

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian lansia

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Kata lansia menggambarkan tahapan akhir dari siklus kehidupan manusia (Akbar et al., 2021). Proses menua, sedikit demi sedikit orang tersebut akan mengalami berbagai bentuk kemunduran seperti kemunduran fisik dan kesehatan. Dilihat dari segi aspek kesehatan, usia yang semakin bertambah akan menyebabkan lansia lebih rentan memiliki berbagai keluhan fisik baik secara faktor alamiah ataupun disebabkan oleh faktor penyakit. Salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan dan penduduk adalah morbidity rates. Bila angka kesakitan semakin tinggi, maka akan semakin buruk derajat kesehatan penduduk (KEMENKES RI, 2020).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia terdiri dari lima kategori yang dijelaskan dalam buku "Mengenal Usia lanjut dan perawatannya" oleh Maryam et. al (2019) sebagai berikut (Maryam et al., 2019):

- a. Pralansia (Prasenilis): Kategori ini mencakup individu berusia antara 45 hingga 59 tahun.

- b. Lansia: Merujuk pada individu yang berusia 60 tahun ke atas. Dalam kelompok ini, terdapat subkategori lansia berisiko tinggi, yaitu mereka yang berusia 70 tahun atau lebih, atau mereka yang berusia 60 tahun ke atas namun memiliki masalah kesehatan.
- c. Lansia Potensial: Ini adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- d. Lansia Tidak Potensial: Kategori ini mencakup lansia yang tidak mampu mencari nafkah dan bergantung pada bantuan orang lain untuk kehidupan sehari-hari.

2.1.3 Teori Proses Menua

Menurut Aspiani (2019), proses menua dapat dijelaskan melalui berbagai teori.

1 Teori Biologis

a. Teori Genetik

Teori ini mengemukakan bahwa proses penuaan terjadi sebagai akibat dari adanya program jam genetik di dalam nukleus. Jam ini berfungsi selama periode tertentu, dan ketika siklusnya habis, proses mitosis akan terhenti. Menurut teori ini, radiasi dan zat kimia dapat memperpendek usia, karena terjadinya mutasi progressif pada DNA sel somatik yang mengakibatkan penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

b. Teori non Genetik

Teori penurunan sistem imun tubuh (autoimmune theory) menyatakan bahwa mutasi yang berlangsung berulang dapat mengurangi kemampuan

sistem imun tubuh dalam mengenali dirinya sendiri (self-recognition). Jika mutase tersebut merusak membran sel, sistem imun dapat salah mengenali sel tersebut dan merusaknya. Hal ini menjadi dasar peningkatan penyakit autoimun pada individu yang lebih berusia (GOLDSTEIN) (Ramadianti, 2023).

2 Teori Psikologis

a. Teori Disengagement

Putusnya hubungan dengan dunia luar seperti dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain (Gonot-Schoupinsky et al., 2022).

b. Teori Aktivitas

Teori ini mengemukakan bahwa individu perlu tetap aktif dan terlibat dalam kehidupan sosial untuk mencapai masa tua yang sukses. Keterlibatan dalam berbagai aktivitas dinilai sangat penting guna mempertahankan kepuasan diri serta membentuk citra diri yang positif. (Yuliadarwati et al., 2024).

- 1) aktif lebih baik daripada pasif.
- 2) gembira lebih baik daripada tidak gembira.
- 3) orang tua merupakan orang yang baik untuk mencapai sukses dan akan memilih alternatif pilihan aktif dan bergembira. Penuaan mengakibatkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.

3 Teori Kontinuitas

Teori ini memandang bahwa kondisi tua merupakan kondisi yang selalu terjadi dan secara berkesinambungan yang harus dihadapi oleh orang lanjut usia. Adanya suatu kepribadian berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress (Oliva & Favato, 2021).

4 Teori Penyesuaian Psikososial

Teori ini menggaris bawahi pentingnya proses adaptasi dan penyesuaian psikososial yang dihadapi individu seiring bertambahnya usia. Penyesuaian yang berhasil mencakup kemampuan untuk menerima perubahan fisik, mengatasi kehilangan, serta menghadapi tantangan sosial yang muncul (Hanes & Clouston, 2024).

5 Teori *Socioemotional Selectivity (Socioemotional Selectivity Theory)*

Teori ini menyatakan bahwa seiring bertambahnya usia, individu menjadi lebih selektif dalam hubungan sosial mereka. Lansia cenderung memilih hubungan yang lebih bermakna dan menghindari interaksi sosial yang dianggap tidak penting (Stretton et al., 2022).

6 Teori Penilaian dan Pengaturan Emosi (*Emotion Regulation Theory*)

Teori ini mengemukakan bahwa dengan bertambahnya usia, individu menjadi lebih terampil dalam mengatur emosi mereka (Kunzmann et al., 2022).

7 Teori Perspektif Temporal (*Temporal Perspective Theory*)

Teori ini mengemukakan bahwa persepsi individu tentang waktu yang tersisa dalam hidup mereka mempengaruhi prioritas dan keputusan yang mereka buat. Lansia, yang melihat waktu mereka semakin berkurang,

cenderung fokus pada hal-hal yang memberikan kepuasan emosional dan makna hidup. Teori-teori ini membantu menjelaskan berbagai aspek psikologis dan sosial dari proses penuaan, serta bagaimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia (Kilpela et al., 2023).

2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan fisik yang dialami oleh lansia termasuk kulit yang kering, penipisan rambut, penurunan kemampuan mendengar, berkurangnya refleks batuk, peningkatan pengeluaran lendir, serta penurunan curah jantung, dan lain-lain. Meskipun perubahan ini tidak bersifat patologis, mereka dapat membuat lansia lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Proses perubahan tubuh ini merupakan hal yang wajar seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi oleh faktor kesehatan, gaya hidup, tekanan, dan lingkungan (Wahyuni et al., 2024). Di sisi lain, perubahan psikologis pada lansia juga sangat penting. Nugroho (2019) menjelaskan bahwa psikologi penuaan yang berhasil tercermin dalam kemampuan individu lansia untuk beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial, dan emosional, serta untuk mencapai kebahagiaan, kedamaian, dan kepuasan hidup. Namun, perubahan-perubahan ini sering kali dapat memicu stres pada lansia (Nugroho, 2019). Terdapat beberapa perubahan psikososial pada lansia yaitu:

- a. Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit.
- b. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan, meningkatnya biaya hidup bertambahnya biaya pengobatan.

- c. Rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
 - d. Perubahan fisik terutama organ-organ perasa.
 - e. Kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan dan lingkungan
- 1 Sistem persarafan.
 - a Menurunnya hubungan persarafan
 - b Respons dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress
 - c Saraf panca-indra mengecil
 - d Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitive terhadap perubahan suhu, dan rendahnya ketahanan terhadap dingin
 - e Kurang sensitive terhadap sentuhan
 - f Defisit memori
 - 2 Sistem pendengaran
 - a Gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulitmengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.
 - b Membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis
 - c Terjadi pengumpulan serumen
 - d Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami
 - e Ketegangan/stress.

f Titinus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisaterus menerus atau intermiten)

g Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar)

3 Sistem Penglihatan

a. Sfingter pupil timbul sclerosis dan respon sinar menghilang

b. Kornea lebih berbentuk sferis (bola)

c. Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.

d. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap

e. Penurunan/hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbyopia (rabun dekat), seseorang sulit melihat dekat yang dipengaruhi berkurangnya elastisitas lensa

f. Lapang pandang menurun: luas pandangan berkurang

g. Daya membedakan warna menurun, terutama warna biru atau hijau pada skala.

