

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Rheumatoid Arthritis**

##### **2.1.1 Pengertian**

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit inflamasi sistemik kronik atau penyakit autoimun dimana rheumatoid arthritis ini memiliki karakteristik terjadinya kerusakan pada tulang sendi, ankilosis dan deformitas. Penyakit ini adalah salah satu dari sekelompok penyakit jaringan penyambung difus yang diperantarai oleh imunitas (Lukman & Nurna Ningsih, 2013)

Reumatoid Arthritis merupakan penyakit inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Nurarif & Kusuma, 2015). Arthritis Reumatoid (AR) merupakan penyakit inflamasi kronis yang ditandai dengan pembengkakan sendi, nyeri tekan pada sendi, kekakuan sendi dan kerusakan sendi sinovial, yang menyebabkan disabilitas berat dan mortalitas prematur (Hamijoyo et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa Rheumatoid Arthritis adalah penyakit autoimun yang mengenai persendian ditandai dengan pembengkakan sendi, nyeri sendi, dan kerusakan sendi sinovial sehingga mengakibatkan disabilitas bahkan mortalitas pada penderitanya.

### 2.1.2 Penyebab

Menurut (Nurafif & Kusuma, 2015), Penyebab utama kelainan ini tidak diketahui. Ada beberapa teori yang ditemukan mengenai penyebab rheumatoid arthritis, yaitu:

- a. Infeksi Streptokokus hemolitikus dan Streptokokus nonhemolitikus
- b. Endokrin
- c. Autoimun
- d. Metabolik
- e. Faktor genetik serta faktor lingkungan.

Reumatoid Arthritis diduga disebabkan oleh faktor autoimun dan infeksi. Autoimun ini bereaksi terhadap kolagen tipe II, faktor infeksi mungkin disebabkan oleh virus dan organisme mikroplasma atau group difteroid yang menghasilkan antigen kolagen tipe II dari tulang rawan sendi penderita.

Kelainan yang dapat terjadi pada suatu Reumatoid Arthritis yaitu:

- a. Kelainan pada daerah artikuler
  - 1) Stadium I (stadium sinovitis)

Pada stadium sinovitis, jaringan sinovial mengalami perubahan dini (jaringan sendi tipis) ditandai dengan adanya pembengkakan sendi, nyeri saat bergerak, dan bengkak. Sendi-sendi yang terkena biasanya sendi yang mudah dilihat seperti sendi lutut, sendi pergelangan tangan dan jari-jari.
  - 2) Stadium II (stadium destruksi)

Pada stadium destruksi, selain kerusakan pada jaringan sinovial, kerusakan juga terjadi pada jaringan di sekitarnya ditandai dengan adanya kontraksi tendon

3) Stadium III (stadium deformitas)

Pada stadium deformitas, pada sendi diawali dengan perubahan pada sinovitis, dan berlanjut pada pembentukan pannus (jaringan granulasi), ankilosis fibrosa dan terakhir ankilosis tulang.

b. Kelainan pada jaringan ekstra-artikuler

Perubahan patologis yang dapat terjadi pada jaringan ekstra-artikuler adalah:

- 1) Otot : terjadi miopati
- 2) Nodul subkutan
- 3) Pembuluh darah perifer : terjadi proliferasi tunika intima, lesi pada pembuluh darah arteriol dan venosa
- 4) Kelenjar limfe : terjadi pembesaran limfe yang berasal dari aliran limfe sendi, hiperplasia folikuler, peningkatan aktivitas sistem retikuloendotelial dan proliferasi yang mengakibatkan splenomegali
- 5) Saraf : terjadi nekrosis fokal, reaksi epiteloid serta infiltrasi leukosit
- 6) Visera : organ tubuh yang terdapat dalam rongga dada dan rongga perut

### 2.1.3 Patofisiologi

Pada rheumatoid arthritis, reaksi autoimun terutama terjadi pada jaringan sinovial. Proses inflamasi awalnya akan membuat sendi sinovial menjadi edema, kemudian terjadi kongesti vaskular dengan ditandai pembentukan pembuluh darah baru, eksudat fibrin, dan infiltrasi selular. Proses inflamasi yang berkelanjutan akan

membuat sinovial menjadi tebal, terutama pada bagian kartilago. Suatu jaringan granulasi (pannus) akan terbentuk akibat terjadinya persendian yang meradang. Jaringan granulasi (pannus) akan menimbulkan erosi tulang yang dapat menghancurkan tulang rawan, akibatnya pergerakan sendi terganggu. Otot kehilangan elastisitas dan kekakuan kontraksi otot karena mengalami perubahan generatif (Asikin, 2018).

