

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Osteoarthritis*

1. Pengertian *Osteoarthritis*

Osteoarthritis adalah penyakit sendi yang terjadi pada *cartilago* (tulang rawan) yang ditandai dengan timbulnya nyeri saat terjadi penekanan sendi yang terkena. Kelainan pada kartilago akan berakibat tulang bergesekan satu sama lain, sehingga timbul gejala kekakuan, nyeri pembatasan gerak pada sendi. (Helmi, 2016).

2. Faktor-faktor resiko

Berbagai faktor dapat menjadi penyebab terjadinya *osteoarthritis*. Faktor-faktor resiko tersebut dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor-faktor resiko mekanik yang meliputi usia, jenis kelamin, genetik sedangkan faktor-faktor resiko biomekanik meliputi cedera, trauma dan pekerjaan. Usia merupakan faktor yang besar untuk terjadinya *osteoarthritis*. Insidensi *osteoarthritis* meningkat pada usia 40 tahun untuk perempuan dan usia 50 tahun pada laki-laki. (Helmi, 2016)

3. Klasifikasi *Osteoarthritis*

Pembagian *osteoarthritis* berdasarkan etiologinya dibagi menjadi 2 diantaranya *osteoarthritis* primer dan *osteoarthritis* sekunder. *Osteoarthritis* primer merupakan *osteoarthritis* ideopatik atau *osteoarthritis* yang belum diketahui penyebabnya dan tidak ada hubungannya dengan penyakit sistemik maupun proses perubahan lokal sendi. Sedangkan *osteoarthritis* sekunder

penyebabnya yaitu pasca trauma, genetic, mal posisi, pasca operasi, metabolic, gangguan endokrin, *ostonekrosis aseptik*. (Wilke, WS, 2010)

4. Patofisiologi *Osteoarthritis*

Perkembangan perjalanan penyakit *osteoarthritis* dibagi menjadi 4 mekanisme yaitu sebagai berikut : (Helmi, 2016)

1) Peningkatan *Matrix Metalloproteases* (MMP)

Collagenase, sebuah enzim MMP bertanggung jawab atas degradasi proteoglikan. Begitu juga *stromelysin* bertanggung jawab atas proteoglikan. Sebuah enzim yang disebut *Agrecanase* juga bertanggung jawab atas degradasi proteoglikan. Kondisi ini menyebabkan penipisan kartilago.

2) Inflamasi Membran Sinovial

Sintesis mediator-mediator seperti interleukin-1 beta (IL-1) dan TNF- alfa (*Tumor Necrosis Factor*) pada membran sinovial menyebabkan degradasi tulang rawan. Pada fase ini terjadi fibrasi dan erosi dari permukaan kartilago disertai dengan adanya pelepasan proteoglikan dan fragmen kolagen ke dalam cairan sinovial.

3) Stimulasi Produksi *Nitric Oxide*

Produksi mikrofaag synovial seperti interleukin-1 beta (IL-1) dan TNF- alfa (*Tumor Necrosis Factor*) dan metalloproteases menjadi meningkat. Kondisi ini secara langsung memberikan destruksi pada kartilago. Molekul-molekul pro-infalamsi juga ikut terlibat seperti *Nitric Oxide*. Kondisi ini memberikan manefestasi perubahan bentuk sendi dan memberikan dampak terhadap pertumbuhan tulang akibat stabilitas sendi. Perubahan bentuk sendi dan stress infalamsi ini memberikan pengaruh pada permukaan articular menjadi gangguan yang progresif.

4) Fase nyeri

Pada fase ini terjadi proses peningkatan aktivitas fibriogenik dan penurunan aktivitas fibrinolitik. Proses ini menyebabkan penumpukan trombus dan kompleks lipid pada pembuluh darah subkondral sehingga menyebabkan terjadinya iskemik dan nekrosis jaringan. Hal ini mengakibatkan lepasnya mediator kimia seperti *prostaglandin* dan *interlukin* yang dapat menghantarkan rasa nyeri.

