macam penyakit (Dwi Sulistyowati. & Suyanto., 2016).

2.2 Konsep Dasar Nyeri Kronis

2.2.1 Definisi Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset tiba-tiba atau lambat, ringan hingga berat dan intensitas konstan berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017). Penyebab rasa sakit datang dan pergi selama periode waktu tertentu. Selain itu, pasien mungkin tidak merasakan sakit dan biasanya tidak dapat sembuh. Pada pasien nyeri kronis, sensasi nyeri lebih dalam dan pasien mengalami kesulitan melokalisasi nyeri. Efek dari nyeri kronis adalah pasien mudah terganggu dan menderita insomnia dan gangguan tidur.

2.2.2 Etiologi Nyeri Kronis

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi muskuloskeletal kronis, kerusakan system saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiyaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017).

2.2.3 Tanda Dan Gejala

Ada beberapa tanda dan gejala Nyeri Kronis sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017):

1. Gejala dan tanda mayor :
 - a. Subjektif

- 1) Mengeluh nyeri
 - 2) Merasa depresi (tertekan)
- b. Objektif
- 1) Tampak meringis
 - 2) Gelisah
 - 3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas.
2. Gejala dan tanda minor
- a. Subjektif
- 1) Merasa takut mengalami cedera berulang.
- b. Objektif
- 1) Bersikap protektif (mis, posisi menghindari nyeri)
 - 2) Waspada
 - 3) Pola tidur berubah
 - 4) Anoreksia
 - 5) Fokus menyempit
 - 6) Berfokus pada diri sendiri

2.2.4 Luaran Nyeri Kronis

Menurut Tim Pokja SLKI (2019) luaran nyeri kronis terdiri atas :

1. Luaran utama
 - a. Tingkat nyeri
2. Luaran tambahan
 - a. Kontrol gejala
 - b. Kontrol nyeri

- c. Mobilitas fisik
- d. Status kenyamanan
- e. Pola tidur
- f. Tingkat agitasi
- g. Tingkat ansietas
- h. Tingkat depresi

2.2.5 Intervensi Nyeri Kronis

Intervensi keperawatan nyeri kronis meliputi, (Tim Pokja SIKI, 2018):

1. Intervensi utama
 - a. Manajemen nyeri
 - b. Perawatan kenyamanan
 - c. Terapi relaksasi
2. Intervensi pendukung
 - a. Edukasi aktivitas/istirahat
 - b. Edukasi kesehatan
 - c. Edukasi manajemen nyeri
 - d. Kompres dingin
 - e. Kompres panas
 - f. Pemberian analgesik
 - g. Terapi pemijatan
 - h. Terapi relaksasi

2.2.6 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat dengan menggunakan metode P, Q, R, S, T, yaitu:

1. Faktor pemicu (P: Provokasi) Perawat mengkaji penyebab atau rangsangan nyeri klien, sedangkan perawat juga dapat mengobservasi bagian tubuh yang cedera. Jika perawat mencurigai nyeri psikoneurotik, perawat harus dapat memeriksa perasaan klien dan menanyakan perasaan apa yang mungkin memicu nyeri tersebut.
2. Kualitas (Q: Quality) Kualitas nyeri adalah sesuatu yang klien ungkapkan secara subyektif, klien sering menggambarkan nyerinya dengan menggunakan istilah tindakan yang tajam, tumpul, berdenyut seperti tertusuk, tertindih, tertekan dan lain-lain, setiap klien mungkin berbeda dalam melaporkan kualitas nyerinya.
3. Lokasi (R: Region) Untuk menilai lokasi nyeri, perawat meminta klien untuk menunjuk bagian/area mana saja yang klien merasa tidak nyaman. Untuk menunjukkan nyeri dengan lebih tepat, perawat dapat meminta klien untuk menelusuri area nyeri dari titik yang paling nyeri, hal ini dapat menjadi sulit bila nyeri yang dirasakan menyebar.
4. Keparahan (S: Severe) Tingkat keparahan nyeri pasien adalah fitur yang paling subyektif. Pada pengkajian ini, klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dirasakannya sebagai nyeri ringan, sedang, atau berat. Kesulitannya adalah arti dari istilah-istilah ini berbeda untuk perawat dan pasien, dan tidak ada definisi khusus yang

membedakan antara nyeri ringan, sedang dan berat. Hal ini mungkin juga disebabkan oleh fakta bahwa setiap orang memiliki persepsi nyeri yang berbeda.