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala**

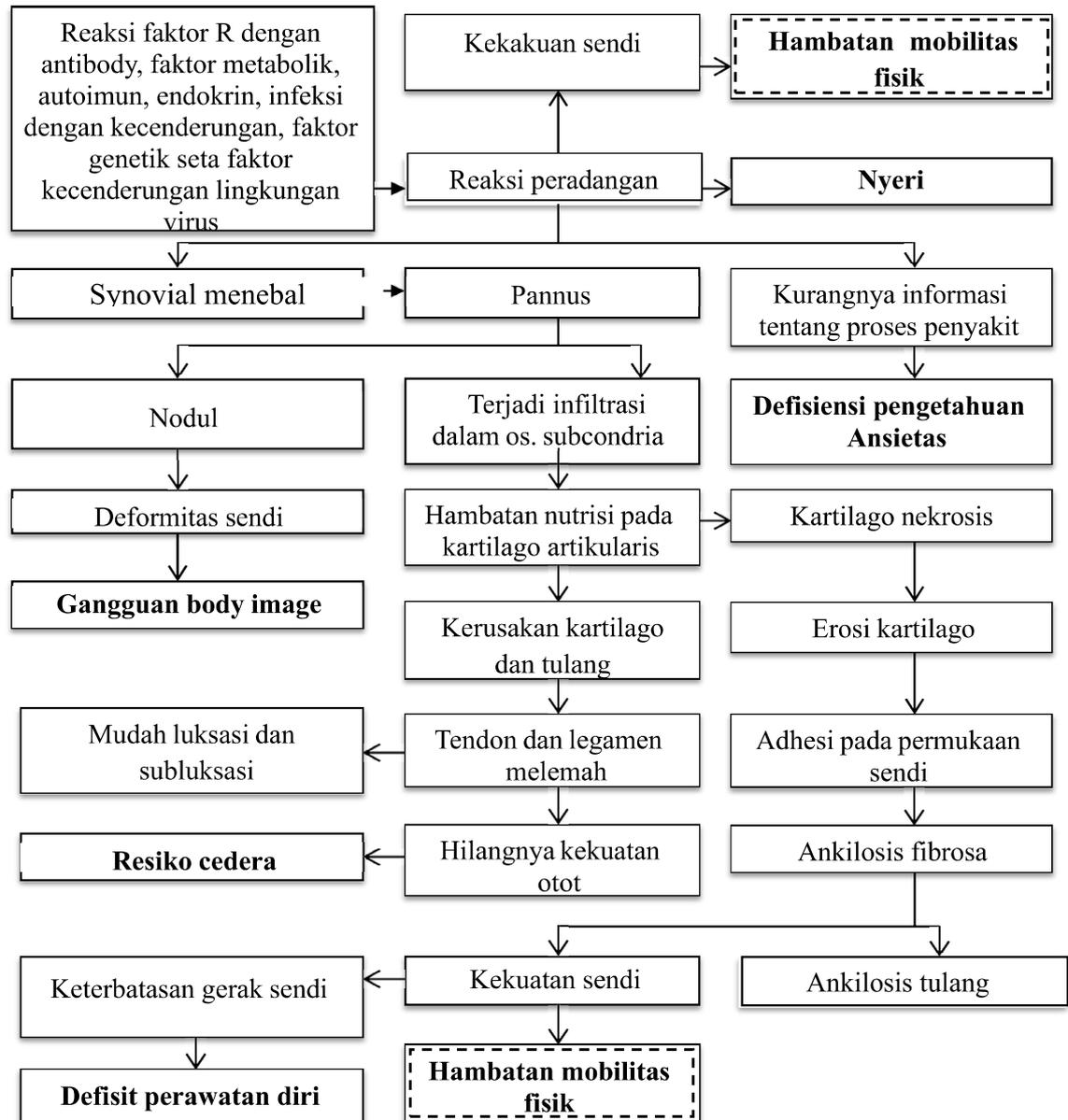
Menurut (Aspiani, 2014) ada beberapa gejala klinis yang umum ditemukan pada pasien rheumatoid arthritis. Gejala klinis ini tidak harus timbul secara bersamaan. Oleh karenanya penyakit ini memiliki gejala klinis yang sangat bervariasi.

- a. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun, dan demam. Terkadang dapat terjadi kelelahan yang hebat.
- b. Poliaritis simetris, terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalang distal, hampir semua sendi diartrodial dapat terangsang.
- c. Pentingnya untuk membedakan nyeri yang disebabkan perubahan mekanis dengan nyeri yang disebabkan inflamasi. Nyeri yang timbul setelah aktivitas dan hilang setelah istirahat serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Sebaliknya nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas.

