

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.A Dengan Arthritis  
Rheumatoid Di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu  
Tahun 2019**



**SAIFUDDIN**  
**NIM. P05120218116**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
DIPLOMA III KEPERAWATAN BENGKULU  
TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A  
DENGAN ARTHRITIS RHEUMATOID DI PANTI SOSIAL  
TRESNA WERDHA PROVINSI BENGKULU  
TAHUN 2019**

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma  
III Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

**SAIFUDDIN**  
**NIM. P05120218116**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
DIPLOMA III KEPERAWATAN BENGKULU  
TAHUN 2019**

## **PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dipersiapkan dan dipersentasikan oleh :

**SAIFUDDIN**  
**NIM. P05120218116**

Pada tanggal : 6 September 2019

Mengetahui,  
Pembimbing

S.Pardosi,S.Kp,S.Sos,M.Si (Psi)  
NIP. 196403031986031005

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A DENGAN  
ARTHRITIS RHEUMATOID DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA  
PROVINSI BENGKULU  
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

**SAIFUDDIN**  
**NIM. P05120218116**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji  
Pada Program D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal : 10 September 2019

Panitia Penguji,

1. Ns. Agung Riyadi, M.Kes (.....)  
NIP.196810071988031005
2. Ns. Ervan, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.J (.....)  
NIP.197412031994021002
3. S.Pardosi,S.Kp,S.Sos,M.Si (Psi) (.....)  
NIP. 196403031986031005

Mengetahui  
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
JurusanKeperawatan  
PoltekkesKemenkes Bengkulu,

(Ns. Mardiani, S.Kep, MM)  
NIP.197203211995032001

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas nikmat sehat, ilmu dan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.A Dengan Arthritis Rheumatoid di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019”.

Pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak karya tulis ilmiah ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi atau data maupun dalam bentuk lainnya. Untuk itu penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., MPH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak S.Pardosi, S.Kp, S.Sos, M.Si (Psi) selaku Pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunannya karya tulis ilmiah ini.
5. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan yang lebih baik di bidang keperawatan terutama bagi penulis dan mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, Agustus 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian .....	3
C. Batasan Masalah.....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>5</b>
A. Konsep Proses Menua .....	5
1. Pengertian Menua.....	5
2. Teori-teori Proses Menua .....	6
3. Perubahan fisiologis pada lanjut usia.....	10
B. Konsep Penyakit <i>Artitis Reumatoid</i> .....	15
1. Pengetian .....	15
2. Klasifikasi.....	15
3. Etiologi .....	17
4. Patofisiologi.....	18
5. WOC.....	21
6. Manifestasi Klinis.....	22
7. Komplikasi .....	23
8. Pemeriksaan diagnostic/penunjang.....	24
9. Penatalaksanaan Medis Dan Keperawatan .....	26
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....	28
1. Pengkajian .....	28
2. Diagnosa Keperawatan .....	34
3. Intervensi Keperawatan .....	35
4. Implementasi Keperawatan .....	45
5. Evaluasi Keperawatan .....	45

<b>BAB III METODELOGI PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
A. Pendekatan/desain penelitian .....	47
B. Subjek Penelitian .....	47
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	47
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	48
E. Prosedur Penelitian.....	48
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	48
G. Keabsahan Data.....	48
H. Analisa Data .....	49
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>51</b>
A. Pengkajian .....	51
B. Diagnosa Keperawatan.....	59
C. Perencanaan Keperawatan .....	60
D. Implementasi Keperawatan.....	66
E. Evaluasi Keperawatan.....	75
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>79</b>
A. Pengkajian .....	79
B. Diagnosa Keperawatan.....	81
C. Perencanaan Keperawatan .....	82
D. Implementasi Keperawatan.....	84
E. Evaluasi Keperawatan.....	85
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>87</b>
A. Kesimpulan .....	87
B. Saran.....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>91</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## **DAFTAR TABEL**