4 Sistem kardiovaskuler

a Katup jantung menebal dan menjadi kaku

b Elastisitas dinding aorta menurun

c Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun frekuensi denyut jantung yang di sebabkan oleh lanjut usia

- d Curah jantung menurun
- e Kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) biasanya menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg) mengakibatkan pusing mendadak.
- f Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan pendarahan
- g Tekanan darah menjadi tinggi akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat Sistol ± 170 mmHg, diastole ± 95 mmHg

5 Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

- a Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun.
- b Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggilir, pucat, dan gelisah.
- c Keterbatasan reflex menggilir dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

6 Sistem Pernapasan

- a Otot pernapasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku
- b Aktivitas silia menurun Paru kehilangan elastisitas sehingga kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernapasan maksimum menurun dengan kedalaman bernapas menurun.
- c Ukuran alveoli melebar (membesar secara progresif) dan jumlah berkurang

- d Berkurangnya elastisitas bronkus
 - e Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg
 - f Karbon dioksida pada arteri tidak berganti. Pertukaran gas terganggu
 - g Reflek kemampuan untuk batuk berkurang
 - h Sensitivitas terhadap hipoksia dan hiperkarbi menurun
 - i Sering terjadi emfisema senilis
 - j Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernapasan menurun seiring pertambahan usia 15
- 7 Sistem Pencernaan
- a Kehilangan gigi, penyebab utama periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
 - b Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap, hilangnya sensitivitas saraf pengecap dilidah, terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas saraf pengecap terhadap rasa asin, asam, dan pahit.
 - c Esophagus melebar
 - d Rasa lapar menurun, asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
 - e Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi
 - f Fungsi absobsi melemah (daya absorbsi terganggu terutama karbohidrat)
 - g Hati semakin mengecil dan penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

8 Sistem Reproduksi

a Wanita

- a Vagina mengalami kontraktur dan mengecil
- b Ovarium mencuat, uterus mengalami atrofi
- c Atrofi payudara
- d Atrofi vulva
- e Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

b Pria

- 1) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- 2) Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik,
- 3) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.
- 4) Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual.
- 5) Tidak perlu cemas karna prosesnya alimiah sebanyak ±75% pria usia 65 tahun mengalami pembesaran prostat

9 Sistem Genitourinaria

- a Ginjal berfungsi sebagai organ yang mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urine. Darah yang masuk ke ginjal akan disaring oleh unit terkecil dari ginjal yang dikenal sebagai nefron, khususnya di bagian yang disebut

glomerulus. Seiring dengan usia, nefron dapat mengalami atrofi, yang menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal hingga mencapai 50%. Hal ini berdampak pada berkurangnya fungsi tubulus, sehingga kemampuan ginjal untuk mengonsentrasi urine menurun. Akibatnya, berat jenis urine dan adanya protein dalam urine (proteinuria) juga mengalami penurunan. (biasanya +1), BUN (blood urea nitrogen) meningkat sampai 21mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat. Keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu bila dibandingkan dengan usia muda. Kreatinin menurun secara linear sejak usia 30 tahun, jumlah darah difiltrat oleh ginjal berkurang.

- b Vesika urinaria Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.
- c Pembesaran prostat Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.
- d Atrofi vulva
- e Vagina Kebutuhan seksual masih ada tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksualnya berhenti. Frekuensi hubungan seksual menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

- a Esterogen, progesterone, dan testosterone yang memelihara alat reproduksi dan gairah seks. Hormone ini mengalami penurunan
- b Kelenjar pancreas (yang memproduksi insulin dan sangat penting dalam pengaturan gula darah)
- c Kelenjar adrenal/anak ginjal yang memproduksi adrenalin. Salah satu kelenjar endokrin dalam tubuh yang mengatur agar arus darah ke organ tertentu berjalan dengan baik, dengan jalan mengatur vasokonstriksi pembuluh darah. Kegiatan kelenjar anak ginjal ini berkurang pada lanjut usia.
- d Produksi hamper semua hormone menurun
- e Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- f Hipofisis: pertumbuhan hormone ada, tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pemuluh darah; berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH.
- g Aktivitas tiroid, dan daya pertukaran zat menurun
- h Produksi aldosteron menurun
- i Sekresi hormon kelamin, misalnya progesterone, esterogen, dan testoteron, menurun

11 Sistem Integumen

- a Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- b Permukaan kulit cenderung kusam, kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis)

- c Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik – bintik atau noda cokelat
- d Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut – kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis
- e Respons terhadap trauma menurun
- f Mekanisme proteksi kulit menurun
- g Produksi serum menurun
- h Produksi vitamin D menurun
- i Produksi kulit terganggu Kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu
- j Rambut dalam hidung dan telinga menebal
- k Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi
- l Pertumbuhan kuku lebih lambat
- m Kuku jari menjadi keras dan rapuh
- n Kuku kaki tumbuh secara berlebih
- o Jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang

12 Sistem Muskuloskeletal

- a Tulang kehilangan massa (cairan) dan semakin rapuh
- b Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi
- c Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan dan paha.
- d Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak

- e Kifosis
- f Gerakan pinggang, lutut dan jari – jari pergelangan terbatas
- g Gangguan gaya berjalan
- h Kekakuan jaringan penghubung
- i Persendian membesar dan menjadi kaku
- j Tendon mengerut dan mengalami sclerosis
- k Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami)
- l Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.

2.1.5 Tipe-Tipe Lansia

Menurut An-Nafik (2023) tipe lansia dikelompokkan dalam beberapa point, antara lain:

1 Tipe arif bijaksana

Tipe ini didasarkan pada orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman, kaya dengan hikmah, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, memiliki kerendahan hati, sederhana, dermawan, dan dapat menjadi panutan.

2 Tipe mandiri

Tipe lansia mandiri, yaitu mereka yang dapat menyesuaikan perubahan pada dirinya.

3 Tipe tidak puas

Tipe lansia tidak puas adalah lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin.

4 Tipe pasrah

Lansia tipe ini memiliki kecenderungan menerima dan menunggu nasib baik, rajin mengikuti kegiatan agama, dan mau melakukan pekerjaan apa saja dengan ringan tangan.

5 Tipe bingung

Lansia tipe ini terbentuk akibat mereka mengalami syok akan perubahan status dan peran

2.2 Konsep Dasar *Rheumatoid Arthritis*

2.2.1 Pengertian *Rheumatoid Arthritis*

Penyakit *Rheumatoid Arthritis* (RA) adalah salah satu jenis penyakit autoimun yang ditandai dengan peradangan sendi pada orang dewasa (Sing het al., 2020). Penderita RA sering merasakan nyeri pada area *sinovial* sendi, sarung tendon, dan bursa yang mengalami penebalan akibat proses inflamasi. Hal ini dapat diikuti oleh *erosi* dan *destruksi* tulang di sekitar sendi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kecacatan (Sjamsuhidajat et al., 2020). Kebanyakan kasus penyakit rematik berlangsung secara kronis, dengan fase sembuh dan kambuh yang berulang, sehingga menyebabkan kerusakan sendi yang permanen pada penderita RA. *Rheumatoid Arthritis* merupakan penyakit kronis yang bersifat sistemik dan mempengaruhi sistem

muskuloskeletal. Penyakit ini ditandai dengan peradangan pada lapisan sinovial, yang menyebabkan nyeri dan deformitas (SMELTZER et al., 2020).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa *Rheumatoid Arthritis* adalah penyakit autoimun atau inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik dan cenderung kronis, yang menyerang persendian. Gejalanya termasuk kelemahan umum, cepat lelah, nyeri, kekakuan, pembengkakan, serta keterbatasan gerak dan fungsi pada banyaksendi. Manifestasi utama dari *Rheumatoid Arthritis* adalah *poliartritis* yang *progresif*, namun penyakit ini juga dapat melibatkan seluruh organ tubuh.

2.2.2 Etiologi *Rheumatoid Arthritis*

Penyebab pasti dari arthritis rheumatoid masih menjadi misteri hingga saat ini. Namun, diketahui bahwa kondisi ini dapat dipicu oleh sejumlah faktor yang saling berinteraksi, termasuk respons autoimun yang tidak normal, kerentan anogenetik, serta berbagai pemicu lingkungan, seperti infeksi virus atau perubahan hormonal. Faktor-faktor yang memengaruhi timbulnya arthritis rheumatoid bisa berbeda-beda tergantung pada jenis spesifik arthritis rheumatoid yang dialami. Misalnya, serangan pada satu jenis arthritis rheumatoid mungkin dipengaruhi oleh faktor yang berbeda dibandingkan dengan jenis lainnya. Penting untuk dicatat bahwa arthritis rheumatoid tidak hanya menyerang orang lanjut usia, tetapi juga bisa terjadi pada individu dari segala usia.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi arthritis rheumatoid yaitu (Yuliyanti et al., 2024).