- d. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari satu jam, dapat bersifat generalisata terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoartritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari satu jam.
- e. Arthritis erosif, merupakan ciri khas rheumatoid arthritis pada gambaran radiologic. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan dapat dilihat pada radiogram.
- f. Deformitas, kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, sublukasi sendi metakarpofalangeal, leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering di jumpai pasien. Pada kaki terdapat protrusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari sublukasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terangsang dan akan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi.
- g. Nodula-nodula rheumatoid adalah massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita rheumatoid arthritis. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah bursa elekranon (sendi siku), atau di sepanjang permukaan ekstensor dari lengan, walaupun demikian nodul-nodul ini dapat juga timbul pada tempat-tempat lainnya. Nodul-nodul ini biasanya merupakan suatu tanda penyakit yang aktif dan lebih berat.
- h. Manifestasi ekstra articular, rheumatoid arthritis juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Jantung (pericarditis), paru-paru (pleuritis), mata, dan rusaknya pembuluh darah.

### 2.1.5 Pathway

**Bagan 2.1** Pathway Rheumatoid Arthritis



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015).

### 2.1.6 Penatalaksanaan

Tujuan terapi pada kasus Reumatoid Arthritis adalah mengurangi nyeri, mempertahankan status fungsional, mengurangi inflamasi, mengendalikan keterlibatan sistemik, proteksi sendi dan struktur ekstraartikular, mengendalikan

progresivitas penyakit, dan menghindari komplikasi yang berkaitan dengan pemberian terapi (Hamijoyo et al., 2020).

**a. Penatalaksanaan Farmakologi**

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan Rheumatoid Arthritis adalah :

- 1) Pengobatan dengan obat OAINS (Obat Anti-Inflamasi NonSteroid) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai.
  - a) Aspirin  
Pasien dengan umur dibawah 65 tahun dapat dimulai dengan pemberian dosis 3 - 4x1 g/hari, kemudian dinaikkan 0,3 - 0,6 g/minggu sampai terjadi perbaikan atau gejala toksik. Dengan dosis terapi 20-30 mg/dl.
  - b) Ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenak, dan sebagainya.
- 2) DMARD (*disease-modifying antirheumatic drugs*) digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi akibat artritis reumatoid. Jenis – jenis yang digunakan yaitu :
  - a) *Klorokuin Fosfat* (yang paling banyak digunakan, karena harganya yang terjangkau), 250 mg/hari atau hidrosiklorokuin 400 mg/hari
  - b) Sulfasalazin, dalam bentuk tablet bersalu enteric, digunakan dalam dosis 1 x 500 mg/hari, ditinggikan 500 mg/minggu, sampai mencapai dosis 4 x 500 mg

- c) *D-penisilamin*, kurang disukai karena bekerja sangat lambat. Digunakan dalam dosis 250-300 mg/ hari, kemudian dosis ditingkatkan setiap 2-4 minggu sebesar 250-300 mg/hari untuk mencapai dosis total 4 x 20-300 mg/hari
- d) Garam emas (*gold standart* bagi DMARD).
- e) *Obat immunosupresif atau immunoregulator*: metotreksat dosis dimulai 5-7, mg setiap minggu. Bila dalam 4 bulan idak menunjukkan perbaikan, dosis harus ditingkatkan.
- f) Kortikosteroid : hanya dipakai untuk pengobatan Rheumatoid arthritis dengan komplikasi berat dan mengancam jiwa seperti vasculitis, karena obat ini memiliki efek samping yang sangat berat.

#### **b. Penatalaksanaan Non Farmakologi**

Pengobatan dengan non farmakologi mencakup suatu intervensi perilaku kognitif dan dengan penggunaan agen-agen fisik. Tujuannya adalah mengubah persepsi penderita tentang penyakit, mengubah perilaku, dan memberikan rasa pengendalian yang lebih besar (Kalim, 2019). Penatalaksanaan non farmakologi meliputi:

- 1) Edukasi pada pasien mengenai penyakitnya, perjalanan penyakit, obat - obatan, dan efek samping pengobatan.
- 2) Terapi fisik dan rehabilitasi penting untuk mempertahankan fungsi sendi dan kekuatan otot.

- 3) Diet, umumnya penderita rheumatoid arthritis memiliki komorbiditas atau penyakit penyerta kardiovaskular, sehingga penting untuk melakukan diet rendah gula dan rendah lemak.
- 4) Olahraga dan Istirahat, ketika lansia merasakan nyeri, maka lansia diharuskan untuk beristirahat. Istirahat tidak boleh berlebihan karena akan menyebabkan kekakuan pada sendi. Aktivitas atau latihan gerak merupakan terapi latihan untuk memelihara serta meningkatkan kekuatan otot.