2. Durasi (K: Waktu) Perawat meminta pasien untuk menentukan onset, durasi dan perkembangan nyeri.

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri

Cara untuk menghilangkan nyeri menurut Citra (2019) yaitu melalui manajemen nyeri. Penatalaksanaan nyeri terdiri dari teknik farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi nyeri farmakologis meliputi penggunaan analgesik, obat antiinflamasi nonsteroid, dan analgesik narkotik. Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis, meliputi:

1. Pengaturan posisi

Sebagian besar nyeri neuromuskuloskeletal dapat dikurangi dengan posisi yang nyaman. Nyeri bertambah parah saat klien dalam posisi yang tidak nyaman. Penyesuaian posisi dengan istirahat atau posisi fisiologis dilakukan agar peredaran darah atau aliran darah lancar.

2. Teknik relaksasi

- a. Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat mengurangi nyeri dengan cara melepaskan ketegangan otot yang menimbulkan nyeri.
- b. Relaksasi Pernapasan abdomen yang rileks adalah teknik relaksasi sederhana yang terdiri dari pernapasan perut yang lambat dan berirama yang dapat menghilangkan rasa nyeri.

3. Distraksi

Distraksi dengan cara mengalihkan perhatian ke hal lain, yang mengurangi kesadaran nyeri dan bahkan meningkatkan toleransi nyeri.

4. Sentuhan

Sentuhan terapeutik mengacu pada penggunaan tangan secara sadar dengan memberikan distraksi.

2.3 Konsep Dasar Rheumatoid Arthritis

2.3.1 Definisi Rheumatoid Arthritis

Rheumatoid arthritis (RA) adalah penyakit autoimun yang ditandai dengan peradangan sistemik kronis dan progresif yang paling utama sasaran persendian. Sendi yang terkena terutama sendi simetris berukuran kecil dan sedang. (Manullang, 2022).

Sedangkan menurut Fatmawati & Saputra (2022) *Rheumatoid arthritis* adalah peradangan kronis pada sendi yang disebabkan oleh penyakit autoimun. Penyakit autoimun muncul ketika sistem kekebalan tubuh yang melawan mikroorganisme seperti virus, bakteri dan jamur terganggu dan dapat menyerang sel-sel jaringan tubuh sendiri, terutama jaringan sinovial, selaput tipis yang melapisi persendian.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *rheumatoid arthritis* adalah peradangan sendi kronis yang disebabkan oleh penyakit autoimun.

2.3.2 Etiologi Rheumatoid Arthritis

Etiologi *rheumatoid arthritis* belum diketahui secara pasti. Namun, kemunculannya berkorelasi dengan interaksi yang kompleks antara faktor genetik dan lingkungan (Jannah, 2021)

1. Genetik

Hal ini terkait dengan gen HLA-DRB 1 (Human Leukocyte Antigen) dan tingkat sensitivitas dan ekspresi faktor ini adalah 60%. Gen ini berperan dalam membedakan antara protein dalam tubuh dan protein dari organisme yang menginfeksi tubuh.

2. Kegemukan atau obesitas

Semakin bertambah berat badan, semakin tinggi risiko terkena *rheumatoid arthritis*. Karena kelebihan jaringan lemak akan melepaskan sitokin yaitu protein yang dapat memicu peradangan di seluruh tubuh

3. Jenis Kelamin

Dikatakan bahwa wanita dua sampai tiga kali lipat beresiko terkena *rheumatoid arthritis* daripada pria. Meski belum diketahui secara pasti, para peneliti meyakini bahwa mungkin disebabkan oleh efek hormon estrogen yang dikenal sebagai hormon wanita. Risiko *rheumatoid arthritis* juga dikatakan meningkat pada wanita pascamenopause.

4. Faktor Infeksi

Beberapa agen infeksi diduga bisa menginfeksi sel induk dan merubah reaktivitas atau respon sel T sehingga timbul penyakit rheumatoid arthritis.

5. Faktor lingkungan

Salah satu contohnya adalah merokok. Alasan pasti terkait hal ini belum sepenuhnya dipahami. Namun, para peneliti menduga merokok dapat memicu kerusakan fungsi sistem kekebalan, terutama pada orang yang memiliki genetik terkait dengan rheumatoid arthritis.

2.3.3 Klasifikasi Rheumatoid Arthritis

Menurut, Jannah (2021) mengklasifikasikan *rheumatoid arthritis* menjadi empat tipe, yaitu:

1. Klasik

Tipe ini harus terdapat tujuh kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus menerus, dalam waktu paling sedikit enam minggu.

2. Defisit

Tipe ini harus terdapat lima kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus menerus, dalam waktu paling sedikit enam minggu.

3. Probable

Tipe ini harus terdapat tiga kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus menerus, dalam waktu paling sedikit enam minggu.

4. Possible

Tipe ini harus terdapat dua kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus menerus, dalam waktu paling sedikit tiga bulan.