- 1) Infeksi
- 2) Pekerjaan
- 3) Makanan
- 4) Gangguan imunitas
- 5) Kelenjar atau hormone
- 6) Faktor usia
- 7) Faktor genetic

2.2.3 Klasifikasi *Rheumatoid Arthritis*

Klasifikasi *Rheumatoid Arthritis* (RA) menurut lama penyakitnya dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Arthritis akut

Sebanyak 10% *Rheumatoid Arthritis* (RA) muncul secara akut sebagai poliartritis, yang berekembang cepat dalam beberapa hari. Pada sebagian penderita, gejala mula-mula monoarthritis lalu poliartritis. Terjadi kekakuan paling parah pada pagi hari, yang berlangsung sekitar 1 jam dan mengenai sendi secara bilateral. Episode-episode peradangan diselingi oleh remis (Reumatologi ID, 2021)).

b. Arthritis kronik

Kerusakan struktur persendian akibat kerusakan rawan sendi atau erosi tulang. Periartikular merupakan proses yang tidak dapat diperbaiki lagi

dan memerlukan modifikasi mekanik atau pembedahan. Pada peradangan kronik, membran sinovial mengalami hipertrofi dan menebal sehingga terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan nekrosis sel dan respon peradangan berlanjut. Sinovial yang menebal kemudian dilapisi oleh jaringan granular yang disebut pannus. Pannus dapat menyebar keseluruhan sendi sehingga semakin merangsang peradangan dan pembentukan jaringan parut. Proses ini secara lambat merusak sendi dan menimbulkan nyeri hebat serta deformitas. Diagnosis *Rheumatoid Arthritis* (RA) dikatakan positif apabila sekurang-kurangnya empat dari tujuh kriteria ini terpenuhi. Empat kriteria yang disebutkan terdahulu harus sudah berlangsung sekurang-kurangnya 6 minggu (Reumatologi ID, 2021).

Klasifikasi *Rheumatoid Arthritis* (RA) menurut sifatnya, yaitu:

- a) Insidental, nyeri timbul sewaktu-waktu kemudian menghilang misalnya pada trauma ringan.
- b) Stedy, nyeri yang timbul menetap dan dirasakan dalam waktu lama misalnya abses.
- c) Paroxynal, nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat, biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit kemudian hilang dan timbul lagi.

2.2.4 Manifestasi Klinis *Rheumatoid Arthritis*

Rematoid Arthritis umumnya sering terjadi pada persendian tangan, siku, kaki, pergelangan kaki, dan lutut. Nyeri serta pembengkakan pada sendi ini bisa

berlangsung secara terus-menerus, dan seiring berjalannya waktu, gejalanya semakin berat. Dalam beberapa kasus tertentu, gejala hanya muncul selama beberapa hari dan dapat sembuh dengan pengobatan yang tepat. Ciri khas rasa nyeri pada persendian adalah adanya pembengkakan, peningkatan suhu, kemerahan, serta gangguan fungsi, yang merupakan gambaran klinis klasik dari arthritis rematoid. Persendian mungkin terasa hangat, bengkak, dan kaku, terutama di pagi hari, dan kekakuan ini biasanya berlangsung lebih dari 30 menit (SMELTZER et al., 2020). Pola karakteristik dari persendian yang terkena umumnya dimulai pada persendian kecil di tangan, pergelangan, dan kaki, dan secara progresif dapat melibatkan persendian lainnya, seperti lutut, bahu, pinggul, siku, pergelangan kaki, serta tulang belakang serviks dan temporoman dibular.

2.2.5 Penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis*

Setelah diagnosis *Rheumatoid Arthritis* (RA) ditegakkan, langkah pertama yang perlu diambil adalah membangun hubungan yang baik antara pasien dan keluarganya dengan dokter atau tim medis yang merawat. Hubungan yang harmonis ini sangat penting, karena tanpa adanya hubungan yang baik, akan sulit bagi pasien untuk mempertahankan kepatuhan dalam menjalani pengobatan dalam jangka waktu yang Panjang (Nugroho, 2019) Selanjutnya, penatalaksanaan untuk penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) mencakup beberapa langkah berikut:

- a. Hingga saat ini, belum ada obat khusus yang dapat secara spesifik mengatasi rematik, hal ini disebabkan oleh ketidakjelasan dalam pathogenesis nya. Oleh karena itu, pengobatan yang diberikan bertujuan untuk mengurangi rasa sakit mengatasi nyeri, meningkatkan mobilitas, serta mengurangi tingkat ketidakmampuan.
- b. Rematik dapat muncul atau semakin parah akibat mekanisme tubuh yang tidak optimal. Penting untuk menghindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang terkena. Penggunaan tongkat dan alat-alat listrik yang dapat mengurangi beban pada sendi juga sangat disarankan. Selain itu, beban berlebih pada lutut dapat terjadi akibat posisi kaki yang tertekuk (pronasi).
- c. Diet untuk menurunkan berat badan pasien Rematik yang gemuk harus menjadi program utama pengobatan Rematik. Penurunan berat badan seringkali dapat mengurangi timbulnya keluhan dan peradangan.
- c. Dukungan psikososial diperlukan pasien Rematik oleh karena sifatnya yang menahan dan ketidakmampuannya yang ditimbulkannya. Disatu pihak pasien ingin menyembunyikan ketidakmampuannya, dipihak lain dia ingin orang lain turut memikirkan penyakitnya.
- d. Fisioterapi dengan pemakaian panas dingin, serta program latihan yang tepat.
- e. Kompres dengan es saat kaki bengkak dan kompres air hangat saat nyeri.

- f. Kompres air hangat rebusan jahe merah menurut penelitian (Nugroho, 2019) menyatakan bahwa kompres Serai bisa menurunkan skala nyeri pada reumatik.
- g. Pembedahan Jika berbagai cara pengobatan telah dilakukan dan tidak berhasil serta terdapat alasan yang cukup kuat, dapat dilakukan pengobatan pembedahan. Jenis pengobatan ini pada pasien *Rheumatoid Arthritis* (RA) umumnya bersifat ortopedik, misalnya sinovektomi, arthrodesis, total hip replacement, memperbaiki deviasi ulnar, dan sebagainya.

2.2.6 Komplikasi *Rheumatoid Arthritis*

a. Sistem respiratori

Peradangan pada sendi krikoaritenoid tidak jarang dijumpai pada arthritis rheumatoid. Gejala keterlibatan saluran nafas atas inidapat berupa nyeri tenggorokan, nyeri menelan, atau disfonia yang umumnya terasa lebih terasa berat dipagi hari. Pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang lanjut dapat pula dijumpai sfusi pleura dan fibrosis paru yang luas (Reumatologi ID, 2021).

b. Sistem kardiovaskuler

Seperti halnya pada sistem respiratorik, pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) jarang dijumpai gejala pericarditis berupa nyeri dada atau gangguan faal jantung. Akantetapi pada beberapa penderita dapat pula dijumpai gejala pericarditis yang berat. Lesi inflamasi yang menyerupai nodul *reumatoid* dapat dijumpai miokardium dan katup jantung. Lesi ini dapat menyebabkan disfungsi

katup, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortitis dan kardiomiopati (Reumatologi ID, 2021).

c. Sistem gastrointestinal

Kelainan sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptic yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (*disease modifying antireumatoid drug*, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada Rheumatoid Arthritis (RA) (Reumatologi ID, 2021).dijumpai sfusi pleura dan fibrosis paru yang luas.

d. Sistem kardiovaskuler

Seperti halnya pada sistem respiratorik, pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) jarang dijumpai gejala pericarditis berupa nyeri dada atau gangguan faal jantung. Akan tetapi pada beberapa penderita dapat pula dijumpai gejala pericarditis yang berat. Lesi inflamasi yang menyerupai nodul reumatoide dapat dijumpai miokardium dan katup jantung. Lesi ini dapat menyebabkan disfungsi katup, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortitis dan kardiomiopati (Reumatologi ID, 2021).