## **2.2 Gangguan Mobilitas Fisik Akibat Rheumatoid Arthritis**

### **2.2.1 Pengertian**

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan mobilitas fisik adalah seseorang yang mengalami keterbatasan gerak pada fisik tubuhnya secara mandiri.

### **2.2.2 Jenis Mobilitas**

Berdasarkan jenisnya, menurut Haswita & Sulastyowati (2017) menjelaskan Mobilisasi dan Imobilitas sebagai berikut:

#### **a. Mobilisasi**

Mobilisasi merupakan kemampuan suatu individu untuk bergerak secara bebas. Mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Jenis-jenis mobilisasi :

### 1) Mobilisasi penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan dapat menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang

### 2) Mobilisasi Sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegia dapat mengalami mobilisasi sebagian pada ekstermitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua, yaitu:

- (a) Mobilisasi sebagian temporer : kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem muskulokletal contohnya adalah adanya di lokasi sendi dan tulang
- (b) Mobilitas permanen : kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversible, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya saraf sensorik dan motorik.

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Haswita & Sulastyowati (2017) yaitu :

a. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b. Proses Penyakit/Cedera

Proses penyakit/cedera dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang, karena dapat mempengaruhi sistem tubuh. Sebagai contoh orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstermitas bagian bawah.

c. Kebudayaan

Kemampuan mobilisasi dapat juga disebabkan oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang mengalami gangguan mobilisasi (sakit) karena adat dan budaya tertentu di larang untuk beraktivitas.

d. Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.

e. Usia dan Status Perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia

#### **2.2.4 Penyebab**

Menurut (SDKI, 2017) faktor penyebab gangguan mobilitas fisik antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program perbatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensoripresepsi.

NANDA-I (2018) juga berpendapat mengenai etiologi gangguan mobilitas fisik, yaitu intoleransi aktivitas, kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat, penurunan ketahanan tubuh, depresi, disuse, kurang dukungan lingkungan, fisik tidak bugar, serta gaya hidup kurang gerak.

#### **2.2.5 Tanda dan Gejala**

Menurut (SDKI, 2017) Gejala yang sering muncul pada gangguan mobilitas fisik terbagi menjadi dua bagian, yaitu:

- a. Data mayor : Meliputi data subjektif pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan data objektif dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Data minor : Meliputi data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. Data objektif seperti sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

NANDA-I (2018) berpendapat bahwa tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik, antara lain gangguan sikap berjalan, penurunan keterampilan motorik halus, penurunan keterampilan motorik kasar, penurunan rentang gerak, waktu reaksi memanjang, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan, dispnea setelah beraktivitas, tremor akibat bergerak, instabilitas postur, gerakan lambat, gerakan spastik, serta gerakan tidak terkoordinasi.

### **2.2.6 Kondisi Klinis Terkait**

Menurut (SDKI, 2017) kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia dan keganasan. Selain itu, menurut NANDA-I (2018) kondisi terkait yang berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, gangguan fungsi kognitif, gangguan metabolisme, kontraktur, keterlambatan perkembangan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, agens farmaseutika, program pembatasan gerak, serta gangguan sensoriperseptual.

### **2.2.7 Standart Luaran**

Menurut (SLKI, 2019) Standart Luaran pada Gangguan Mobilitas Fisik terbagi menjadi dua bagian, yaitu:

- a. Luaran utama : Mobilitas fisik

- b. Luaran tambahan : Berat badan, fungsi sensori, keseimbangan, konsevasi energi, koordinasi pergerakan, motivasi, pergerakan sendi, status neurologis , status nutrisi dsn toleransi aktivitas.

### **2.2.8 Perencanaan**

Perencanaan pada Gangguan Mobilitas Fisik berdasarkan (SIKI, 2018) terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung, yaitu :

- a. Intervensi utama dengan dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi.
- b. Intervensi pendukung diantaranya: dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan perawatan diri: (termasuk dukungan perawatan diri BAB/BAK, berpakaian, dan makan/minum, mandi), edukasi latihan fisik, edukasi teknik ambulasi, edukasi teknik transfer, konsultasi via telepon, latihan otogenik, manajemen energi, manajemen lingkungan, manajemen *mood*, manajemen nutrisi, manajemen nyeri, manajemen medikasi , manajemen program latihan, manajemen sensasi perifer, pemantauan neurologis, pemberian obat, pemberian obat intravena, pembidaian, pencegahan jatuh, pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, pengekangan fisik, perawatan kaki, perawatan sirkulasi, perawatan tirah baring, perawatan traksi, promosi berat badan, promosi kepatuhan program latihan, promosi latihan fisik, tekni latihan penguatan otot, tekni latihan penguatan sendi, terapi aktivitas, terapi pemijatan dan terapi relaksasi otot progresif.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik Akibat Rheumatoid Arthritis**

### **2.3.1 Pengkajian**

#### **a. Identitas Klien/ Data Biografis**

Identitas klien meliputi : nama, tempat/tanggal lahir, umur, jenis kelamin, suku, agama, status perkawinan, pendidikan, alamat, tanggal masuk panti dan tanggal pengkajian.

