

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

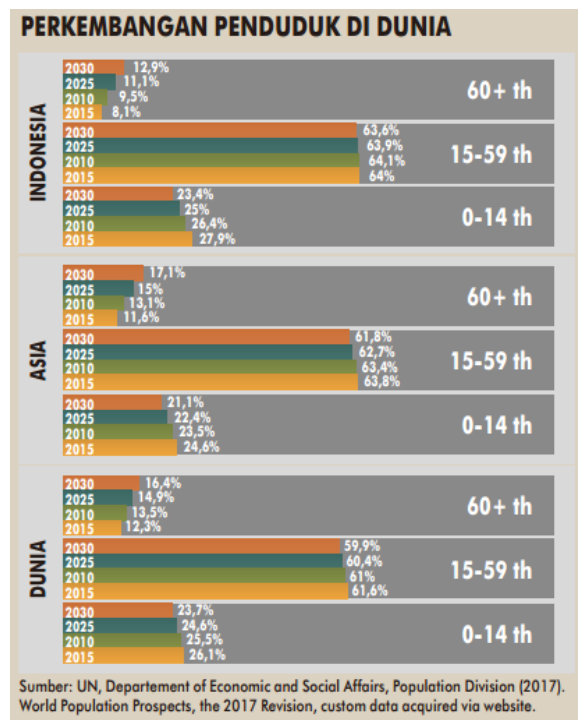
Penderita *Arthritis Rheumatoid* di seluruh dunia telah mencapai angka 355 juta jiwa, artinya 1 dari 6 orang di dunia ini menderita *Arthritis Rheumatoid*. Diperkirakan angka terus bertambah hingga tahun 2025 dengan indikasi lebih dari 25% akan mengalami kelumpuhan. Munculnya penyakit ini memang pada usia lanjut. Namun secara kumulatif, jumlah penderita yang besar adalah kelompok usia lanjut dan jumlah paling kecil pada balita. WHO melaporkan bahwa 20% penduduk dunia terserang *Arthritis Rheumatoid* dimana 5-10% adalah yang berusia diatas 60 tahun (Taja, 2011)

Salah satu penyakit degeneratif yang perlu mendapatkan perhatian kita semua adalah penyakit *Arthritis Rheumatoid* yang banyak diderita masyarakat, baik di pedesaan maupun di perkotaan. Penyakit ini merupakan penyakit persendian yang menimbulkan gangguan kronik yang dapat menyerang berbagai sistem organ persendian (Noer, 2012).

Penyakit *Arthritis Rheumatoid* ini tidak mengenal batas usia, dari anak-anak sampai usia lanjut. Hanya saja golongan yang lebih banyak menderita *Arthritis Rheumatoid* ini terutama orang dewasa muda sampai pertengahan (usia kerja). Penyakit ini juga tidak mengenal jenis kelamin. Rematik atau *Arthritis Rheumatoid* mengakibatkan peradangan pada lapisan dalam pembungkus sendi. Penyakit ini berlangsung tahunan, menyerang berbagai sendi biasanya simetris, jika radang ini menahun, terjadi kerusakan pada tulang rawan sendi, tulang otot ligamen dalam sendi (Handriani,2011).

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Komposisi penduduk tua bertambah dengan pesat baik di negara maju

maupun negara berkembang, hal ini disebabkan oleh penurunan angka fertilitas (kelahiran) dan mortalitas (kematian), serta peningkatan angka harapan hidup (*life expectancy*), yang mengubah struktur penduduk secara keseluruhan. Proses terjadinya penuaan penduduk dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya: peningkatan gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, hingga kemajuan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang semakin baik. Secara global populasi lansia diprediksi terus mengalami peningkatan seper tampak pada gambar di bawah. Dari gambar juga menunjukkan bahwa baik secara global, Asia dan Indonesia dari tahun 2015 sudah memasuki era penduduk menua (*ageing population*) karena jumlah penduduknya yang berusia 60 tahun ke atas (penduduk lansia) melebihi angka 7 persen. (Kemenkes RI 2017)