e. Sistem gastrointestinal

Kelainan pada sistem pencernaan yang sering terjadi adalah gastritis dan ulkus, yang merupakan komplikasi utama dari penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (DMARD). Kedua kondisi ini merupakan faktor penyebab utama morbiditas

dan mortalitas pada pasien dengan *Rheumatoid Arthritis* (RA) (Reumatologi ID, 2021).

f. Sistem persarafan

Komplikasi neurologis yang sering ditemui pada rheumatoid arthritis (RA) umumnya tidak memberikan gambaran yang jelas, sehingga sulit untuk membedakan antara komplikasi neurologis yang diakibatkan oleh lesi artikular dan lesi neuropatik. Patogenesis dari komplikasi neurologis ini biasanya berkaitan dengan mielopati yang disebabkan oleh instabilitas vertebra, neuropati servikal akibat terjepit, atau neuropati iskemik sebagai dampak dari vaskulitis (Reumatologi ID, 2021).

g. Sistem perkemihan

Ginjal pada Rheumatoid Arthritis (RA) memiliki karakteristik yang berbeda dengan lupus eritematosus sistemik, di mana kelainan glomerular jarang ditemukan. Apabila pasien RA mengalami proteinuria, hal ini biasanya lebih disebabkan oleh efek samping dari pengobatan yang diterima (Reumatologi ID, 2021).

h. Sistem hematologis

Anemia yang disebabkan oleh penyakit kronis biasanya ditandai dengan keberadaan eritrosit normositik-normositik (dengan hipokromik ringan) serta kadar besi serum yang rendah, sementara kapasitas pengikatan besi dapat normal atau juga rendah. Kondisi ini sering ditemukan pada pasien dengan Rheumatoid Arthritis (RA). Penting untuk membedakan anemia akibat

penyakit kronis ini dari anemia defisiensi besi, yang juga dapat terjadi pada pasien RA sebagai akibat penggunaan obat antiinflamasi non-steroid (OAINS) atau DMARD yang dapat menyebabkan erosi mukosa lambung (Reumatologi ID, 2021).

i. Kerusakan Sendi

Peradangan kronis dapat berakibat pada kerusakan permanen terhadap tulang, tulang rawan, serta jaringan lunak di sekitar sendi. Kondisi ini dapat mengakibatkan deformitas pada sendi dan mengurangi fungsi sendi tersebut.

j. Osteoporosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobatinya, seperti kortikosteroid, dapat meningkatkan risiko osteoporosis, yaitu kondisi di mana tulang menjadi lemah dan rapuh.

2.2.7 Patofisiologi *Rheumatoid Arthritis*

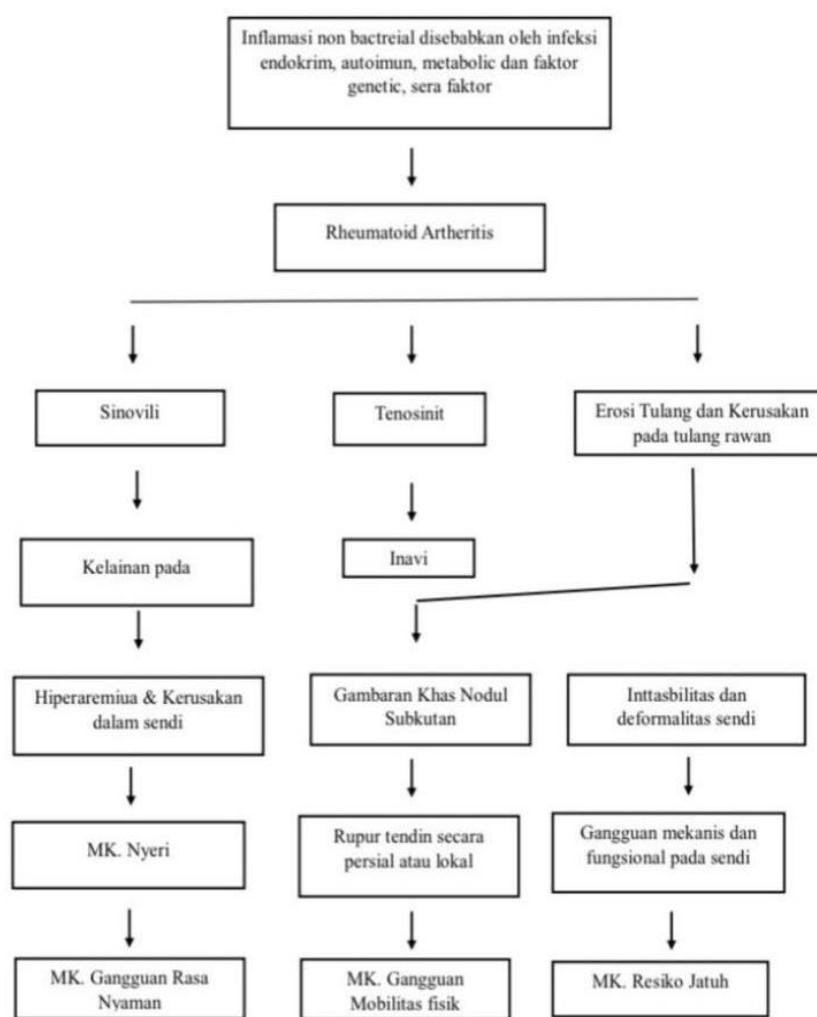
Pada arthritis rheumatoid reaksi autoimun terutama terjadi pada jaringan synovial. Proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membrane synovial dan akhirnya membentuk panus. Panus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang, akibatnya menghilangkan permukaan sendi yang akan mengganggu geraj sendi. Otot akan turut terkena karena serabut otot akan mengalami perubahan generative dengan menghilangnya elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot (Wahyuni et al., 2024). Penelitian terkini menunjukkan bahwa patogenesis Rheumatoid Arthritis

(RA) berkaitan dengan serangkaian peristiwa imunologis yang dimulai dari kehadiran antigen penyebab RA di membran sinovial. Antigen tersebut akan diproses oleh antigen presenting cells (APC). Setelah diproses, antigen dikenali oleh CD4+ dan berikatan dengan determinan HLA-DR pada permukaan APC, membentuk kompleks trimolekular. Selanjutnya kompleks ini akan mengeks presikan reseptor interleukin-2 (IL-2) pada permukaan CD4+. IL-2 yang diekskresi oleh selCD4+ kemudian akan berikatan dengan reseptor spesifik di permukaannya sendiri, yang mengarah pada mitosis dan proliferasi sel tersebut. Selain IL-2, CD4+ yang teraktivasi juga memproduksi berbagai limfokin lainnya, seperti gamma-interferon, tumor necrosis factor β (TNF- β), interleukin-3 (IL-3), interleukin-4 (IL-4), serta granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF). Mediator ini berfungsi merangsang makrofag untuk meningkatkan aktivitas fagositosis serta merangsang proliferasi dan aktivitas sel B untuk memproduksi antibodi. Setelah terikat dengan antigen yang sesuai, antibodi akan membentuk kompleks imun yang dapat berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi. Fagositosis kompleks imun oleh sel radang akan disertai oleh pembentukan dan pembebasan radikal oksigen bebas, produksi protease, kolagenase, dan enzim-enzim hidrolitik lainnya. Enzim-enzim ini akan menyebabkan kerusakan jaringan sendi menghancurkan tulang rawan, ligamen, tendon, dan tulang pada sendi. Proses ini diduga merupakan bagian dari respons autoimun terhadap antigen yang diproduksi secara lokal, dan

enzim-enzim tersebut berperan dalam pemecaha kolagen yang menyebabkan edema serta proliferasi membran sinovial.