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	PerencanaanKeperawatan	35
4.1	Analisis Data	57
4.2	Diagnosa Keperawatan	59
4.3	Perencanaan Keperawatan	60
4.4	Implementasi Hari Ke-1	66
4.5	Implementasi Hari Ke-2	70
4.6	Implementasi Hari Ke-3	72
4.7	Evaluasi Hari Ke-1	75
4.8	Evaluasi Hari Ke-2	76
4.9	Evaluasi Hari Ke-3	78
	Pengkajian Tingkat Kemandirian	Lampiran.1
	Pengkajian Sistem Mental	Lampiran.2
	Identifikasi Aspek Kognitif	Lampiran.3
	Pengkajian Keseimbangan	Lampiran.4
	Pengkajian Kondisi Depresi	Lampiran.5
	Penkajian Sosial	Lampiran.6

## DAFTAR BAGAN

<b>Nomor Bagan</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	WOC <i>Arthritis Rheumatoid</i>	22

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor Gambar</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
5.1	<i>Pain Numerical Rating Scale (PNRS)</i>	83

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Proporsi lansia di dunia diperkirakan mencapai 22% dari penduduk dunia atau sekitar 2 miliar pada tahun 2020, sekitar 80% lansia hidup di negara berkembang. Rata-rata usia harapan hidup di negara-negara kawasan Asia Tenggara adalah 70 tahun sedangkan usia harapan hidup di Indonesia sendiri termasuk cukup tinggi yaitu 71 tahun. Jumlah penduduk di 11 negara anggota WHO kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050, sedangkan jumlah lansia di seluruh dunia dapat mencapai jumlah 1 miliar orang dalam kurun 10 tahun mendatang (Novia, 2015).

Ada 4 penyakit yang erat hubungannya dengan proses menua, yaitu : gangguan sirkulasi darah (hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak, coroner dan ginjal), gangguan metabolisme hormonal (diabetes militus, klimakterium dan ketidakseimbangan tiroid), gangguan pada persendian (*osteoarthritis, gout arthritis, arthritis rheumatoid*), dan berbagai macam neoplasma (Yuli, 2014).

*Arthritis rheumatoid* adalah penyakit inflamasi kronis dan sistemik yang simetris, yang terutama menyerang sendi perifer dan otot, tendon, ligamen, dan pembuluh darah disekitarnya. Remisi spontan dan eksaserbasi yang tidak dapat diperkirakan menandai jalannya penyakit yang mengakibatkan kecacatan ini (Stocklager, 2008). *Arthritis rheumatoid* dapat menyerang semua sendi, tetapi yang paling sering diserang adalah sendi dipergelangan tangan, kuku-kuku jari, lutut dan engkel kaki. Sendi-sendi yang lain mungkin diserang termasuk sendi ditulang belakang, pinggul, leher, bahu, dan bahkan sampai ke sambungan antara tulang kecil dibagian telinga dalam. *Arthritis rheumatoid* juga mempengaruhi organ tubuh bagian dalam seperti jantung, pembuluh darah,

kulit, dan paru-paru. Serangan *arthritis rheumatoid* biasanya simetris yaitu menyerang sendi yang sama di kedua sisi tubuh (Haryono dan Setianingsih, 2013).

Hasil pencatatan penduduk sasaran program pembangunan kesehatan di Indonesia tahun 2016 menunjukkan bahwa penduduk usia lanjut dengan umur  $\geq 60$  tahun sebanyak 22.630.882 jiwa (Kemenkes RI, 2017). Menurut data Biro Sensus Amerika Serikat memperkirakan Indonesia akan mengalami penambahan warga lanjut usia terbesar di seluruh dunia pada tahun 1990-2025 (Kinsella dan Tauber, 1993 dalam Maryam, 2008).

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 ini terus meningkat hingga tahun 2025 dengan indikasi lebih dari 25% akan mengalami kelumpuhan. World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa 20% penduduk dunia terserang penyakit *arthritis rheumatoid*, dimana 20% tersebut berusia 55 tahun keatas (Zulipurnama, 2011 dalam Anwar, 2014). Di Indonesia, prevalensi *Arthritis Rheumatoid* 0,1% sampai 0,3%, diperkirakan terdapat 360 ribu pasien di Indonesia. Penyakit ini sangat progresif dan paling sering menyebabkan cacat (Siregar, 2014 dalam Anwar, 2014). Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (33,1%), diikuti Jawa Barat (32,1%) dan Bali (30%). Angka *arthritis rheumatoid* di Provinsi Bengkulu tergolong masih rendah yaitu sebesar 16,5% dan menempati urutan ke-26 dari semua provinsi di Indonesia (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan data cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut di Provinsi Bengkulu tahun 2017, lansia di Kota Bengkulu berjumlah 26.703 yang terdiri dari 11.840 laki-laki dan 14.863 perempuan (Dinkes Kota Bengkulu, 2018). Hasil pencatatan penyakit radang dan rematik di Kota Bengkulu menunjukkan bahwa lansia berusia  $\leq 60$  tahun yang menderita penyakit radang dan rematik pada tahun 2012 sebanyak 1.745 jiwa, tahun 2013 sebanyak 1.752 jiwa dan tahun 2014 sebanyak 1.591 jiwa (Dinkes Kota Bengkulu, 2015).