5. Manifestasi Klinis

Penyakit *Osteoarthritis* mempunyai gejala-gejala yang menulitkan penderitanya. Gejala-gejala tersebut diantaranya nyeri sendi, kekakuan, pembengkakan. Nyeri yang dialami diperberat dengan aktivitas atau menahan berat tubuh dan berkurang dengan istirahat. Kekakuan terjadi ketika di pagi hari atau setelah bangun tidur dan mereda kurang dari 30 menit. Pembengkakan disebabkan karena *synovitis* dengan efusi. Gangguan fungsi disebabkan karena nyeri yang terjadi dan kerusakan struktur sendi. (Smetlzer, SC., O'Connell & Bare, 2003)

6. Penatalaksanaan *Osteoarthritis*

Tujuan utama dari pengobatan pada pasien *osteoarthritis* adalah untuk mengurangi gejala nyeri maupun peradangan, mencegah terjadinya kontraktur dan memperbaiki deformitas pada sendi. Penatalaksanaan utama yang perlu dilakukan adalah dengan memberikan edukasi mengenai penyakitnya secara lengkap, selanjutnya adalah istirahat yang adekuat, pemberian gizi seimbang dan memberikan terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan pemberian

obat analgesik.

Pemberian Pendidikan kesehatan merupakan penatalaksanaan utama yang dilakukan bagi pasien maupun keluarga. Pendidikan kesehatan yang harus dijelaskan secara terperinci diantaranya mengenai pengertian, patofisiologi, prognosis, serta sumber bantuan untuk mengatasi keluhan dari *osteoarthritis*. Di samping itu istirahat yang adekuat juga merupakan komponen penting dari penatalaksanaan *osteoarthritis*. Untuk mengurangi nyeri maka perlu diberikan obat-obatan yang dapat mengurangi nyeri dan meredakan peradangan seperti obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID). (Ningsih, N., 2013)

Selain itu Teknik non farmakologis dengan pemberian ekstrak jahe juga dapat mengurangi nyeri pada *osteoarthritis*. Jahe memiliki sifat pedas, panas dan aromatic dari oleoresin seperti zingaron, gingerol dan shogaol. Teknik komplementer dengan pemberian boreh jahe juga mampu mengurangi nyeri yang diderita penderita *osteoarthritis*. Jahe memiliki sifat pedas, pahit dan aromatic dari oleoresin seperti zingaron, gingerol dan shogaol. Gingerol dan shogaol memiliki berat molekul yang menunjukkan potensi yang baik untuk penetrasi kulit. Boreh jahe yang dibalurkan pada sendi yang nyeri akan mengakibatkan stratum korneum pada kulit menjadi lebih permeabel, sehingga mampu meningkatkan pembukaan ruang intraseluler dan terjadinya ekspansi. Permeabilitas yang terjadi mengakibatkan gingerol dan shogaol melewati kulit, masuk ke sirkulasi sistemik dan memberikan efek terapi anti-inflamasi. (Ningsih, N., 2013)

B. Konsep Dasar Nyeri Pada *Osteoarthritis*

1. Pengertian Nyeri

Menurut The International Association for The Study of Pain (IASP), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (Jone, 2010). Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri (S.Andarmoyo, 2013).

Persepsi yang diakibatkan oleh rangsangan yang potensial dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang disebut nosiseptor, yang merupakan tahap awal proses timbulnya nyeri. Reseptor yang dapat membedakan rangsang noxius dan non-noxius disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan terminal yang Tidak terdiferensiasi serabut a-delta dan serabut c. Serabut a-delta merupakan serabut saraf yang dilapisi oleh mielin yang tipis dan berperan menerima rangsang mekanik dengan intensitas menyakitkan, dan disebut juga *high-threshold mechanoreceptors*, sedangkan serabut c merupakan serabut yang tidak dilapisi mielin (Setiadi, 2013).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional dengan waktu yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Tanda dan gejala nyeri kronis

Biasanya pasien mengeluh nyeri, merasa depresi, merasa takut mengalami cedera berulang, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, serta berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mendalami faktor yang mempengaruhi nyeri agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap pasien yang mengalami nyeri.