2.2.8 Pathway *Rheumatoid Arthritis*

Bagan 2. 1 Pathway *Rheumatoid Arthritis*



2.2.9 Pemeriksaan Diagnostik *Rheumatoid Arthritis*

Tidak banyak berperan dalam diagnosis *Rheumatoid Arthritis* (RA), namun dapat menyokong bila terdapat keraguan atau melihat prognosis pasien. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat:

- a. Fiksasi lateks: positif pada 75% dari kasus-kasus khas.
- b. Reaksi-reaksi aglutinasi: positif pada lebih dari 50% kasus-kasus khas.
- c. SDP: meningkat pada waktu timbul proses inflamasi. Artroskopi langsung: visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/degenerasi tulang pada sendi.
- d. Aspirasi cairan sinovial: mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal: buram, berkabut, muncul warna kuning (respon inflamasi), perdarahan, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
- e. Biopsi membrane sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas (Rahmadani, 2022).
- f. Tes faktor rheumatoid biasanya positif pada lebih dari 75% pasien arthritis rheumatoid terutama bila masih aktif. Sisanya dapat dijumpai pada pasien leprosa, tuberkolosis paru, sirosis hepatis, hepatitis infeksiosa, endocarditis bakterialis, penyakit kolagen dan eksaserbasi.
- g. Protein C-reaktif: biasanya meningkat, posisi selama masa eksaserbasi.
- h. LED: umumnya meningkat pesat (80-100mm/h) mungkin kembali normal sewaktu gejala-gejala meningkat.
- i. Leukosit: normal atau meningkat pada waktu timbul proses inflamasi.

- j. Anemia normosistik hipokrom akibat akibat adanya inflamasi yang kronik.
- k. Trombosit meningkat.
- l. Kadar albumin serum turun dan globin naik
- m. Pada pemeriksaan rontgen, semua sendi dapat terkena, tetapi yang tersering adalah metatarsofalang dan biasanya simetris. Sendi sakroiliaka juga sering terkena. Pada awalnya terjadi pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi jukstra articular kemudian terjadi penyempitan ruang sendi dan erosi (Reumatologi ID, 2021)

2.3 Konsep Dasar Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Definisi nyeri menurut International Association for the Study of Pain (IASP) adalah pengalaman yang melibatkan Indera dan emosi yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau rangsangan yang bisa menyebabkan kerusakan jaringan. Pandangan lama beranggapan bahwa proses nyeri hanya terfokus pada jalur nyeri dan tingkat nyeri yang dirasakan hanya dipengaruhi oleh besar sedikitnya rangsangan yang diterima (Suwondo dkk, 2017).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah rasa sakit yang biasanya terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan, dimulai secara tiba-tiba dan penyebab serta lokasi nyeri seringkali sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan baik secara fisik maupun emosional yang muncul karena kerusakan jaringan

yang nyata atau kemungkinan kerusakan yang digambarkan sebagai cedera yang muncul mendadak atau secara bertahap dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat dan dapat diprediksi kapan akan berakhir (Mubarak, dkk 2015).

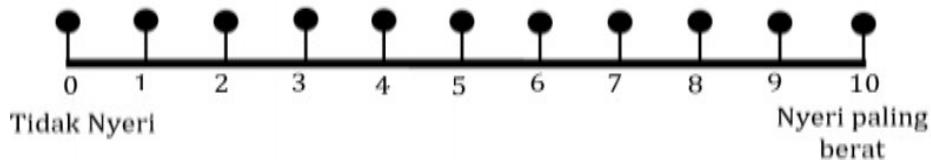
b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah rasa sakit yang bertahan lebih dari enam bulan. Tipe nyeri ini sering kali tidak menunjukkan adanya kelainan baik secara fisik maupun melalui indikator klinis lain seperti hasil laboratorium atau pencitraan. Perbedaan dalam keseimbangan kontribusi antara faktor fisik dan psikososial dapat bervariasi antara individu dan dapat menghasilkan reaksi emosional yang berbeda di antara satu sama lain.

2.3.3 Skala Ukuran Nyeri

Tabel 2. 1 Skala Nyeri

Skala Penilaian Nyeri	Deskripsi
Skala Numerik (0-10)	Pasien diminta untuk memberi angka pada tingkat nyeri dari 0 (tidak ada nyeri) hingga 10 (nyeri paling parah yang pernah dialami).



Gambar 2. 1.Skala Numerik (0-10)

Keterangan :

1. 0: Tidak ada nyeri.
2. 1–3: Nyeri ringan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
3. 4–6: Nyeri sedang, mulai mengganggu aktivitas tetapi masih dapat ditoleransi.
4. 7–10: Nyeri berat, sangat mengganggu aktivitas dan sulit ditoleransi.

(Sumber : Mubarak et al., 2015)

Numerical Rating Scale (NRS) adalah alat ukur nyeri yang paling banyak digunakan dalam praktik klinis karena kemudahan dan keakuratannya dalam mengukur intensitas nyeri pasien. Skala ini berupa angka dari 0 sampai 10, di mana angka 0 berarti pasien tidak merasakan nyeri sama sekali, sedangkan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat atau tak tertahankan yang bisa dibayangkan oleh pasien (Smith, Lee, & Nguyen, 2024).

2.3.4 Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri, mempercepat proses pemulihan, serta mengurangi potensi komplikasi jangka panjang yang dapat terjadi akibat nyeri yang tidak dikelola dengan baik. Pengelolaan nyeri akut dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama: farmakologis dan non-farmakologis.

1. Penatalaksanaan Farmakologis

a. Obat Penghilang Nyeri Non-Opioid

Obat-obatan non-opioid seperti parasetamol, ibuprofen, dan aspirin merupakan pilihan pertama dalam pengelolaan nyeri ringan hingga sedang. Obat-obat ini berfungsi menghambat aktivitas enzim siklooksigenase (COX), yang terlibat dalam biosintesis prostaglandin, senyawa yang berperan penting dalam proses inflamasi dan sensasi nyeri. (Wong & O'Flaherty, 2019)

b. Analgesik Adjuvan

Obat-obatan adjuvan seperti antidepresan trisiklik (misalnya amitriptilin) atau antikonvulsan (misalnya gabapentin) digunakan pada kasus nyeri neuropatik, yang sering kali tidak dapat dikelola dengan analgetik konvensional. Obat ini bekerja dengan memodulasi sinyal nyeri yang berasal dari sistem saraf perifer dan sentral. (Varrassi et al., 2021)

2. Pendekatan Non-Farmakologis

a. Terapi Fisik

Teknik-teknik terapi fisik, seperti aplikasi panas atau dingin, terapi gelombang kejut, dan fisioterapi, terbukti efektif dalam mengurangi nyeri musculoskeletal dan mempercepat proses penyembuhan. Metode ini berfokus pada mekanisme fisik tubuh dalam meredakan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi darah di area yang nyeri. (Patterson & O'Neill, 2020)

b. Teknik Relaksasi dan Kognitif

Pendekatan kognitif dan perilaku, seperti teknik pernapasan dalam, meditasi, dan terapi kognitif-perilaku (CBT), telah terbukti efektif dalam pengelolaan nyeri akut. Teknik-teknik ini bekerja dengan mengurangi stres dan kecemasan yang terkait dengan nyeri, serta meningkatkan kapasitas individu untuk mengelola persepsi nyeri. (Tegart et al., 2017)

c. **Kompres hangat sereh**

Kompres hangat sereh adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan rebusan sereh atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, serta kedinginan (Pebrianti & Sari, 2022).

2.4 Konsep Terapi Kompres Hangat Rebusan Serai

2.4.1 Definisi Terapi Kompres Hangat Rebusan Serai

Tanaman serai biasanya tumbuh di tempat yang tinggi dan memiliki akar serabut yang berimpang pendek dan besar. Batang serai wangi berbentuk silindris berubi, lunak, berongga, serta memiliki sifat kaku yang membuatnya mudah patah. Batang serai tumbuh tegak lurus di atas tanah (Hidayat, 2020). Serai tergolong dalam kelompok rumput, dan memiliki rumpun yang besar dengan daun yang panjang dan berbentuk pita. Daun serai berwarna hijau keabu-abuan, sedang kan bunga berbentuk bulir majemuk berwarna putih. Akar tanaman ini berbentuk seperti benang dan mengeluarkan aroma yang agak wangi. Daun serai tunggal lanset, memiliki pelepas yang memeluk batang, dengan ujung yang runcing dan tepi yang rata. Ukuran daun biasanya berkisar antara 25-75 cm panjangnya dan 5-15mm lebarnya, dengan pertulangan yang sejajar dan berwarna hijau. Bunga serai tersusun dalam bentuk malai, dengan karangan bunga yang

berseludang dan terletak dalam satu tangkai, bulir kecil, benang sari berlepasan, kepala putik muncul dari sisi, putih. Buah berbentuk padi, bulat panjang, pipih, putih kekuningan. Biji tanaman serai berbentuk bulat, panjang, coklat. Akar berbentuk serabut, putih kekuningan (Risantari, 2017). Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan (Hannan et al., 2020).