Peran dan fungsi perawat gerontik terhadap pasien *arthritis rheumatoid* yaitu sebagai *care giver* dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada lansia. Sebagai pendidik lansia dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia yang beresiko tinggi, kadar kesehatan, dan lain sebagainya. Sebagai motivator dan inovator lansia dengan cara memberikan motivasi kepada lansia. Sebagai advocator lansia dengan cara membantu memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun professional. Dan sebagai konselor lansia dengan cara memberikan bimbingan kepada lansia tentang masalah kesehatan sesuai prioritas (Yuli, 2014).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus “Asuhan Keperawatan Lansia Dengan *Arthritis Rheumatoid* di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019”.

## **B. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid* di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mendeskripsikan pengkajian pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.
- b. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.
- c. Dapat menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.
- d. Dapat mendeskripsikan implementasi pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.
- e. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.

- f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid*.

### **C. Batasan Masalah**

Adapun batasan-batasan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah ini adalah pemberian asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid* di di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019, meliputi tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Pasien

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan bagi pasien dalam menanggulangi dan mencegah kekambuhan penyakit *arthritis rheumatoid* pada lansia.

#### 2. Bagi Mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan dalam pembuatan asuhan keperawatan keluarga, khususnya tentang asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid*.

#### 3. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan, informasi dan sarana untuk mengembangkan asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid* di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu.

#### 4. Bagi Prodi DIII Keperawatan Bengkulu

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan bentuk sumbangsih kepada mahasiswa keperawatan sebagai referensi untuk menambah wawasan dan bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar yang berkaitan dengan asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid*.

## **BAB II**

### **TINJUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Proses Menua**

##### **1. Pengertian Menua**

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Aspiani, 2014).

Proses menua merupakan proses terus menerus atau berkelanjutan secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Adakalanya orang belum tergolong lanjut usia atau masih muda tapi kekurangan-kekurangannya menonjol (Aspiani, 2014).

Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh walaupun demikian harus diakui bahwa dihadapi berbagai penyakit yang sering menghinggapi berbagai penyakit. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa (Aspiani, 2014).

Berdasarkan definisi diatas menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menjadi tua adalah proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran mulai kurang jelas, penglihatan mulai memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional.



## 2. Teori-teori Proses Menua

Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf, dan jaringan lain sehingga tubuh mati sedikit demi sedikit. Teori proses menua ada 3 jenis yaitu:

### a. Teori Biologi

#### 1) Teori *Genetik Clock*

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetic didalam *nuklei*. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses *mitosis*. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian haiflick (1980), dari teori itu dinyatakan adanya hubungan antara kemampuan membelah sel dalam kultur dengan umur spesies mutasi somatic. Hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis factor penyebab terjadinya proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatic. Radiasi dan zat kimia dapat mempendek umur menurut teori ini terjadi mutasi progresif pada DNA sel somatic akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

#### 2) Teori *Error*

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan. Sejalan dengan umur sel tubuh, maka terjadi beberapa perubahan alami pada sel pada DNA dan RNA, yang merupakan substansi pembangun atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel-sel nucleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

### 3) Teori Autoimun

Pada teori ini, penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi system immune. Perubahan itu lebih tampak secara nyata pada Limposit, T disamping perubahan juga terjadi pada Limposit B. perubahan yang terjadi meliputi penurunan system immun humoral, yang dapat menjadi factor predisposisi pada orang tua untuk: (a). menurunkan resistensi melawan pertumbuhan tumor dan perkembangan kanker (b). menurunkan kemampuan untuk mengadakan inisiasi proses dan secara agresif memobilisasi pertahanan tubuh terhadap pathogen (c). meningkatkan produksi autoantigen, yang berdampak pada semakin meningkatnya risiko terjadinya penyakit yang berhubungan dengan autoimun.