Faktor-faktor tersebut antara lain (S.Andarmoyo, 2013) :

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada lansia. Kebanyakan lansia hanya menganggap nyeri yang dirasakan sebagai bagian dari proses menua. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia dapat mempengaruhi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri

b. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda dalam mengungkapkan nyeri. Ini dapat dipengaruhi oleh faktor- faktor biokimia, dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin. Kebudayaan yang sangat kental membedakan nyeri antara pria dan wanita, dimana pria dianggap lebih kuat dalam menahan nyeri

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai – nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

d. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan menilai nyeri dari sudut pandang masing-masing. Cara memaknai nyeri pada setiap orang berbeda-beda nyeri dibandingkan anak perempuan, hal ini tentu saja hanya kebudayaan masyarakat yang terbiasa memandang laki-laki lebih kuat daripada perempuan

e. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat., sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Perhatian juga dapat dikatakan mempengaruhi intensitas nyeri. Dibutuhkan pengalihan perhatian nyeri dengan relaksasi untuk menurunkan intensitas nyeri

f. Keletihan

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringx meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas memiliki hubungan dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

5. Penyebab nyeri kronis

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan system saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan

neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiyaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

6. Dampak nyeri

Nyeri yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (S.Andarmoyo, 2013) :

a. Dampak fisik

Nyeri yang tidak ditangani dengan adekuat akan mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, edokrin, dan imunologik. Nyeri yang tidak diatasi juga memicu stress yang akan berdampak secara fisiologis yaitu timbulnya infark miokard, infeksi paru, dan *ileus paralitik*. Dampak ini tentunya akan memperlambat kesembuhan pasien.

b. Dampak perilaku

Seseorang yang sedang mengalami nyeri cenderung menunjukkan respon perilaku yang abnormal. Respon vokal individu yang mengalami nyeri biasanya mengaduh, mendengkur, sesak napas hingga menangis. Ekspresi wajah meringis, menggigit jari, membuka mata dan mulut dengan lebar, menutup mata dan mulut, dan gigi yang bergemeletuk. Gerakan tubuh menunjukkan perasaan gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan menggosok dan gerakan melindungi tubuh yang nyeri.

Dalam melakukan interaksi sosial individu dengan nyeri menunjukkan karakteristik menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, perhatian menurun, dan fokus hanya pada aktifitas untuk menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh terhadap aktifitas sehari-hari

Aktivitas sehari-hari akan terganggu apabila nyeri yang dirasakan sangat hebat. Nyeri dapat mengganggu mobilitas pasien pada tingkat tertentu. Nyeri yang dirasakan mengganggu akan mempengaruhi pergerakan pasien.

7. Pengalaman nyeri

Potter dan Perry menjabarkan 3 fase pengalaman nyeri diantaranya (Potter, P. A., & Perry, 2005) :

a. Fase antisipasi

Fase antisipasi merupakan fase sebelum nyeri dimana fase ini mempengaruhi 2 fase lainnya. Pada fase ini seseorang belajar tentang nyeri, dan upaya untuk menghilangkan nyeri. Pada fase ini perawat berperan dalam memberikan informasi yang adekuat.

b. Fase sensasi

Fase ini merupakan fase ketika nyeri sudah dirasakan pasien. Toleransi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda sehingga respon terhadap nyeri juga akan berbeda. Seseorang dengan toleransi nyeri tinggi maka tidak akan merasa nyeri dengan stimulus kecil tetapi seseorang dengan toleransi nyeri rendah akan mengeluh nyeri dari stimulus kecil. Pasien mengungkapkan nyeri melalui ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh

c. Fase akibat

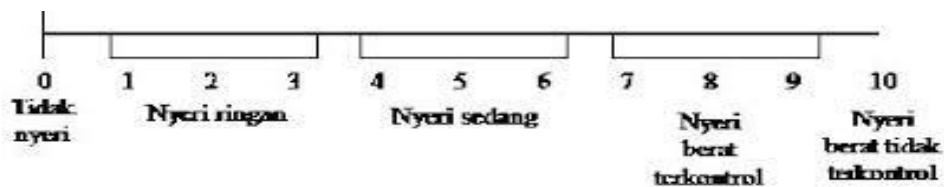
Fase ini berlangsung ketika nyeri berkurang atau sudah menghilang. Pasien masih memerlukan kontrol perawat untuk meminimalkan rasa takut yang berulang sebab nyeri bersifat krisis yang memungkinkan adanya gejala sisa pasca nyeri. Advokasi dari perawat untuk mempertahankan kondisi pasien kepada pasien dan

keluarga.