#### **b. Status Kesehatan**

##### **1) Status Kesehatan Saat Ini**

Keluhan pada klien rheumatoid arthritis yaitu adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa periode atau waktu sebelum pasien mengetahui dan merasakan perubahan pada sendi (Aspiani, 2014). Kaji obat-obatan yang digunakan dan alergi.

##### **2) Keluhan – keluhan kesehatan utama (sekaerang)**

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit Rheumatoid Arthritis sama seperti gout arthritis, osteoarthritis dan osteoporosis adalah klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas (Aspiani,2014)

##### **3) Riwayat Kesehatan Keluarga**

Gambar silsilah (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan dan anak-anak) dengan genogram. Perlu dikaji

mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami penyakit rheumatoid arthritis karena faktor genetik/keturunan (Aspiani, 2014).

#### 4) Tinjauan Sistem

##### a) Keadaan Umum

Kaji kelelahan, perubahan berat badan satu tahun yang lalu, perubahan nafsu makan, keringat malam, demam, sering pilek. Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan muskuloskeletal biasanya lemah, berat badan menurun, peningkatan suhu badan (Unud, 2018)

##### b) Integumen

Kaji warna kulit, turgor kulit, akral, lesi/luka, pruritus, perubahan pigmentasi, perubahan rambut, perubahan kuku, pola penyembuhan lesi/memar.

##### c) Sistem Hemopoetik

Kaji apakah terdapat pendarahan atau memar abnormal, apakah terdapat pembesaran kelenjar limfe, anemia dan riwayat tranfusi darah.

##### d) Kepala

Kaji bentuk kepala, kebersihan kepala, warna rambut, distribusi rambut, nyeri/nyeri tekan, lesi, kebersihan kepala, trauma kepala masa lalu.

##### e) Mata

Kaji bentuk mata, distribusi bulu mata dan alis, konjungtiva, nyeri, air mata berlebihan, pruritus, bengkak sekitar mata, kabur, fungsi /perubahan penglihatan, menggunakan lensa kontak /kacamata.

## f) Telinga

Kaji bentuk telinga, kebersihan telinga, nyeri/nyeri tekan, rabas, tintius, vertigo, perubahan pendengaran dan alat bantu dengar.

## g) Mulut dan tenggorokan

Kaji bentuk bibir, keadaan mukosa mulut, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, karies gigi, lesi/ulkus, perubahan suara, sakit tenggorok, kesulitan menelan,

## h) Leher

Kaji bentuk leher, kekakuan, nyeri/nyeri tekan, benjolan/massa, apakah ada keterbatasan gerak.

## i) Payudara

Kaji bentuk payudara, nyeri/nyeri tekan, benjolan/massa, bengkak, keluar cairan dari puting susu, dan apakah ada perubahan pada puting.

## j) Sistem Pernapasan

Kaji keadaan hidung, sputum, sesak napas, asma/alergi pernapasan, inspeski pengembangan paru kiri dan kanan, auskultasi suara paru, suara nafas tambahan, perkusi di seluruh lapang paru, palpasi nyeri/nyeri tekan.

## k) Sistem Kardiovaskuler

Kaji bentuk dada, nyeri/ketidaknyamanan dada, sesak napas, murmur, edema, varises, kaki timpang, perubahan warna pada kaki, capillary reffil apakah <2 detik dan cubbing finger.