Tabel 2. 1 Kriteria klasifikasi pada Rheumatoid arthritis (Sofia & Herawati, 2022).

Revised American Rheumatism Association Criteria for The Classification of Rheumatoid Arthritis		
NO	KRITERIA	DEFINISI
1.	Morning Stiffness	Kekakuan sendi di dalam dan di sekitar sendi, berlangsung minimal selama 1 jam
2.	Arthritis pada 3 atau lebih sendi	Dari pemeriksaan, 3 atau lebih sendi secara simultan mengalami pembengkakan atau akumulasi cairan (bukan hanya pertumbuhan tulang). Area yang sering : PIP kanan/kiri, MCP, pergelangan tangan, siku, lutut, ankle, dan MTP
3.	Arthritis sendi-sendi tangan	Minimal 1 sendi tangan mengalami pembengkakan (pergelangan tangan, MCP atau PIP)
4.	Arthritis Simetrik	Keterlibatan sendi-sendi dalam satu area (seperti disebutkan pada kriteria 2) pada kedua sisi tubuh / bilateral.
5.	Nodul-nodul Rheumatoid	Nodul - nodul subkutan diatas penonjolan tulang atau permukaan ekstensor atau regio jukstaarikuler
6.	Rheumatoid Factors	Jumlah abnormal dari faktor rheumatoid dengan metode apapun dimana hasilnya <5% dari subyek kontrol yang normal
7.	Radiologis	Adanya erosi dan dekalsifikasi inekuivokal pada sendi yang terkena (postero anterior dari radiologi tangan dan pergelangan tangan).
MCP = Metacarpophalangeal MTP = Metatarsophalangeal PIP = Proximal Interphalangeal		
Pasien dapat dikatakan menderita Rheumatoid Arthritis bila memenuhi paling tidak 4 kriteria dari 7 kriteria ini. Kriteria 1 hingga 4 harus muncul setidaknya dalam 6 minggu.		

2.3.4 Manifestasi Klinis Rheumatoid Arthritis

Menurut Wakhidah (2019) ada beberapa tanda dan gejala yang ditemukan pada usia lanjut yaitu :

1. Saat pagi hari terasa kaku pada sendi
2. Rasa sakit dan kaku bermula pada daerah lutut, bahu, siku, pergelangan tangan, dan kaki, juga jari-jari
3. Setelah beberapa bulan mulai terlihat bengkak
4. Akan terasa hangat bila diraba

5. Timbul kemerahan dan terasa sakit atau nyeri
6. Bila sakit sudah tidak tertahan dapat menyebabkan demam
7. Dapat terjadi berulang.

2.3.5 Patofisiologis Rheumatoid Arthritis

Proses inflamasi awalnya mengarah pada pembengkakan sendi sinovial, kongesti vaskular dengan pembentukan pembuluh darah baru, eksudat fibrin, dan infiltrasi seluler. Peradangan yang berkelanjutan akan menyebabkan penebalan sinovial, terutama kartilago. Sendi yang meradang membentuk jaringan granulasi yang disebut pannus. Pannus menyebar luas untuk menyerang tulang subkondrial. Jaringan granulasi menjadi lebih kuat karena peradangan menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago. Hal ini menyebabkan kartilago menjadi nekrotisis (Wati, 2021). Pannus terbentuk akan menghancurkan tulang-tulang rawan sehingga memunculkan erosi tulang. Akibat dari erosi tulang dapat menghilangkan permukaan sendi yang berakibat pada gerak sendi yang terbatas. Serabut otot juga ikut terserang sehingga mengalami perubahan degeneratif dengan hilangnya elastisitas otot serta kekakuan kontraksi otot.

2.3.6 Komplikasi Rheumatoid Arthritis

Komplikasi *rheumatoid arthritis* (RA) menurut Septiyani (2018) penyakit sistemik yang bisa pengaruhi tubuh, sebagai berikut:

1. Neuropati perifer bisa mempengaruhi saraf yang sangat kerap terjadi di tangan serta kaki. Ini bisa menimbulkan kesemutan, mati rasa ataupun terbakar
2. Penyakit jantung, rheumatoid arthritis(RA) bisa pengaruhi penyakit jantung serta meningkatnya sisa penyakit jantung koroner iskemik.
3. Sindrom aktivasi makrofag merupakan komplikasi yang mengancam jiwa pada penderita dengan rheumatoid arthritis(RA) serta membutuhkan penyembuhan dengan steroid dosis besar serta siklosporin A.
4. Osteoporosis merupakan komplikasi yang dirasakan perempuan menopause dengan rheumatoid arthritis(RA) di area pinggul.