### 4) Teori *Free Radical*

Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses menua menjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh. Yang disebut radikal bebas disini adalah molekul yang memiliki tingkat afinitas yang tinggi, merupakan molekul, fragmen molekul atau atom dengan electron yang bebas tidak berpasangan. Radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia sebagai salah satu hasil kerja metabolisme tubuh. Walaupun secara normal terbentuk dari proses metabolisme tubuh, tetapi ia dapat terbentuk akibat: (1) proses oksidasi lingkungan seperti pengaruh polutan, ozon dan pestisida. (2) Reaksi akibat paparan dengan radiasi (3) sebagai reaksi berantai dengan molekul bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa: superoksida ( $O_2^-$ ), radikal hidroksil, dan  $H_2O_2$ . Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh.

5) Teori kolagen

Kelebihan usaha dan stress dapat menyebabkan kerusakan sel tubuh.

6) Teori biologi

Peningkatan jumlah kolegen dalam jaringan menyebabkan kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya proses perbaikan sel jaringan.

b. Teori psikososial

1) Teori Aktivitas (*Activity Theory*)

teori ini menyatakan bahwa seorang individual harus mampu eksis dan aktif dalam kehidupan social untuk mencapai kesuksesan dalam kehidupan di hari tua. Aktivitas dalam teori ini dipandang sebagai sesuatu yang vital untuk mempertahankan rasa kepuasan pribadi dan kosie diri yang positif. Teori ini berdasarkan pada asumsi bahwa: (1) aktif lebih baik dari pada pasif (2) gembira lebih baik dari pada tidak gembira (3) orang tua merupakan orang yang baik untuk mencapai kesuksesan dan memilih alternative pilihan aktif dan bergembira. Penuaan menurunkan jumlah kegiatan secara langsung.

2) Teori Kontinuitas (*Theory Continuitas*)

teori ini memandang kondisi tua merupakan kondisi yang selalu terjadi dan secara berkesinambungan yang harus dihadapi oleh orang lanjut usia. Adanya suatu kepribadian berlanjutan yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.

3) *Disanggement Theory*

putusnya dengan dunia luar seperti dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain.

4) Teori Stratifikasi Usia

karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.

5) Teori Kebutuhan Manusia

orang yang bisa mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.

6) *Jung Theory*

Terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan manusia.

7) *Course of Human Life Theory*

Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimumnya.

8) *Development task Theory*

tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usahanya

c. *Environmental theory* (Teori Lingkungan)

1) Teori Radiasi (*Radiation Theory*)

Setiap hari manusia terpapar dengan radiasi baik Karena asinar matahari maupun dalam bentuk gelombang-gelombang mikro yang telah menumbuk tubuh tanpa terasa yang dapat mengakibatkan perubahan susunan DNA dalam sel hidup atau bahkan sel mati.

2) Teori Stress (*Stress Theory*)

Stress fisik maupun psikologi dapat mengakibatkan pengeluaran neurotransmitter tertentu yang dapat mengakibatkan perfusi jaringan menurun sehingga jaringan mengalami kekurangan oksigen dan mengalami gangguan metabolisme sel sehingga terjadi penurunan jumlah cairan dalam sel dan penurunan eksisitas membrane sel.

3) Teori Populasi (*Pollution Theory*)

Tercemarnya lingkungan dapat mengakibatkan tubuh mengalami gangguan pada system psikoneuroimunologi yang seterusnya mempercepat terjadinya proses penuaan dengan perjalanan yang masih rumit untuk dipelajari.

4) Teori Pemaparan (*Exposure Theory*)

Terpaparnya sinar matahari yang mempunyai kemampuan mirip dengan sinar ultra yang lain mampu mempengaruhi susunan DNA sehingga proses penuaan atau kematian sel bisa terjadi.