## l) Sistem Gastrointestinal

Kaji apakah disfagia, tidak dapat mencerna, nyeri ulu hati, mual/muntah, hematemesis, perubahan nafsu makan, intoleran makanan, ulkus, nyeri, ikterik, benjolan/massa, perubahan kebiasaan defekasi, diare, konstipasi, melena, hemoroid, pendarahan rektum, pola defekasi biasanya, frekuensi makan/ hari.

m) Sistem Perkemihan

Kaji bentuk, disuria, frekuensi BAK, menetes, hematuria, poliuria, oliguria, nokturia, inkontinesia, dan nyeri saat berkemih.

n) Sistem Genitoreproduksi

(1) Genitoreproduksi-pria

Kaji bentuk, Lesi, nyeri testikuler, massa testikuler, masalah prostate, penyakit kelamin, perubahan hasrat seksual, impotensi

(2) Genitoreproduksi-wanita

Kaji bentuk, lesi, rabas, dispareunia, nyeri pelvis, penyakit kelamin, masalah aktivitas seksual, riwayat menstruasi (usia awitan, tanggal periode menstruasi terakhir), riwayat menopause (usia, gejala, masalah-masalah pasca menopause).

o) Sistem Muskuloskeletal

Kaji nyeri persendian, kekakuan, pembengkakkan sendi, deformitas, spaseme, kram, kelemahan otot, masalah cara berjalan, nyeri punggung. Pada klien dengan rematik biasanya terjadi kekakuan pada tangan atau pada tungkai dan nyeri yang luar biasa (Aspiani, 2014).

p) Sistem Saraf Pusat

Kaji sakit kepala, kejang, sinkope/serangan jatuh, paralisis, paresis, masalah koordinasi, tic/tremor/spasme, parastesia, cedera kepala, masalah memori.

q) Sistem Endokrin

Kaji intoleran panas, intoleran dingin, goiter, pigmentasi kulit/tekstur, perubahan rambut, polifagia, polidipsia, dan poliuria

**c. Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

**1) Psikososial**

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

**2) Identifikasi Masalah Emosional**

**Pertanyaan Tahap I**

1. Apakah klien mengalami sukar tidur ?
2. Apakah klien sering merasa gelisah ?
3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri ?
4. Apakah klien sering was-was atau takut ?

Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2, jika  $\geq 1$  jawaban “Ya”

**Pertanyaan Tahap II**

1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ?
2. Ada masalah atau banyak pikiran ?
3. Ada gangguan/ masalah dengan keluarga lain ?

4. Menggunakan obat tidur / penenang atas anjuran dokter ?
5. Cenderung mengurung diri ?

Bila  $\geq 1$  jawaban "Ya" : MASALAH EMOSIONAL POSITIF (+)

### 3) Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan yang diikuti, konsep/keyakinan klien tentang kematian, harapan-harapan klien.

## d. Pengkajian Fungsional Gerontik

### 1) KATZ Indeks

**Tabel 2.1 Kartz Indeks**

Kat	Kemampuan
A	Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
B	Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
C	Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
F	Mandiri, kecuali mandiri berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
G	Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Keterangan :

Mandiri : berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia anggap mampu.

### 2) Bartel Indeks :

**Tabel 2.2 Bartel Indeks**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5 - 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi :

5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi : Warna :
12	Olah raga/latihan	5	10	Frekuensi : Jenis :
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Jenis: Frekuensi :

Keterangan :

130 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

#### e. Pengkajian Status Mental Gerontk

##### 1) *Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)*

Digunakan untuk mengidentifikasi tingkat kerusakan intelektual, terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis.

Dengan Instruksi : Mengajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan.

**Tabel 2.3 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)**

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini ?
		02	Hari apa sekarang ini ?
		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Dimana alamat Anda
		05	Berapa umur Anda
		06	Kapan Anda lahir ? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya ?

	09	Siapa nama ibu Anda
	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Score total		

Interpretasi hasil :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6 – 8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10 : Kerusakan intelektual berat

## 2) *Mini Mental Status Exam* (MMSE)

Digunakan untuk mengidentifikasi aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

**Tabel 2.4 *Mini Mental Status Exam* (MMSE)**

No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahun</li> <li>• Musim</li> <li>• Tanggal</li> <li>• Hari</li> <li>• Bulan</li> </ul>
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negara Indonesia</li> <li>• Propinsi Jawa Barat</li> <li>• Kota.....</li> <li>• PSTW.....</li> <li>• Wisma.....</li> </ul>
2	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obyek.....</li> <li>• Obyek.....</li> <li>• Obyek.....</li> </ul>
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 93</li> <li>• 86</li> <li>• 79</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72</li> <li>• 65</li> </ul>
4	Mengingat	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek.
5	Bahasa	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (misal jam tangan)</li> <li>• (misal pensil)</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : "tak ada jika, dan, atau, tetapi". Bila benar, nilai satu point.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pernyataan benar 2 buah : tak ada tetapi.</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : "Ambil kertas di tangan Anda, lipat dua dan taruh di lantai".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambil kertas di tangan Anda</li> <li>• Lipat dua</li> <li>• Taruh di lantai</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Tutup mata Anda"</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulis satu kalimat</li> <li>• Menyalin gambar</li> </ul>
Total Nilai			

Interpretasi hasil :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18 - 22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

≤ 17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat.