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Rheumatoid Athritis

1. Laju sedimentasi darah(LED) serta C- Reactive Protein(CRP) menerangkan proses inflamasi, namun mempunyai spesifikasi rendah buat RA. Uji ini bermanfaat buat memantau kegiatan penyakit serta respons terhadap pengobatan.
2. Uji antibodi Anti- CCP(Cyclic Citrullinated Peptide).
Uji buat mendiagnosis rheumatoid arthritis semenjak dini. Riset terkini menampilkan jika uji ini mempunyai sensitivitas yang mirip dengan uji RF, namun mempunyai spesifikasi yang jauh lebih besar serta ialah prediktor yang kokoh buat pertumbuhan penyakit erosif.

3. Uji RF(Aspek Rheumatoid).

Uji ini tidak konklusif tetapi bisa mengindikasikan penyakit radang kronis yang lain (positif palsu). Dalam sebagian permasalahan RA, tidak terdapat RF yang ditemukan(negatif palsu). RF ini ditemukan positif pada dekat 60- 70% penderita RA. Tingkatan RF apabila dikombinasikan dengan tingkatan antibodi anti- CCP bisa menampilkan tingkatan keparahan penyakit

4. X- ray Tangan serta kaki

Ini dapat jadi kunci buat mengenali erosi serta memprediksi pertumbuhan penyakit dan berguna untuk membedakan tipe radang sendi yang lain, semacam osteoarthritis.

5. Analisis cairan sinovial

Infeksi yang menuju ke *rheumatoid arthritis* diikuti dengan cairan sinovial yang tidak wajar dalam perihal mutu serta jumlah yang bertambah ekstrem. Ilustrasi cairan ini umumnya diambil dari sendi (lutut), buat dianalisis dan didata untuk melihat tanda-tanda adanya peradangan

6. scan tulang

Uji ini bisa digunakan buat mengetahui infeksi pada tulang (Jannah, 2021).

2.3.8 Penatalaksanaan Rheumatoid Athritis

1. Pendidikan

Kepada penderita tentang penyakitnya serta penatalaksanaan yang akan dilakukan supaya terjalin ikatan yang baik serta menjamin

kepatuhan penderita buat melanjutkan penyembuhan dalam waktu yang lama.

2. NSAID

Diberikan semenjak dini buat menyembuhkan perih sendi akibat infeksi yang kerap ditemui. NSAID yang bisa diberikan:

a. Aspirin

b. Penderita di dasar 65 tahun bisa mulai dengan 3- 4 x 1 gram/ hari, setelah itu bertambah 0, 3- 0, 6 gram per pekan hingga terjalin revisi ataupun indikasi toksik. Dosis pengobatan 20- 30 mg/dl

c. Ibuprofen, naproxen, piroxicam, diklofenak, serta sebagainya.

3. DMARD

Digunakan buat melindungi tulang rawan sendi serta tulang dari proses kehancuran akibat *rheumatoid arthritis*. Mula- mula khasiatnya baru nampak sehabis 3- 12 bulan setelah itu. Sehabis 2- 5 tahun, daya gunanya dalam memencet proses rematik hendak menyusut. Biasanya diberikan lekas sehabis penaksiran *rheumatoid arthritis* ditegakkan, ataupun apabila reaksi terhadap OAINS kurang baik, sekalipun statusnya dicurigai. Tipe yang digunakan merupakan:

a. Klorokuin, dosis anjuran klorokuin fosfat merupakan 250 miligram/ hari ataupun hidrosiklorokuin 400 miligram/ hari. Dampak samping bergantung pada dosis setiap hari, penyusutan ketajaman penglihatan, dermatitis makulopapular, mual, diare serta anemia hemolitik.

- b. Sulfasalazine dalam wujud tablet salut enterik digunakan dengan dosis 1x500 miligram/ hari, ditingkatkan 500 miligram per pekan, hingga dengan dosis 4x500 miligram. Dampak sampingnya merupakan mual, muntah, serta dispepsia.
- c. D- penicillamine, digunakan dengan dosis 250- 300 miligram/ hari, setelah itu dosis ditingkatkan tiap 2- 4 pekan sebanyak 250- 300 miligram/ hari sampai menggapai dosis total 4 x 250- 300 miligram/ hari. Dampak samping tercantum ruam kulit urtikaria ataupun mobiliformis, stomatitis.
- d. Garam emas merupakan standar emas buat DMARD. Mulailah dengan dosis percobaan awal 10 miligram, seminggu setelah itu diiringi dengan dosis kedua 20 miligram. Seminggu setelah itu dosis penuh 50 miligram/ pekan diberikan sepanjang 20 pekan. Dampak samping tercantum pruritus, stomatitis, proteinuria, trombositopenia, serta aplasia sumsum tulang.
- e. Methotrexate sangat gampang digunakan serta mempunyai waktu mulai yang relatif pendek dibanding dengan yang lain.
- f. Kortikosteroid cuma digunakan buat penyembuhan rheumatoid arthritis dengan komplikasi yang parah serta mengecam jiwa, semacam vaskulitis, sebab obat ini mempunyai dampak samping yang sangat sungguh- sungguh.