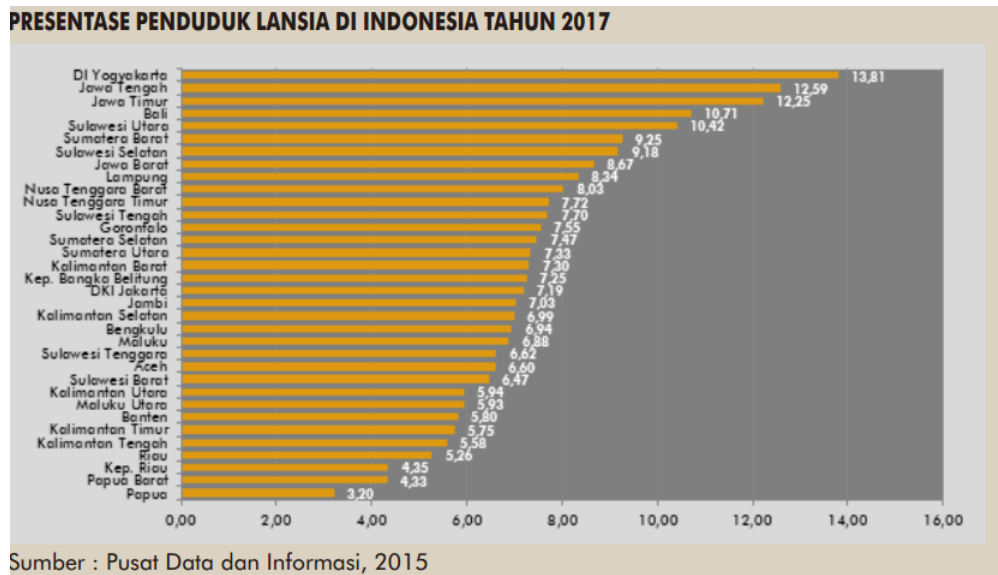


Gambar : 1.1 Perkembangan Penduduk Di Dunia
(Sumber : Kemenkes RI 2017)

Berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia tahun 2020 (27,08 juta), tahun 2025 (33,69 juta), tahun 2030 (40,95 juta)

dan tahun 2035 (48,19 juta). Suatu negara dikatakan berstruktur tua jika mempunyai populasi lansia di atas tujuh persen (Soeweno). Gambar di bawah memperlihatkan persentase lansia di Indonesia tahun 2017 telah mencapai 9,03% dari keseluruhan penduduk. Selain itu, terlihat pula bahwa persentase penduduk 0-4 tahun lebih rendah dibanding persentase penduduk 5-9 tahun. Sementara persentase penduduk produktif 10-44 tahun terbesar jika dibandingkan kelompok umur lainnya. (Kemenkes RI 2017)

Dari gambar di bawah menunjukkan bahwa belum seluruh provinsi Indonesia berstruktur tua. Ada 19 provinsi (55,88%) provinsi Indonesia yang memiliki struktur penduduk tua. Dari gambar di bawah dapat dilihat tiga provinsi dengan persentase lansia terbesar adalah DI Yogyakarta (13,81%), Jawa Tengah (12,59) dan Jawa Timur (12,25%). Kalimantan Selatan (6,99%) dibawah Jambi (7,03%). Sementara itu, tiga provinsi dengan persentase lansia terkecil adalah Papua (3,20%), Papua Barat (4,33%) dan Kepulauan Riau (4,35%). (Kemenkes RI 2017)



Gambar : 1.2 Pesentase Penduduk Lansia di Indonesia tahun 2017
(Sumber : Kemenkes RI 2017)

Prevalensi *Arthritis Rheumatoid* di Indonesia pada lutut cukup tinggi yaitu mencapai 15,5% pada wanita dan 12,7% pada pria. Prevalensi yang cukup tinggi dan sifatnya yang lebih besar baik dinegara maju maupun dinegara berkembang diperkirakan 1-2 juta orang penderita cacat karena tidak melakukan pencegahan/perawatan diri pada penderita *Arthritis Rheumatoid* (Diana, 2011).