#### f. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah:

##### 1) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini:

- a) Bangun dari tempat tidur (dimasukkan dalam analisis)  
Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.
- b) Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis)  
Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi  
Ket : kursi harus yang keras tanpa lengan
- c) Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati)  
Klien menggerakkan kaki, memegangn obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.
- d) Mata tertutup  
Lakukan pemeriksaan sama seperti di atas tapi klien disuruh menutup mata
- e) Perputaran leher  
Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki:  
Keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil
- f) Gerakan menggapai sesuatu  
Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.
- g) Membungkuk

Tidak mampu membungkus untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.

## 2) **Komponen gaya berjalan atau pergerakan**

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini:

- a) Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan  
Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan
- b) Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)  
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)
- c) Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping klien)  
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
- d) Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping klien)  
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
- e) Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari samping kiri klien)  
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi
- f) Berbalik  
Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

Interpretasi Hasil:

Jumlahkan semua nilai, kemudian interpretasikan sebagai berikut:

0 - 5 : Risiko jatuh rendah

6 – 10 : Risiko jatuh sedang

11 - 15 : Risiko jatuh tinggi

## g. Pengkajian Kondisi Depresi

### 1) Inventaris Depresi Beck

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi. Setiap hal direntang dengan menggunakan skala 4 poin untuk menandakan intensitas gejala.

**Tabel 2.5 Inventaris Depresi Beck**

	<b>Aspek yang ditanyakan</b>	<b>Skore</b>
a) Kesedihan	▪ Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	3
	▪ Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	2
	▪ Saya merasa sedih dan galau	1
	▪ Saya tidak merasa sedih	0
b) Pesimisme	▪ Saya merasa masa depan adalah sia-sia dan tidak dapat membalik	3
	▪ Saya merasa tidak memiliki apa-apa untuk memandang ke depan	2
	▪ Saya merasa kecil hati mengenai masa depan	1
	▪ Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
c) Rasa kegagalan	▪ Saya merasa benar-benar gagal sebagai orangtua, suami/istri	3
	▪ Seperti melihat ke belakang, semua yang saya lihat hanya kegagalan	2
	▪ Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
	▪ Saya tidak merasa gagal	0
d) Ketidakpuasan	▪ Saya tidak puas dengan segalanya	3
	▪ Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2
	▪ Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
	▪ Saya tidak merasa tidak puas	0
e) Rasa Bersalah	▪ Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga	3
	▪ Saya merasa sangat bersalah	2
	▪ Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari yang baik	1
	▪ Saya tidak merasa benar-benar bersalah	0

f) Tidak menyukai diri sendiri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya benci diri saya sendiri 3</li> <li>▪ Saya muak dengan diri saya sendiri 2</li> <li>▪ Saya tidak suka dengan diri saya sendiri 1</li> <li>▪ Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri 0</li> </ul>
g) Membahayakan Diri Sendiri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya akan membunuh diri sendiri jika ada kesempatan 3</li> <li>▪ Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri 2</li> <li>▪ Saya merasa lebih baik mati 1</li> <li>▪ Saya tidak punya pikiran mengenai membahayakan diri sendiri 0</li> </ul>
h) Menarik Diri dan Sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya telah kehilangan semua minat pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua. 3</li> <li>▪ Saya telah kehilangan semua minat pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka 2</li> <li>▪ Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya 1</li> <li>▪ Saya tidak kehilangan minat pada orang lain 0</li> </ul>
i) Keragu-raguan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali 3</li> <li>▪ Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan 2</li> <li>▪ Saya berusaha mengambil keputusan 1</li> <li>▪ Saya membuat keputusan yang baik 0</li> </ul>
j) Perubahan Gambaran Diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan 3</li> <li>▪ Saya merasa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam hidup saya dan ini membuat saya tidak menarik 2</li> <li>▪ Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik 1</li> <li>▪ Saya tidak merasa tampak lebih buruk daripada sebelumnya 0</li> </ul>
k) Kesulitan Kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali 3</li> <li>▪ Saya telah mendorong keras diri saya untuk melakukan sesuatu 2</li> <li>▪ Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu 1</li> <li>▪ Saya dapat bekerja sebaik sebelumnya 0</li> </ul>
l) Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu 3</li> <li>▪ Saya lelah untuk melakukan sesuatu 2</li> <li>▪ Saya lelah lebih dari yang biasanya 1</li> <li>▪ Saya tidak lebih lelah dari biasanya 0</li> </ul>
m) Anoreksia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali 3</li> <li>▪ Nafsu makan saya sekarang sangat memburuk 2</li> <li>▪ Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya 1</li> <li>▪ Nafsu makan saya tidak buruk dari sebelumnya 0</li> </ul>