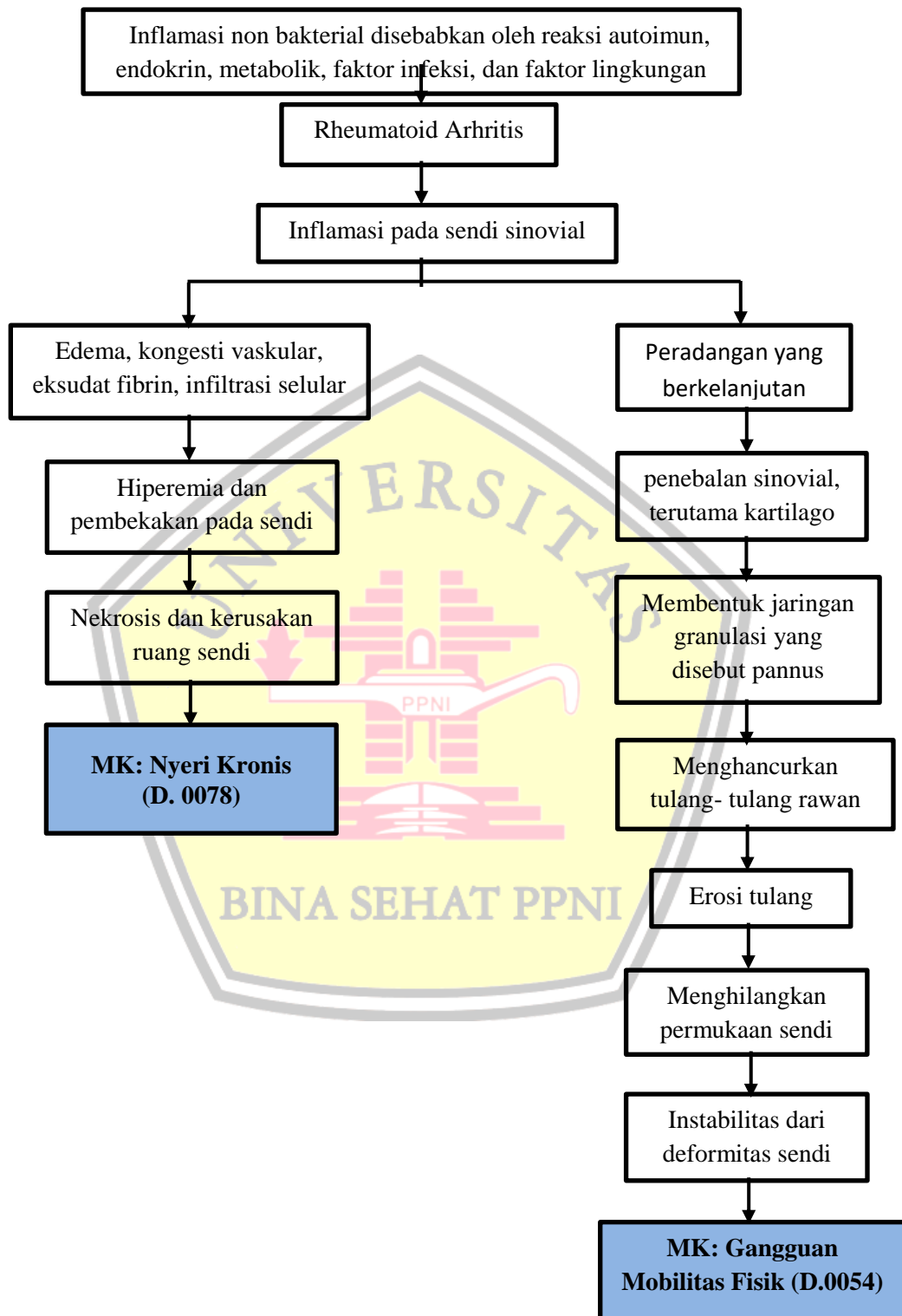
4. Rehabilitasi

Bertujuan buat tingkatkan mutu hidup penderita. Triknya meliputi mengistirahatkan sendi yang ikut serta, senam, pemanasan, serta sebagainya. bisa jadi dibutuhkan buat operasi. Kerapkali perlengkapan pula diperlukan. Oleh sebab itu, penafsiran rehabilitasi meliputi:

- a. Ban belat, tongkat/ kruk, mesin berjalan, sofa roda, sepatu serta perlengkapannya
- b. Fitur ortotik prostetik yang lain.
- c. Pengobatan mekanik
- d. Pemanasan: baik hidroterapi ataupun elektroterapi (Sihombing, 2019)



2.3.9 Pathway Rheumatoid Arthritis



Gambar 2. 1 Pathway Rheumatoid Arthritis

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Adapun identitas klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, agama serta tanggal saat pengkajian. Umumnya orang yang alami *rheumatoid arthritis* merupakan lanjut usia dengan umur mungkin berkisar antara 60- 74 tahun(eaderly).

2. Identitas Keluarga

Adapun identitas keluarga meliputi nama, hubungan dengan klien, pekerjaan serta alamat.

3. Status kesehatan sekarang

a. Keluhan Utama

Biasanya keluhan utama *rheumatoid arthritis* merupakan nyeri kronis yang *terjalin* pada area persendian yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017).

Pada fokus pengkajian nyeri kronis maka digunakan metode PQRST.

P (provoking indent) : Pada penderita *rheumatoid arthritis* didapatkan penyebab nyeri pada muskuloskeletal kronis terjadi karwna adanya pengapuran pada persendian.

Q (quality) : Pada penderita *rheumatoid arthritis* nyeri yang dirasakan bersifat menusuk

R (region) : Nyeri kronis yang dialami penderita rheumatoid arthritis dapat menjalar atau menyebar biasanya terjadi pada tangan, kaki, dan lutut atau bisa menyerang bagian persedian tubuh lainnya.

S (scale) : Nyeri yang biasanya dirasakan ada diantara 1-10 pada rentan skala pengukuran 0-10

T (time) : Nyeri dapat berlangsung kapan, apakah terjadi pada siang hari atau malam hari

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengeluh nyeri pada persendian lebih dari 3 bulan secara terus menerus (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017). Pengidap *rheumatoid arthritis* umumnya menyerang persendian kaki, tangan ataupun lutut. Upaya yang dilakukan lanjut usia dengan mengkonsumsi obat- obatan sebagai pereda nyeri. Penderita juga diberikan obat analgesik semacam asetaminofen/ parasetamol, tramadol, kodein, opiat dan glukokortikoim serta NSAID. Obat NSAID pula diberikan kepada penderita semacam aspirin yang diberikan cocok dengan dosis yang dibutuhkan.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Mungkin pemicu yang menunjang terjadinya nyeri kronis pada lanjut usia yang alami *rheumatoid arthritis* yaitu pernah melakukan operasi pada bagian sendi.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji keluarga lanjut usia yang hadapi *rheumatoid arthritis*, apakah terdapat anggota keluarga yang mempunyai permasalahan yang sama.

4. *AGE RELATED CHANGES* (Perubahan Terkait Proses Menua)

a. Fungsi fisiologis

1) Tanda-tanda vital

Kaji TTV seperti tekanan darah, suhu, respirasi, serta nadi. Pada pengidap *rheumatoid arthritis* terjalinkan kenaikan denyut nadi yang berkisar di atas 100x/ menit. Terjalinkan kenaikan tekanan darah yang berkisar di atas 140/ 90 mmHg, terjalinkan kenaikan pernapasan yang berkisar di atas 20x/ menit serta temperatur terletak pada ambang batasan wajar 36,1- 37,2.

2) Keadaan umum

Keadaan umum pengidap *rheumatoid arthritis* merupakan mengeluh nyeri, cepat letih, perubahan berat tubuh serta bentuk badan badan.

3) Integumen

Lanjut usia yang alami proses penuaan mengalami pergantian integumen, edema, lesi/ cedera.

4) Haematopetik

Pengidap *rheumatoid arthritis* tidak alami pembengkakan kelenjar getah bening ataupun anemia.

5) Kepala

Pengidap *rheumatoid arthritis* tidak alami masalah di kepala, semacam pusing ataupun sakit kepala.

6) Mata

Pengidap *rheumatoid arthritis* tidak alami kendala pada mata.

7) Telinga

Pengidap *rheumatoid arthritis* tidak alami masalah pada telinga.

8) Pernapasan

Penderita *rheumatoid arthritis* tidak menampilkan kelainan pada sistem pernafasan palpasi dada menampilkan vokal fremitus kanan serta kiri sama serta pada auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan.

9) Mulut, tenggorokan

Pengidap *rheumatoid arthritis* tidak ditemui masalah pada mulut serta tenggorokan.