2.4.2 Manfaat Serai

Penanganan Rheumatoid Arthritis dapat dilakukan secara farmakologis yaitu dengan pemberian obat-obatan (glukokortikoid adalah obat anti inflamasi, analgesik dapat digunakan untuk mengurangi rasa sakit dan obat anti peradangan nonsteroid (NSAID) dapat digunakan untuk mengurangi rasa sakit sendi) dan dapat juga dilakukan secara non farmakologis seperti kompres jahe dan serai. Serai merupakan salah satu tanaman yang memiliki zat sebagai penghangat, anti radang dan dapat memperlancar aliran darah. Serai mengandung minyak atsiri yang memiliki efek sebagai anti inflamasi dan anti analgesik, sehingga dapat mengatasi rasa nyeri (Mulyati, 2021).

2.4.3 Kandungan Serai

Dalam buku herbal Indonesia disebutkan bahwa khasiat tanaman serai mengandung minyak astiri yang memiliki sifat kimiawi dan efek farmakologi yaitu rasa pedas dan bersifat hangat sebagai anti radang dan menghilangkan rasa sakit yang bersifat analgesik serta melancarkan sirkulasi darah, yang diindikasikan untuk menghilangkan nyeri otot, nyeri sendi, pada penderita Asam Urat Tinggi badan pegalinu dan sakit kepala (Anita et al., 2024).

2.4.4 Prinsip Pelaksanaan

Respon dari panas yang digunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan yang terjadi dalam tubuh. Panas menyebabkan vasodilatasi

maksimum dalam 15-20 menit, melakukan kompres lebih dari 20-36 menit akan mengakibatkan kongesti jaringan dan klien akan berisiko mengalami luka bakar karena pembuluh darah yang berkonstriksi tidak mampu membuang panas secara adekuat melalui sirkulasi darah.

2.4.5 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 2. 2. Terapi Kompres Hangat Rebusan Serai

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI KOMPRES HANGAT REBUSAN SERAI	
	Definisi Kompres hangat sereh adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan rebusan sereh atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian kekejangan otot, perut kembung, dan kedinginan.
Tujuan	a. Memperlancar sirkulasi darah b. Menurunkan suhu tubuh c. Mengurangi rasa sakit d. Memberi rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
Indikasi	a. Klien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah) b. Klien yang punya penyakit peradangan, seperti radang persendian c. Sepasme otot d. Adanya abses, hematoma
Cara Pembuatan	1 Siapkan serai dan Air hangat 2 Cuci serai dengan air sampai bersih. 3 Siapkan wadah dan isi dengan air hangat secukupnya berisikan serai. 4 Masukkan handuk kecil ke dalam air hangat tersebut kemudian tunggu beberapa saat sebelum handuk diperas. 5 Peraskan handuk kemudian tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. 6 Tambahkan serai di tengah handuk tersebut. 7 Pengompresan dilakukan selama 5-10 menit.

	8 Setelah selesai bereskan semua peralatan yang telah dipakai
Tahap Prainteraksi	<p>1 Kaji indikasi diperlukannya kompres hangat rebusan serai. 2 Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan.</p> <p>Alat dan bahan yang diperlukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan serai dan Air hangat 2. Cuci serai hingga bersih. 3. Menyiapkan rebusan Serai 4. Tuangkan rebusan serai ke dalam ember. 5. Siapkan washlap digunakan untuk mengompres.
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1 Beri salam dan panggil klien dengan namanya. 2 Menyebutkan tindakan yang akan dilakukan. 3 Mengkaji bagian tubuh yang sedang mengalami nyeri saat ini. 4 Menjelaskan prosedur dan tujuan dilakukan tindakan. 5 Melakukan kontrak waktu tindakan yang dilakukan. 6 Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum dilakukannya Tindakan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1 Siapkan Klien: Memposisikan klien dengan posisi senyaman mungkin sebelum pemberian terapi kompres hangat rebusan serai 2 Dekatkan alat dengan klien. 3 Masukkan handuk kecil ke dalam ember berisi air hangat rebusan serai, kemudian tunggu beberapa saat sebelum handuk diperas. 4 Peraskan handuk kemudian tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. 5 Jika tidak ada reaksi alergi dari kompres hangat rebusan serai seperti rasa gatal-gatal dan kemerahan di area pengompresan, selanjutnya tambahkan serai di atas handuk tersebut. 6 Pengompresan dilakukan selama 5-10 menit pada daerah yang terasa nyeri dan ulang beberapa kali.
Tahap Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1 Evaluasi hasil kegiatan. 2 Berikan umpan balik positif. 3 Kontrak pertemuan selanjutnya 4 Akhiri kegiatan dengan cara yang baik. 5 Bereskan peralatan.
Tahap Dokumentasi	1. Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

(Sumber : Pebrianti & Sari (2022))

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan.

b. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Meliputi : pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan dan kecukupan pendapatan.

c. Lingkungan tempat tinggal

Meliputi : kebersihan dan kerapihan ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi & wc, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, risiko injuri.

d. Keluhan Utama

Keluhan yang dapat muncul : Klien mengeluhkan rasa nyeri pada sendi (tangan atau kaki).

e. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama, seperti perasaan tidak nyaman dalam beberapa waktu sebelum mengetahui dan merasakan adanya nyeri pada sendi.

f. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit Rheumatoid Artheritis , penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat. Kaji

adanya memiliki kecelakaan atau terbenturnya salah satu organ tubuh waktu dulu, adanya mengalami penyakit yang sama waktu dahulu.

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit yang sama dengan klien atau penyakit lain seperti : Rheumatoid Artheritis, penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

h. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

Meliputi : pemeliharaan kesehatan, nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktifitas sehari-hari, pola persepsi kognitif, pola istirahat tidur, pola konsep diri, pola peran dan hubungan, pola reproduksi dan seksual, pola pertahanan diri atau coping, pola keyakinan dan nilai, dan pemeriksaan status mental dan spiritual

i. Genogram

Genogram dibuat berdasarkan tiga generasi ke atas dan generasi ke bawah menyesuaikan dengan jumlah anggota keluarga, berikut adalah keterangan gambar:

Tabel 2. 3. Keterangan Genogram

	Laki-laki
	Perempuan
	Meninggal Dunia
	Klien
	Tinggal

j. Pemeriksaan fisik

Menurut (Aisyah, 2023) pemeriksaan fisik meliputi :

- 1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, dan ada tidaknya pembengkakan
- 2) Lakukan pengukuran passive range off motion pada sendi-sendi sinovial: catatat bila ada deviasi (keterbatasan gerak sendi), catat bila ada krepitasi, catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakkan, 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 mulainya
 - d) Kaji aktivitas/kegiatan sehari-hari
 - e) Riwayat psikososial

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

k. Aktivitas/istirahat

- 1) Gejala: Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Gejala lain adalah kelelahan yang hebat.

2) Tanda: Malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktur atau kelainan pada sendi dan otot.

1. Kardiovaskular

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

m. Integritas Ego

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

n. Makanan/Cairan

Ketidakmampuan untuk menghasilkan atau mengonsumsi makanan atau cairan adekuat, mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah. Penurunan berat badan, dan membran mukosa kering.

o. Higiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain.

p. Neurosensori

Kebas atau kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Terjadi pembengkakan sendi simetris.

q. Nyeri/Kenyamanan

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

r. Keamanan

Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani tugas atau pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap, kekeringan pada mata, dan membran mukosa.

s. Interaksi Sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran, isolasi.

t. Aktivitas sehari-hari

Penilaian didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional. Penilaian meliputi makan, mandi, toiletingberpakaian, mobilisasi di tempat tidur, mobilisasi berpindah, berias dan ROM.