Faktor penyebab secara pasti belum diketahui, tetapi Infeksi ini telah merupakan penyebab *Arthritis Rheumatoid*. Dugaan faktor infeksi sebagai penyebab *Arthritis Rheumatoid*, juga timbul karena onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul sebagai gambaran inflamasi yang menolok. Walaupun hingga kini belum berhasil dilakukan isolasi. Suatu mikroorganisme dari jaringan sinovial, hal ini tidak memungkinkan bahwa terdapat sesuatu komponen endotoksin mikroorganisme yang dapat mencetuskan terjadinya *Arthritis Rheumatoid*. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab *Arthritis Rheumatoid* antara lain adalah bakteri, mikoplasma dan virus. (Noer, 2012).

Perjalanan *Arthritis Rheumatoid* bervariasi, tergantung dari kepatuhan penderita untuk berobat dalam jangka waktu yang lama. Sekitar 50-70 % penderita dengan *Arthritis Rheumatoid* akan mengalami remisi dalam 3 sampai 5 tahun dan selebihnya akan mengalami prognosis yang lebih buruk dan umumnya akan mengalami kematian lebih cepat 10-15 tahun dari pada penderita tanpa *Arthritis Rheumatoid*. Keadaan penderita akan lebih buruk apabila lebih dari 30 buah sendi mengalami peradangan dan sebagian besar penderita akan mengalami *Arthritis Rheumatoid* sepanjang hidupnya (Handono & Isbagyo, 2012)

Dengan bertambahnya umur, penyakit ini meningkat baik wanita maupun laki laki. Puncak kejadiannya pada umur 20-45 tahun dan penyakit *Arthritis Rheumatoid* ini sering dijumpai pada usia di atas 60 tahun dan jarang dijumpai

pada usia di bawah 40 tahun (*Indonesian Rheumatoid Assosiation* (IRA), 2013). Prevalensi lebih tinggi wanita dibandingkan dengan laki laki, lebih dari 75% penderita RA adalah wanita (Siswono, 2013).

Proses menjadi tua berlangsung secara alamiah terus menerus dan berkesinambungan, yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokemis pada jaringan tubuh dan akhirnya akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Depkes RI, 2011). Ketidakmampuan yang dialami menimbulkan masalah baru untuk keluarga seperti gangguan mobilitas, ketidakmampuan fisik, dan menurunnya kemampuan melakukan perawatan diri sehingga dibutuhkan tingkat kemandirian yang baik untuk lansia (Handono & Isbagyo, 2011).

Pengetahuan tentang *Arthritis Rheumatoid* masih belum tersebar luas, banyak informasi dan mitos-mitos keliru yang beredar dimasyarakat yang menyatakan kalau *Arthritis Rheumatoid* ini disebabkan oleh hawa dingin, seperti mandi malam, ruang ber AC, sehingga mereka tidak dapat mengatasi atau mencegah kekambuhan penyakit ini sesuai dengan fakta sebenarnya seperti melatih pergerakan, berjemur pada pagi hari, istirahat dan tidur yang cukup. Sebagaimana disampaikan oleh Tiksnadi (2011), bahwa banyak pekerja pabrik yang sering pulang malam dan mandi tidak menderita penyakit *Arthritis Rheumatoid*, penduduk sub tropis yang berhawa dingin tidak semuanya dingin menderita *Arthritis Rheumatoid*, dan banyak pekerja yang bekerja di ruangan ber AC tetap segar. Oleh karena itu peran perawat sebagai tenaga kesehatan maupun dalam pendidikan, diharapkan mampu mengajak mereka untuk dapat mengatasi penyakitnya yang kronik itu dengan baik (Taja, 2011). Oleh karena itu yang diperlukan oleh masyarakat agar tidak terjadi *Arthritis Rheumatoid* yaitu pengetahuan untuk menjaga makanan, pengetahuan tentang pantangan makanan yang penyakit *Arthritis Rheumatoid*.