3. Perubahan fisiologis pada lanjut usia

a. Sel

- 1) Lebih sedikit jumlahnya.
- 2) Lebih besar ukurannya.
- 3) Berkurangnya cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler.
- 4) Meurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati.
- 5) Jumlah sel otak meurun
- 6) Tergangungya mekanisme perbaikan sel.
- 7) Otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-20%

(Aspiani, 2014)

b. Sistem Kardiovaskuler

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahunya sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- 5) Tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer: sistolis normal  $\pm$  170 mmHg, distolis normal  $\pm$  90 mmHg (Aspiani, 2014)

c. Sistem Pernafasan

- 1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- 2) Menurunnya aktivitas dari silia.
- 3) Paru-paru kehilangan elastisitas.
- 4) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- 5) Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.

- 6) Karbondioksida pada arteri tidak berganti.
- 7) Kemampuan untuk batuk berkurang.
- 8) Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan bertambahnya usia (Aspiani, 2014)

d. Sistem Persarafan

- 1) Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
- 2) Cepat menurunnya hubungan persarafan.
- 3) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stress.
- 4) Mengecilnya saraf panca indra: berkurangnya penglihatan, berkurangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- 5) Berkurangnya sensitivue terhadap sentuhan (Aspiani, 2014)

e. Sistem Gastrointestinal

- 1) Kehilangan gigi: penyebab utama adanya periodontal Disease yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
- 2) Indra pengecap menurun: adanya iritasi yang kronis dan selaput lendir, atrofi indra pengecap ( $\pm 80\%$ ), hilangnya sensifitas dari indra pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam, pahit.
- 3) Esofagus melebar.
- 4) Lambung: rasa lapar menurun (sensivitas lapar menurun), asam lambung lambung meurun, waktu mengosongkan menurun.
- 5) Peristaltic lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- 6) Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu)
- 7) Liver: makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah (Aspiani, 2014)

#### f. Sistem Genitourinaria

- 1) Ginjal, merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urin darah yang masuk ke ginjal disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron. Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya +1) BUN (*Blood Urea Nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.
- 2) Vesika Urinaria, otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah di kosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin .
- 3) Pembesaran prostat  $\pm 75\%$  dialami oleh pria usia diatas 65 tahun (Aspiani, 2014)

#### g. Sistem Endokrin

- 1) Produksi dari semua hormone menurun.
- 2) Fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah.
- 3) Pituitary; pertumbuhan hormone ada tetapi lebih rendah dan hanya didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH (Adrenocortikotropic Hormone)
- 4) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (Basal Metabolic Rate), dan menurunnya daya pertukaran zat.
- 5) Menurunnya produksi aldosteron.
- 6) Menurunnya sekresi hormone kelamin, misalnya: progesterone, estrogen, dan testosteron (Aspiani, 2014)

#### h. Sistem indera

- 1) Sistem pendengaran
  - a) Presbiakusis (gangguan pendengaran). Hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara

atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.

- b) Membrane timpani menjadi atropi menyebabkan otosklerosis.
- c) Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeraskarena meningkatnya keratin.
- d) Pendengaran menurun pada lanjut usia yang mengalami ketenggangan jiwa atau stress

## 2) Sistem Penglihatan

- a) Spingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
- b) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- c) Meningkatkan ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan, lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.
- d) Hilangnya daya akomodasi.
- e) Menurunnya lapang panndang
- f) Menurunnya daya membedakan warna biru/hijau pada skala.

## 3) Sistem Peraba

Indra peraba memberikan pesan yang paling inti dan yang paling mudah untuk menterjemahkan. Biola indra lain hilang, rabaan dapt mengurangi perasaan sejahtera. Meskipun reseptor lain akan menumpul dengan bertambahnya usia, namun tidak pernah hilang

## 4) Sistem Pengecap

Empat rasa dasar yaitu manis, asam. Asin, pahit. Diantara semuanya, rasa manis yang paling tumpul pada lansia. Maka jelas bagi kita mengapa mereka senang membubuhkan gula secara berlebihan. Rasa yang tumupul menyebabkan kesukaan terhadap makanan yang asin dan banyak berbumbu (Aspiani, 2014)

## i. Sitem integumen

- 1) Kulit mengkerut dan keriput akbita hilangnya jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit kasar dan bersisik.
- 3) Menurunnya respon terhadap trauma.