8. Pengukuran nyeri

Pengukuran nyeri dapat merupakan pengukuran satu dimensional saja (*one dimensional*) atau pengukuran berdimensi ganda (*multi-dimensional*). Pada pengukuran satu dimensional umumnya hanya mengukur pada satu aspek nyeri saja, misalnya seberapa berat rasa nyeri menggunakan pain rating scale yang dapat berupa pengukuran kategorikal atau numerical misalnya visual analogue scale (VAS), sedangkan pengukuran multi-dimensional dimaksudkan tidak hanya terbatas pada aspek sensorik belaka, namun juga termasuk pengukuran dari segi afektif atau bahkan proses evaluasi nyeri dimungkinkan oleh metoda ini (Setiyohadi, B., Sumariyono, Kasjmir, Y. I., Isbagio, H., & Xm, 2006).

a. Skala Nyeri Menurut Bourbanis



Keterangan: 0: Tidak nyeri, 1-3: Nyeri ringan: secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, 4-6: Nyeri sedang: Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, 7-9: Nyeri berat: secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi, 10: Nyeri sangat berat: Pasien

sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

9. Nyeri pada *osteoarthritis*

Nyeri pada *osteoarthritis* terjadi karena ada tiga tempat yang dapat menjadi sumber nyeri, diantaranya: sinovium, jaringan lunak sekitar sendi, dan tulang. Nyeri sinovium terjadi akibat reaksi radang yang timbul akibat adanya debris dan kristal dalam cairan sendi. Selain itu juga dapat terjadi akibat kontak dengan rawan sendi pada waktu sendi bergerak. Kerusakan pada jaringan lunak dapat menimbulkan nyeri, misalnya robekan ligamen dan kapsul sendi, peradangan pada bursa atau kerusakan meniskus. Nyeri yang berasal dari tulang akibat rangsangan pada periosteum karena *periosteum* kaya akan serabut-serabut penerima nyeri. Selain itu nyeri pada *Osteoarthritis* dapat juga dipengaruhi oleh tiga penyebab mayor diantaranya nyeri akibat gerakan dari faktor mekanis, nyeri saat istirahat akibat inflamasi *synovial*, dan nyeri malam hari akibat *hipertensi intraoseus* (Yusuf & Indarwati, 2014).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional dan untuk menentukan pola respon pasien. Hal-hal yang perlu dikaji meliputi (Muttaqin, 2010) :

1) Anamnesis

Pengkajian dengan melakukan anamnesis atau wawancara untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawat adalah mengkaji riwayat kesehatan pasien. Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai

masalahnya dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Persepsi dan harapan pasien sehubungan dengan masalah kesehatan dapat memengaruhi perbaikan kesehatan

a) Informasi Biografi

Informasi biografi meliputi nama, umur, alamat, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, nama anggota keluarga terdekat atau orang terdekat lainnya, agama, dan sumber asuransi kesehatan

b) Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan pasien sampai perlu pertolongan

c) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk alasan untuk mencari perawatan kesehatan dan pengkajian riwayat kesehatan masa lampau dan saat ini.

(1) Riwayat kesehatan saat ini

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan pasien dari timbulnya keluhan utama pada saat pengkajian. Misalnya, sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa x keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, di mana pertama x keluhan timbul apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, usaha mengatasi keluhan ini sebelum meminta pertolongan, serta berhasil atau tidaknya usaha tersebut, dan sebagainya. Pertanyaan tentang penggunaan obat-obatan yang telah digunakan oleh pasien perlu mendapat perhatian dengan tujuan mencegah perawat dalam melakukan pemberian obat yang tidak rasional dan memungkinkan memberi

dampak yang merugikan pada pasien akibat efek samping dari obat-obatan yang telah dan akan diberikan

(2) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya.

Hal-hal yang perlu dikaji meliputi:

(a) Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi.

Ada beberapa obat yang diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan, seperti pemakaian obat kortikosteroid. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Selain itu juga harus menanyakan alergi obat dan reaksi alergi seperti apa yang timbul.