10) Leher

Pengidap *reumatoid artritis* tidak ditemui terdapatnya masalah pada leher, tetapi perawat memastikan apakah ada kekakuan serta nyeri tekan pada leher.

11) Kardiovaskular

Penderita *rheumatoid arthritis* butuh dicoba pengecekan kardiovaskuler, sebab bisa terjalin kenaikan tekanan darah, kenaikan nadi, serta pernafasan akibat aspek penyakit.

12) Pencernaan

Sistem pencernaan tidak alami masalah, ataupun permasalahan pada sistem pencernaan. Perawat butuh mengkaji apakah terdapat perubahan pola makan serta jenis makanan.

13) Urine

Kandung kemih pada penderita dengan *rheumatoid arthritis* merupakan normal.

14) Muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal pengidap *rheumatoid arthritis* ada nyeri pada persendian, pembengkakan, kekakuan persendian, kelainan wujud, kram persendian. Perihal ini diisyaratkan dengan klien meringkik sakit.

Pada fokus pengkajian nyeri yang terjadi pada sistem muskuloskeletal maka digunakan metode PQRST.

P (provoking indent) : Pada penderita *rheumatoid arthritis* didapatkan penyebab nyeri pada muskuloskeletal kronis terjadi karena adanya pengapuran pada persendian.

Q (quality) : Pada penderita *rheumatoid arthritis* nyeri yang dirasakan bersifat menusuk

R (region) : Nyeri kronis yang dialami penderita *rheumatoid arthritis* dapat menjalar atau menyebar biasanya terjadi pada tangan, kaki, dan lutut atau bisa menyerang bagian persendian tubuh lainnya.

S (scale) : Nyeri yang biasanya dirasakan ada diantara 1-10 pada rentan skala pengukuran 0-10

T (time) : Nyeri dapat berlangsung kapan, apakah terjadi pada siang hari atau malam hari

5. Kemampuan Perkembangan Psikososial serta Spiritual

a. Psikososial

Pada pengidap *rheumatoid arthritis*, guna psikososial yang timbul merupakan lanjut usia khawatir luka, kecemasan hendak kesehatannya, pekerjaan protektif, fokus pada diri sendiri, waspada serta fokus kecil.

b. Perilaku

1) Diet

Reaksi nyeri menimbulkan pola makan berubah serta cenderung menurun.

2) Pola Tidur

Reaksi nyeri yang ditimbulkan bisa pengaruhi pola tidur klien.

3) Pola aktivitas

Kegiatan bisa terhambat bersumber pada reaksi nyeri yang dirasakan klien.

c. Spiritual

Kaji aktivitas keagamaan pada lanjut usia serta hambatan sepanjang beribadah. Umumnya disaat nyeri muncul, lanjut usia

pengidap rematik akan alami hambatan tidak bisa menuntaskan aktivitasnya sehingga ibadah jadi terhambat.

6. Lingkungan

Kaji area dekat lanjut usia, tercantum gimana kamar serta kamar mandi digunakan oleh lanjut usia.

7. Negative Functional Consequences

a. Kemampuan ADL

Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-Hari (Indeks Barthel)

Tabel 2. 2 Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-Hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Makan	5	10	
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5	Mandi	0	5	
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	
7	Naik turun tangga	5	10	
8	Mengenakan pakaian	5	10	
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	
Jumlah				

Interpretasi Hasil :

- 90 : Mandiri
- 85-80 : Ketergantungan sedang
- 75-70 : Ketergantungan ringan
- 35-30 : Ketergantungan berat
- 35-30 : Ketergantungan total

b. Aspek Kognitif

MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 2. 3 MMSE (Mini Mental Status Exam)

NO	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun: Hari :..... Musim: Bulan:..... Tanggal :.....
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara:..... Panti :..... Propinsi:..... Wisma :..... Kabupaten/kota :.....
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)

6	Bahasa	9	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 3) Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Ambil kertas ditangan anda 5) Lipat dua 6) Taruh dilantai. <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) “Tutup mata anda” 8) Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9) Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpu
---	--------	---	--

Interpretasi hasil:

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 – 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan:

c. Tes keseimbangan

Time Up Go Test

Tabel 2. 4 Time Up Go Test

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		

Rata-rata Waktu TUG	
Interpretasi hasil	

Interpretasi hasil:

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

Tabel 2. 5 Hasil Pemeriksaan TUG

>13,5 detik	Resiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

d. Kecemasan

GDS Pengkajian depresi

Tabel 2. 6 Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	

11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
Jumlah				

Interpretasi Hasil:

Jika Diperoleh skor 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

e. Status nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

Tabel 2. 7 Status Nutrisi

No	Indikator	score	pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup	2	

	untuk belanja, memasak atau makan sendiri		
	Total score		

Interpretasi:

- 0– 2 : Good
- 3– 5 : Moderate nutritional risk
- 6 ≥ : High nutritional risk

f. Hasil pemeriksaan Diagnostik

Tabel 2. 8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

No	Diagnosa Medis	Pemeriksaan Diagnostik	Pengobatan

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ialah penilaian terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik secara aktual maupun potensial yang bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga, maupun komunitas terkait dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang muncul pada penderita RA yakni:

1. D.0078 Nyeri kronis berhubungan dengan inflamasi pada sendi

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis.