Selain Pengetahuan faktor pendidikan juga berpengaruh kepada individu, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin luas pengetahuan seseorang yang akan berdampak pada peningkatan produktivitas dan juga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah menerima informasi. Ini dapat diartikan bahwa semakin tingginya tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah ia menerima informasi tentang segala sesuatu yang akan terjadi khususnya yang berhubungan dengan penyakit *Arthritis Rheumatoid* (Handoko, 2011).

Menurut data Riskesdas dan Dinkes (2015) Prevalensi nasional penyakit sendi adalah 30,3% (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala). Sebanyak 11 provinsi mempunyai prevalensi Penyakit sendi diatas penyakit nasional, yaitu Naggore Aceh Darussalam, Sumatra Barat, Bengkulu, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan dan Papua Barat. Secara Nasional, 10 Kabupaten / kota dengan prevalensi Penyakit sendi tertinggi adalah sampang (57,1%), Garut (55,8%), Sumedang (55,2%), Manggarai (54,7%), Talikora (53,1%), Majalengka (51,9%), dan Jenepono (51,9%). Sedangkan 10 Kabupaten / kota dengan prevalensi Penyakit sendi terendah adalah Yakuhimo (0,1%), Ogan komering Ulu (8,7%), Siak (9,9%), Kota Binjai (10,5%), Ogan Komering Ulu Timur (10,7%), Karo (11,9%), Banjarmasin (11,5%) Kota Payakumbuh (11,9%), Kota Makassar (12,0%).

Menurut dinas kesehatan provinsi Kalimantan Selatan tahun (2017) angka kejadian Artritis Rheumatoid menempati urutan 5 dari 10 penyakit terbanyak di Kalimantan Selatan prevalensi (9,19%).

Berdasarkan data dari Puskesmas Cempaka Banjarmasin pada tahun (2016) Artritis Rheumatoid menempati urutan ke 8 dari 10 penyakit terbanyak dengan angka kejadian 1627 jiwa, sedangkan pada tahun (2017) Artritis Rheumatoid menempati urutan ke 6 dari 10 penyakit terbanyak dengan angka kejadian 1445

jiwa. Dan mengalami kenaikan. (*Sumber Puskesmas Cempaka Banjarmasin, 2016*)

Beberapa konsep asuhan keperawatan pada lansia yang meliputi pengkajian yaitu mengetahui riwayat kesehatan, dengan menanyakan adanya perasaan tidak nyaman, antara lain nyeri, kekakuan pada tangan atau kaki dalam beberapa periode / waktu sebelum klien mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi. Pada pemeriksaan fisik dilakukan Inspeksi dan palpasi, lakukan pengukuran gerak fasif pada sendi sinovial, Ukur kekuatan sendi dan Kaji skala nyeri. Pengkajian yang ke dua dengan melakukan Pemeriksaan penunjang yang didukung dengan pemeriksaan laboratorium, Radiologi, dan Aspirasi cairan sinovial (M.Asikin, dkk, 2016)

Melihat begitu kompleksnya masalah yang diakibatkan oleh penyakit Arthritis Reumatoid pada usia senja maka diperlakukan perawatan yang baik dan dilaksanakan terus-menerus, sehingga masalah yang ada dapat teratasi dan penderita mendapat penanganan yang benar baik melalui pelayanan kesehatan dengan mencegah terjadinya komplikasi dan memburuknya prognosis penderita. Maka penulis tertarik untuk mengkaji secara konferhensif pada klien dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Arthritis Reumatoid”.