(b) Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga

(c) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti kebiasaan sosial dan kebiasaan yang memengaruhi kesehatan

(d) Status perkawinan dan kondisi kehidupan

Tanyakan mengenai status perkawinan pasien dan tanyakan dengan hati hati mengenai kepuasan dari kehidupannya yang sekarang. Tanyakan mengenai kondisi kesehatan pasangannya dan setiap anak-anaknya

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dengan pendekatan per sistem dimulai dari kepala ke ujung kaki dapat lebih mudah dilakukan pada kondisi klinik. Pada pemeriksaan fisik

diperlukan empat modalitas dasar yang digunakan meliputi, inspeksi. Perawat menginspeksi bagian tubuh untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda fisik yang signifikan Kedua adalah palpasi, dalam melakukan palpasi menggunakan kedua tangan untuk menyentuh bagian tubuh untuk membuat suatu pengukuran sensitive terhadap tanda khusus fisik. Selanjutnya perkusi, perkusi merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan melibatkan pengetukan tubuh dengan ujung-ujung jari guna mengevaluasi ukuran, batasan dan konsistensi organ-organ tubuh yang bertujuan untuk menemukan adanya cairan di dalam rongga tubuh. Keempat auskultasi, teknik ini adalah teknik pemeriksaan fisik dengan mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh. Setelah pemeriksaan fisik terdapat pemeriksaan tambahan mengenai pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengkaji tingkat kesehatan umum seseorang dan pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, respirasi, nadi)

3) Pemeriksaan *diagnostik*

Data penunjang berisi hasil Laboratorium, radiologi, *EKG, USG, CT- Scan*, dan lain-lain.

Beberapa aspek yang harus diperhatikan perawat dalam mengkaji nyeri antara lain (S.Andarmoyo, 2013) :

1) Penentuan ada tidaknya nyeri

Hal terpenting yang dilakukan perawat ketika mengkaji adanya nyeri adalah penentuan ada tidaknya nyeri pada pasien

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya,

gaya koping, dukungan keluarga dan social

3) Ekspresi nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal pasien dalam mengekspresikan nyeri yang dirasakan. Meringis dan memegang salah satu bagian tubuh, merupakan contoh ekspresi nyeri secara non verbal

4) Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

a) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri, pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:

- 1) Apa yang menyebabkan gejala nyeri ?
- 2) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
- 3) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama x dirasakan ?

b) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang dapat berupa :

- 1) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan ?
- 2) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan
- 3) Nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas ?

c) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :

- 1) Dimana gejala nyeri terasa ?
- 2) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat ?

d) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :

1) Seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?
e) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditunjukkan kepada pasien dapat berupa :

- 1) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan ?
- 2) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap ?
- 3) Berapa lama nyeri berlangsung ?
- 4) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap ?

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu proses penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis prioritas yang diambil adalah nyeri kronis.

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual maupun fungsional dengan waktu yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Diagnosis keperawatan yang dapat ditemukan pada *osteoarthritis* adalah nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan atau diharapkan dan intervensi keperawatan Tujuan dan intervensi keperawatan *osteoarthritis* dengan nyeri kronis dijelaskan seperti tabel 1 :

Tabel 1 Tujuan dan Intervensi Keperawatan *Osteoarthritis* dengan Nyeri Kronis Berdasarkan SLKI dan SIKI

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Nyeri kronis berhubungan dengan inflamasi sendi ditandai dengan tampak meringis,	Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan	Intervensi utama Manajemen nyeri : 1. Identifikasi lokasi, karekteristik, durasi, frekuensi,

1	2	3
gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas	kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. meringis menurun c. frekuensi nadi membaik d. Pola tidur membaik	kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 4. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian boreh jahe)

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Pelaksanaan/Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan berdasarkan adalah fase kelima dan terakhir dalam suatu proses keperawatan. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing (Achjar, 2010) Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri diantaranya (S.Andarmoyo, 2013) :

- a. Pasien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
- b. Meningkatkan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki pasien
- c. Mampu melakukan teknik penanganan nyeri non farmakologis
- d. Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi nyeri