Tabel 2. 4 Activity Daily Living

NO	Jenis	0	1	2	3	4
1.	Mandi					
2.	Berpakaian					
3.	Elminiasi					
4.	Mobilitas ditempat Tidur					
5.	Berpindah					
6.	Berjalan					
7.	Berbelanja					
8.	Memasak					
9.	Naik Tangga					
10.	Pemeliharaan rumah/ ruangan					

Sumber : (Jumayanti et al., 2020)

Ket: 0 = Mandiri

1 = Alat Bantu

2= Dibantu orang lain

- 3 = Dibantu orang lain-alat
 4 = Tergantung/tidak mampu

u. Indeks KATZ

Pengkajian menggunakan indeks kemandirian katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal : makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar mandi, mandi dan berpakaian. Indeks Katz adalah pemeriksaan disimpulkan dengan sistem penilaian yang didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam melakukan aktifitas fungsionalnya. Salah satu keuntungan dari alat ini adalah kemampuan untuk mengukur perubahan fungsi aktivitas dan latihan setiap waktu, yang diakhiri evaluasi dan aktivitas rehabilitasi

Tabel 2. 5 Indeks KATZ

Indek	Keterangan
A	Mandiri dalam makan, kontinen (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi
B	Mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas
C	Mandiri, kecuali mandi, dan satu lagi fungsi yang lain.
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan satu lagi fungsi yang lain
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
F	Ketergantungan untuk enam fungsi tersebut
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, dan G

Sumber : (Jumayanti et al., 2020)

Keterangan:

Mandiri berrati tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi diaanggap tidak melakukan fungsi meskipun ia dianggap mampu.

v. Status mental dan kognitif gerontik (SPMSQ dan MMSE)

1) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Digunakan untuk mendeteksi tingkat kerusakan intelektual terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis atau perhitungan. Metode penentuan skors sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual, yang membantu dalam membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri

Tabel 2. 6 Short Portabel Mental Status Questionnaire

Short Portabel Mental Status Questionnaire (SPMSQ)		
SKOR	NO	Pertanyaan
+	-	1. Tanggal berapa hari ini?
	2.	Hari apa hari ini?
	3.	Apa nama tempat ini?
	4.	Berapa nomor telepon anda
	4a.	Dimana alamat anda? Tanyakan hanya klien tidak mempunyai telepon
	5.	Berapa umur anda?
	6.	Kapan anda lahir?
	7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	8.	Siapa presiden sebelumnya
	9.	Siapa nama Kecil ibu anda?
	10.	Kurangi 3 dari 30 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
		Jumlah Kesalahan Total

Sumber : (Jumayanti et al., 2020)

Instruksi:

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar, catat semua jawaban. Ajukan pertanyaan 4A hanya jika klien tidak mempunyai telepon. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan.

Penilaian SPMSQ:

Kesalahan 8 – 10 fungsi intelektual berat

Kesalahan 5 – 7 fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3 – 4 fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0 – 2 fungsi intelektual utuh

2) MMSE (Mini Mental Status Exam)

Merupakan suatu alat yang berguna menguji kemajuan klien dengan menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, regritasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali dan Bahasa. (Folstein *et al* 1975 dikutip dalam Kushariyadi 2010). Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai m21 atau kurang biasa indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lanjut.

Alat pengukur status afektif digunakan untuk membedakan jenis depresi yang memengaruhi fungsi susasana hati. Depresi adalah hal yang umum terjadi pada lanjut usia. Keadaan ini sering dihubungkan dengan kacau mental dan disorientasi sehingga depresi pada lanjut usia sering disalahartikan dengan demensia. Pemeriksaan status mental tidak membedakan antara depresi dan demensia dengan jelas sehingga pengkajian afektif adalah alat tambahan yang penting.

w. Depresi (Beck/ Yesavage)

Menurut Beck & Beck (1972), Inventaris Depresi Beck (IDB) berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi, yaitu : Depresi Beck

Tabel 2. 7 Short Portabel Mental Status Questionnaire

No	Uraian Depresi Beck	Skor
A. Kesedihan		
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.	
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.	
1	Saya merasa sedih atau galau.	
0	Saya tidak merasa sedih.	
B. Pesimisme		
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.	
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.	
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.	
C. Rasa Kegagalan		
3	Saya merasa saya benar-benar menjadi seseorang (orang tua, suami, istri).	
2	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.	
1	Saya merasa saya telah gagal melebihi orang pada umumnya.	
0	Saya tidak merasa gagal.	
D. Ketidakpuasan		
3	Saya tidak puas dengan segalanya.	
2	Saya tidak lagi mendapat kepuasan dari apapun.	
1	Saya menyukai cara yang saya gunakan.	
0	Saya tidak merasa tidak puas.	
E. Rasa Bersalah		

3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk dan tak berharga.	
2	Saya merasa sangat bersalah.	
1	Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari waktu yang biak.	
0	Saya merasa tidak benar-benar bersalah.	
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri		
3	Saya benci diri saya sendiri	
2	Saya muak dengan diri saya sendiri	
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran membahayakan diri sendiri	
G. Membahayakan Diri Sendiri		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan	
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.	
1	Saya merasa lebih baik mati.	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	
H. Menarik Diri Dari Sosial		
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak perduli pada mereka semua.	
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak sedikit apresiasi pada mereka	
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.	
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.	
I. Keragu-raguan		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.	
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan.	
1	Saya berusaha mengambil keputusan.	
0	Saya membuat keputusan yang baik.	
J. Perubahan Gambaran Diri		
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan.	
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan membuat saya tidak menarik.	
	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik.	
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.	
K. Kesulitan Kerja		

3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.	
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.	
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu.	
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.	
L. Keletihan		
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.	
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu.	
1	Saya lelah dari yang biasanya.	
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya.	
M. Anoreksia		

Setiap hal direntang menggunakan skala 4 poin untuk menandakan intensitas gejala.

Alat mudah dinilai dan dapat dilakukan sendiri atau diberikan perawat dalam 5 menit.

Penilaian dengan cepat membantu dalam memperkirakan beratnya depresi.

Penilaian :

0-4 = Depresi tidak ada atau minima

1 = Depresi ringan

8-15 = Depresi sedang

> 15 = Depresi berat

a. Konsep diri

1). Identitas diri :

2). Gambaran diri :

3). Harga diri :

b. Sosial

1) Dukungan Keluarga

2) Hubungan dengan Keluarga

3) Hubungan dengan orang lain

c. Spiritual

1) Pelaksanaan ibadah

2) Keyakinan tentang Kesehatan

d. Pemeriksaan Fisik Tujuan Sistem

1) Keadaan Umum

GCS : E...V...M...

a. Eye

Nilai 4 : Mata membuka spontan

Nilai 3 : Mata membuka dengan perintah

Nilai 2 : Dengan rangsangan nyeri

Nilai 1 : Tidak berespon

b. Verbal

Nilai 5 : Orientasi baik

Nilai 4 : Berbicara membingungkan

Nilai 3 : Kata-kata tidak jelas (tidak ada hubungan dengan pertanyaan)

Nilai 2 : Mengerang Nilai 1 : Tidak berespon

c. Motorik

Nilai 6 : Sesuai perintah

Nilai 5 : Melokalisir nyeri

Nilai 4 : Menjauhi rangsangan nyeri

Nilai 3 : Fleksi abnormal

Nilai 2 : Ekstensi abnormal

Nilai 1 : Tidak ada respon

Suhu :..... °C

Nadi :..... x/menit

Pernafasan :..... x/menit

Tekanan Darah :..... mmHg

Tinggi Badan :..... cm

Berat Badan :..... kg

2) Tingkat Kesadaran

- a) Compos metis : 15-14
- b) apatis : 11- 10
- c) Spoor : 6-4
- d) Coma : 3

Tingkat Kesadaran : Compos Metis/ apatis/ somnolen/ supor/ com

- 1) Keapala (rambut) : kelembaban rambut , kesimetrisan rambut, warna rambut
 - 2) Mata, telinga, hidung dan mulut : kesimetrisan mata, ketajaman pengelihatan, konjungtiva, kesimetrisan hidung, kebersihan hidung, adanya edema, kebersihan mulut, keberihan gigi, kebersihan lidah, dan kelembaban mulut
 - 3) Leher : adanya edema, kebersihan, dan adanya luka
 - 4) Dada dan punggung : adanya benjolan, keberihan dada, kesimetrisaan dada, relaksasi otot otot pernafasan, ada tidaknya suara tambahan.
 - 5) Abdomen : perut datar dan simetris, ada atau tidaknya nyeri tekan
 - 6) Ekstremitas atas dan bawah : kekuatan otot
 - 7) Kulit : turgor kulit, kebersihan kulit
 - 8) Genitalia ; kebersihan area genitalia
 - 9) Anus : kebersihan anus, ada tidaknya benjolan atau edeman
 - 10) Keadaan lingkungan : kebersihan lingkungan rumah, pembungan limbah rumah tangga, ventilasi di dalam rumah
- e. Pemeriksaan Penunjang:

- 1) Tes Darah, untuk mengetahui sel darah putih yang meningkat pada waktu timbul proses inflamasi
- 2) X -ray, digunakan untuk melihat kerusakan tulang dan sendi yang khas pada *Rheumatoid Arthritis (RA)* dan mendeteksi erosi tulang dan penyempitan ruang sendi
- 3) Ultrasound, Dapat mendeteksi peradangan pada sendi dan tendon, lebih sensitif dari pada X-ray dalam mendeteksi perubahan awal pada sendi
- 4) MRI (Magnetic Resonance Imaging), digunakan untuk melihat detail yang lebih halus dari kerusakan sendi, terutama pada tahap awal penyakit dan dapat mendeteksi peradangan sinovial dan erosi tulang lebih awal daripada X-ray
- 5) Analisa cairan sendi, Mengambil sampel cairan dari sendi yang Bengkak untuk memeriksa tanda-tanda peradangan, infeksi
- 6) CT-scan: Prosedur pencitraan ini dapat memperlihatkan bagian dalam tubuh dan memungkinkan untuk melihat erosi tulang dini yang disebabkan oleh RA.

Setelah sudah dipastikan kamu mengidap peradangan pada sendi, pemantauan perkembangan penyakit dan responnya pada pengobatan juga diperlukan.

- 1) Beberapa tes laboratorium yang perlu dilakukan selama perawatan, yaitu:
- 2) Erythrocyte sedimentation rate (ESR).
- 3) Protein C-reaktif (CRP).
- 4) Tes MBDA.
- 5) Hitung darah lengkap.
- 6) Pemeriksaan enzim hati, yaitu SGOT, SGPT, dan lainnya.
- 7) Panel lipid.

2.5.2. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri Kronis (D.0078) berhubungan dengan Kondisi Musculoskeletal Kronis
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan Kekakuan Sendi
- c. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala penyakit
- d. Risiko jatuh (D.0143) di tandai dengan penggunaan alat bantu berjalan

2.5.3. Analisa Data

Tabel 2. 8 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Gejala Dan tanda mayor :</p> <p>1. Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Mengeluh Nyeri <p>Merasa depresi dan tertekan</p> <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak meringis, gelisah- Tidak mampu menuntaskan aktivitas <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>1. Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Merasa takut mengalami cedera berulang <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Bersikap protektif- Waspada- Pola tidur berubah- Anoreksia- Fokus menyempit- Berfokus pada diri sendiri <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <p>1. Kondisi kronis (mis. Arthritis rheumatoid)</p>	<p>Rheumatoid Artheritis</p> <p>↓</p> <p>Sinovili</p> <p>↓</p> <p>Hiperemia & Kerusakan dalam sendi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Kronis</p>	Nyeri kronis (D.0078)

2.	<p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>1. Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang Gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>1. Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan peregerakan - Merasa cemas saat bergerak <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi Kaku - Gerakan terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah <p>Tidak</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Cedera medulla spinalis - Trauma - Fraktur - Osteoarthritis 	<p>Rheumatoid Artheritis</p> <p>↓</p> <p>Tenosivilis</p> <p>↓</p> <p>Invasi Kolagen</p> <p>↓</p> <p>Reptur tendon secara parsial atau total</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	Gangguan fisik (D.0054) mobilitas
3.	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh tidak nyaman <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gelisah <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>1. Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit tidur 	<p>Rheumatoid Artheritis</p> <p>↓</p> <p>Sinovoli</p> <p>↓</p> <p>Hipereremia & Kerusakan dalam sendi</p> <p>↓</p>	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu rileks - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh Lelah <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak merintih .menangis - Postur tubuh berubah 	<p>Nyeri Kronis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan Rasa Nyaman</p>	
4.	<p>1. Data Subjektif : -</p> <p>2. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usia >65 tahun -Riwayat jatuh - Penggunaan alat bantu berjalan - Perubahan fungsi kognitif - Kekuatan otot menurun 	<p>Rheumatoid Arthritis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Erosi Tulang dan Kerusakan pada tulang rawan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Instabilitas dan deformitas sendi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mekanis dan fungsional pada sendi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko Jatuh</p>	Risiko jatuh (D.0143)

2.5.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
1	Nyeri Kronis (D.0078)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan Keperawatan diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kaji dan memperi ngan nyeri 2. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 3. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

		<p>4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik dirimenumerun 8. Berfokus pada diri sendiri 9. Diaphoresis 10. Perasaan depresi (tertekan) 11. Perasaantakut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perinium terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir 23. rmembaik 24. Pupil dilatasi menurun 25. Muntah menurun 26. Mual menurun 27. Frekuensi nadi membaik 28. Pola napas membaik</p>	<p>4. Idenifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat serai diberikan 1 kali setiap pagi dalam 3 kali kunjungan) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian analgesik,jika perlukan
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan 1x3 pertemuan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>29. Pergerakan ekstremitas meningkat 30. Kekuatan otot meningkat 31. Rentang gerak (ROM) meningkat</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi Monitor kemajuan pasien/ keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Persiapan materi, media, dan alat-alat seperti bantal, gait belt Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dengan keluarga Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelasakan prosedur, tujuan, indikasi, dan kota indikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah. Demotrasikan cara melatih rentang gerak (misalkan gerakan dilakukan

			<p>dengan perlahan, dimulai dari kepala ke ekstremitas,</p> <p>4. Gerakan semua persendian sesuai dengan rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak para sisi ekstremitas yang parese dengan menggunakan ekstremitas yang normal,</p>
3.	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan 1x3 pertemuan diharapkan keluarga mampu mengenal masalah, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi nyeri 2. Keluarga mampu menyebutkan tindakan nonfarmakologis yang dianjurkan mahasiswa. 3. Keluarga mampu memilih tindakan yang dilakukan untuk anggota keluarga yang mengalami nyeri. 4. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan pemberian kompres dan terapi relaksasi jika anggota keluarga mengalami nyeri 5. Klien mampu mempraktikkan Teknik relaksasi nafas dalam 	<p>manajemen nyeri (I.08238).</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. -ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
4.	Risiko jatuh (D.0143)	<p>Tingkat jatuh (L14138)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan 1x3 pertemuan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jatuh dari tempat tidur menurun 7. Jatuh saat berdiri menurun 8. Jatuh saat duduk menurun 9. jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (L.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 4 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3 Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station

		<p>4 Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</p> <p>5 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	---

Sumber: (Tim Pokja SKDI DPP PPNI, 2018)

2.5.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah Langkah rencana dari rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mencapaisasaran spesifik dalam pengelolaandan pelaksanaan rencana keperawatan guna mengatasi masalah yang dihadapi pasien dan keluarga. Intervensi yang diberikan kepada pasien dan keluarga mencakup berbagai dukungan, seperti pengobatan, tindakan untuk meningkatkan kondisi kesehatan fisik dan mental, serta pendidikan kesehatan, yang semuanya bertujuan untuk mencegah timbulnya masalah keperawatan. Kegiatan dalampelaksa naan juga meliputi pengumpulan data secara berkelanjutan, observasi terhadap respons pasien selama dan setelah tindakan, serta penilaian data baru yang diperoleh.

2.5.6. Eveluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramatid dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas

proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan dan dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, diamana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut (Dewi, 2024)

- 1 S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- 2 O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- 3 A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada
- 4 P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon pasien.'