1.2 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah memperoleh gambaran hasil pengelolaan asuhan keperawatan dengan masalah medis Arthritis Reumatoid dalam praktek nyata dilapangan dengan pendekatan yang meliputi pengkajian sampai pendokumentasian.

1.3 Tujuan Khusus

Tujuan khusus melaksanakan asuhan keperawatan keluarga melalui biopsikososial kultural dan spiritual adalah sebagai berikut :

- 1.3.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada lansia dengan *Arthritis Rheumatoid*.
- 1.3.2 Menentukan diagnosis keperawatan.
- 1.3.3 Menentukan perencanaan keperawatan.
- 1.3.4 Memberikan implementasi keperawatan yang sesuai dengan rencana.
- 1.3.5 Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
- 1.3.6 Membuat dokumentasi hasil asuhan keperawatan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan masalah *Arthritis Rheumatoid*.

1.4.2 Praktis

1.4.2.1 Tenaga Keperawatan

Dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dan tepat pada keluarga dengan artritis reumatoid.

1.4.2.2 Mahasiswa

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi semua mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah *Arthritis Rheumatoid* sehingga menunjang pembelajaran mata kuliah keperawatan keluarga.

1.4.2.3 Institusi

Sebagai referensi tambahan dalam proses pembelajaran mata kuliah keperawatan Gerontik. Akademik mendapatkan referensi untuk melengkapi pembelajaran.

1.4.2.4 Masyarakat

Memberikan informasi tentang penyakit artritis reumatoid, penyebab, tanda dan gejala, serta cara penanganan dan pengobatannya.

1.5 Metode Ilmiah Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, prioritas masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dan tehnik penulisan yang digunakan antara lain :

1.5.1 Studi kasus

Yaitu perawatan langsung pada lansia dengan masalah *Arthritis Rheumatoid*. Adapun metode pengumpulan data/pengkajian yaitu:

1.5.1.1 Observasi : Melakukan pengamatan langsung pada lansia asuhan untuk mengetahui keadaan dan perkembangan keluarga asuhan.

1.5.1.2 Pemeriksaan fisik : Dengan teknik inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengar).

1.5.1.3 Wawancara : Penulis melakukan tanya jawab kepada lansia asuhan serta perawat yang ada di Puskesmas, dokter dan tim kesehatan lain.

1.5.1.4 Pemeriksaan penunjang : Dengan mencek kadar gula darah, Asam urat, dan kolesterol.

1.5.2 Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku-buku (kepustakaan), *internet searching* yang berkaitan dengan asuhan keperawatan gerontik dan *Arthritis Rheumatoid*.

1.5.3 Studi dokumentasi

Yaitu mengumpulkan data dari *medical record* klien asuhan.

1.6 Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 4 (empat) bab yang disusun secara berurutan yaitu :

1.6.1 BAB 1

Pendahuluan yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, metode ilmiah asuhan keperawatan, dan sistematika penulisan.

1.6.2 BAB 2

Landasan teoretis

1.6.2.1 Konsep Lansia : Pengertian Lansia, Batasan Lanjut Usia, Tipe-tipe Lanjut usia, Proses Menua, teori-teori proses menua, perubahan yang terjadi pada lansia serta penyakit yang sering terjadi pada lansia.

1.6.2.2 Konsep dasar Medis : Anatomi fisiologi, definisi, etiologi, patofisiologi, gejala klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan artritis reumatoid meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1.6.2.3 Konsep dasar asuhan keperawatan gerontik : Pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1.6.3 BAB 3 :

Hasil asuhan keperawatan yang meliputi : Gambaran kasus, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi, dan catatan perkembangan

1.6.4 BAB 4

Kesimpulan dan saran : Berisi tentang kesimpulan dari asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dan rekomendasi yang bersifat operasional terhadap masalah yang ditemukan dalam melakukan asuhan keperawatan.