1. D.0078 Nyeri kronis berhubungan dengan inflamasi pada sendi

Tabel 2. 9 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan inflamasi pada sendi</p>	<p>(Tingkat nyeri – L. 08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (Skala nyeri 6 menjadi 3) 2. Tidak meringis 3. Tidak gelisah dan tidak cemas 4. Frekuensi nadi membaik (Nadi 105x/menit menjadi 85x/menit) 5. Tekanan darah membaik (TD 145/85 mmHg menjadi 120/80 mmHg) 	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi tanda-tanda vital, Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (PQRST) 2) Identifikasi respon nyeri non verbal <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (kompres hangat) untuk mengurangi bengkak (kompres dingin) 2) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik nafas dalam) <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Edukasi kepatuhan program pengobatan 2) Berikan edukasi tentang rheumatoid arthritis, strategi menurunkan nyeri dengan menggunakan media pendidikan kesehatan 3) Edukasi pola makan yang menyebabkan nyeri pada penderita rheumatoid arthritis <p>d. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan hal yang penting dari asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan yang mencakup melakukan, membantu, memberikan arahan untuk mencapai tujuan

Implementasi yang dilakukan pada lansia dengan keluhan Rheumatoid arthritis yakni melakukan intervensi manajemen nyeri, yakni

melakukan observasi yang menggunakan metode PQRST, memberikan terapeutik seperti fasilitas istirahat tidur dan memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, memberikan edukasi strategi mengurangi nyeri serta edukasi tindakan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan melakukan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya untuk pemberian analgetik (Tim Pokja SIKI, 2018).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi ialah merupakan langkah akhir dari proses keperawatan yang dilakukan dengan proses identifikasi tujuan dan rencana keperawatan, terdapat dua kegiatan yakni mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung dan mengevaluasi dengan target tujuan yang akan disebut sebagai evaluasi hasil (Prasetya, 2021).

Evaluasi bertujuan untuk melihat dan menilai kemampuan untuk mencapai tujuan, sehingga diperlukan adanya komponen SOAP untuk mempermudah evaluasi.

1. S: Merujuk pada data subyektif yang didapatkan oleh perawat ketika melakukan anamnesa. Pada pasien RA dengan nyeri kronis hasil akhir yang diharapkan secara verbal pasien mengatakan nyeri menurun atau hilang setelah melakukan teknik non-farmakologis berupa kompres air hangat, perasaan depresi (tertekan) menurun dan perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017).

2. O: Merujuk pada data obyektif yang dilakukan oleh perawat. Pada pasien dengan RA dengan nyeri kronis hasil akhir yang diharapkan meliputi ekspresi meringis kesakitan menurun, gelisah menurun, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, sikap protektif menurun, pola tidur membaik, nafsu makan membaik, fokus membaik (Tim Pokja SDKI DPD PPNI, 2017)

3. A: Merujuk pada assesment atau analisis yang terdapat penilaian pada keadaan subyektif dan obyektif apakah sudah teratasi atau belum teratasi.

a. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi merujuk pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji oleh perawat dimana pasien tidak memunculkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan kriteria hasil pada rencana keperawatan.

b. Masalah teratasi sebagian

Masalah teratasi sebagian merujuk pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji oleh perawat dimana pasien memunculkan sebagian perubahan dan kemajuan yang sesuai dengankriteria hasil pada rencana keperawatan.

c. Masalah teratasi

Masalah teratasi merujuk pada subyektif dan obyektif yang telah diamati dan dikaji oleh perawat dimana pasien

menunjukkan perubahan dan kemajuan sesuai dengan kriteria hasil pada rencana keperawatan.

4. P: Merujuk pada planning atau perencanaan tindakan yang akan dilakukan setelahnya apakah rencana keperawatan akan dilanjutkan atau dihentikan.

a. Intervensi dilanjutkan

Diagnosis masih berlaku, tujuan dan kriteria standar masih relevan.

b. Intervensi dihentikan

Tujuan keperawatan telah dicapai, dan rencana perawatan tidak dilanjutkan atau dihentikan