Penilaian :

- 0 – 4 : Depresi tidak apa atau minimal  
5 – 7 : Depresi ringan  
8 – 15 : Depresi sedang  
> 16 : Depresi berat

## h. Pengkajian Sosial

Hubungan lansia dengan keluarga memerankan peran sentral pada seluruh tingkat kesehatan dan kesejahteraan lansia. Pengkajian aspek sistem sosial ini dapat menghasilkan informasi penting untuk memberi gambaran dukungan keluarga terhadap lansia. Suatu alat skrining singkat yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia adalah APGAR Keluarga (Smilkstein et al, 1982 dalam lueckenotte, 1998) meliputi adaptasi (*Adaptation*), hubungan (*Partnership*), pertumbuhan (*Growth*), afeksi (*Affection*) dan pemecahan (*Resolve*).

**Tabel 2.6 Apgar Keluarga**

	<b>Komponen</b>	<b>Skore</b>
<b>A</b>	Adaptation (adaptasi)	2 : Selalu
	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	1 : Kadang-kadang 0 : Tidak pernah
<b>P</b>	Partnership (hubungan)	2 : Selalu
	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	1 : Kadang-kadang 0 : Tidak pernah
<b>G</b>	Growth (pertumbuhan)	2 : Selalu
	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	1 : Kadang-kadang 0 : Tidak pernah
<b>A</b>	Affectiion (afeksi)	2 : Selalu
	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	1 : Kadang-kadang 0 : Tidak pernah
<b>R</b>	Resolve (pemecahan)	2 : Selalu
	Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya menyediakan waktu bersama-sama.	1 : Kadang-kadang 0 : Tidak pernah

Penilaian :

< 3 : disfungsi keluarga sangat tinggi

4 – 6 : disfungsi keluarga sedang

7 – 10 : disfungsi keluarga ringan atau tidak disfungsi keluarga

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada pasien rheumatoid arthritis berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)
- b. Nyeri kronis berhubungan dengan perubahan patologis oleh rheumatoid arthritis (D.0078)
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas. (D.0083)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (penurunan otot) (D.0109)
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan penggunaan alat bantu jalan (D.0143)

Pada studi kasus ini diagnosa keprawatan lebih difokuskan pada gangguan mobilitas fisik akibat berhubungan dengan kekakuan sendi di tandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan kegiatan, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan terbatas.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah setiap tindakan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan untuk meningkatkan hasil pada pasien. Intervensi rheumatoid arthritis secara umum adalah kaji keadaan umum pasien meliputi nyeri, aktivitas fisik atau pergerakan, persepsi terhadap penyakit serta pengetahuan mengenai penyakit, observasi tanda-tanda vital dan ekspresi non verbal pasien

Tujuan keperawatan yang digunakan pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan intervensi keperawatan mengacu pada SLKI (Satuan Luaran Keperawatan Indonesia), berikut adalah tujuan dan intervensi keperawatan rheumatoid arthritis dengan gangguan mobilitas fisik :

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... kunjungan, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (skala 5)</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat (skala 5)</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat (skala 5)</li> <li>4. Nyeri menurun (skala 5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> <li>3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</li> <li>4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><i>Terapiutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk).</li> <li>2. fasilitasi melakukan pergerakan (mis. ROM) jika perlu.</li> <li>3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

- 
4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Kompres dingin)

*Edukasi*

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
- 

Sumber : *Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).*

### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, bekerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan pasien, memberikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri serta membantu pasien memodifikasi lingkungan yang digunakan, mengkaji ulang dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien (Nursalan 2007 dalam Jaya et al., 2019)

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan ialah membandingkan efek atau hasil dari pengimplementasian tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah ditentukan, langkah akhir dari proses keperawatan, menilai tujuan dalam

rencana perawatan tercapai atau tidak, menilai efektifitas intervensi keperawatan atau strategi asuhan keperawatan, menentukan efektif atau tidaknya tindakan keperawatan dan perkembangan pasien terhadap masalah kesehatan (Nursalam 2011, dalam Jaya et al., 2019)

Evaluasi keperawatan terhadap pasien rheumatoid arthritis dengan masalah gangguan mobilitas fisik diantaranya :

- a. Pergerakan ekstremitas meningkat
- b. Kekuatan otot meningkat
- c. Nyeri menurun
- d. Kaku sendi menurun
- e. Gerakan tidak terkoordinasi menurun
- f. Gerakan terbatas menurun
- g. Kelemahan fisik menurun