- 4) Mekanisme proteksi kulit menurun.
- 5) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- 6) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 7) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- 8) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- 9) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- 10) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan.
- 11) Kelenjar keringat berkurang jumlahnya.
- 12) Kuku menjadi pudar dan kurang bercayaha (Aspini, 2014)

j. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh dan osteoporosis
- 2) Kifosis
- 3) Pinggang, lutut, dan jari-jari pergelangan terbatas.
- 4) Discus intervertebalis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang)
- 5) Tendon mengkerut dan mengalami sklerosis.
- 6) Persendian membesar dan menjadi kaku
- 7) Serabut otot mengecil.
- 8) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh (Aspini, 2014)

k. Sistem reproduksi dan seksualitas

1) Vagina

Seseorang yang makin menua *sexual intercourse* masih membutuhkannya, tidak ada batasan umur tertentu. Fungsi seksual berhenti, frekuensi *sexual intercourse* cenderung menurun secara bertahap setiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati terus berjalan sampai tua.

- 2) Mengecilnya ovary dan uterus.
- 3) Atrofi payudara .
- 4) Pada laki-laki testis masih menghasilkan spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur.

- 5) `Dorongan seksualitas menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik)
- 6) Produksi estrogen pada progesterone oleh ovarium menurun saat menopause. Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi wanita meliputi penipisan dinding vagina, mengakibatkan kekeringan, gatal, dan menurunnya keasaman vagina. Pada pria lansia penis dan tetis menurun ukurannya dan kadar androgen berkurang (Aspiani, 2014)

## **B. Konsep Penyakit *Arthritis Rheumatoid***

### **1. Pengertian**

*Arthritis rheumatoid* adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama *polyarthritis progresif* dan melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien *arthritis rheumatoid* terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresivitasnya. Pasien dapat pula menunjukkan gejala konstitusional berupa kelemahan umum, cepat lelah, atau gangguan nonartikular lain (Masjoer, 2000 dalam Yuli, 2014). *Reumatoid arthritis* (RA) merupakan penyakit inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Chairuddin, 2003 dalam Huda, 2015). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *arthritis reumatoid* adalah penyakit autoimun atau inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, cenderung kronik yang menyerang persendian dengan menunjukkan gejala berupa kelemahan umum, cepat lelah, nyeri, kekakuan, pembengkakan serta keterbatasan gerak dan fungsi banyak sendi.

### **2. Klasifikasi**

Klasifikasi *arthritis rheumatoid* menurut lama penyakitnya dibagi menjadi dua, yaitu:

#### **a) Arthritis akut**

Sekitar 10% *Arthritis rheumatoid* muncul secara akut sebagai poliartritis, yang berkembang cepat dalam beberapa hari. Pada sepertiga

pasien, gejala mula-mula monoarthritis lalu poliarthritis. Terjadi kekakuan paling parah pada pagi hari, yang berlangsung sekitar 1 jam dan mengenai sendi secara bilateral. Episode-episode peradangan diselingi oleh remis. Rentang gerak berkurang, terbentuk benjolan rematoid ekstra sinovium.

b) Arthritis kronik

Kerusakan struktur persendian akibat kerusakan rawan sendi atau erosi tulang. Periartrikular 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 keseluruh sendi sehingga semakin merangsang peradangan dan pembentukan jaringan parut. Proses ini secara lambat merusak sendi dan menimbulkan nyeri hebat serta deformitas (Nettiana, 2006).

Diagnosis *arthritis rheumatoid* dikatakan positif apabila sekurang-kurangnya empat dari tujuh kriteria ini terpenuhi. Empat kriteria yang disebutkan terdahulu harus sudah berlangsung sekurang-kurangnya 6 minggu. Adapun kriteria diagnostic adalah sebagai berikut :

- a) Kekakuan pagi hari (sekurang-kurangnya 1 jam)
- b) Arthritis pada tiga atau lebih sendi, nyeri pada pergerakan atau nyeri tekan paling sedikit pada satu sendi
- c) Arthritis sendi-sendi jari tangan, pembengkakan karena penebalan jaringan lunak atau cairan (bukan pembesaran tulang)
- d) Arthritis yang simetris, terkenanya sendi yang sama pada kedua sisi yang timbulnya bersamaan
- e) Nodula rheumatoid
- f) Perubahan-perubahan arthritis radiologik (erosi atau dekalsifikasi tulang)
- g) Faktor rheumatoid dalam serum (Yuli, 2014).

Buffer (2010) mengklasifikasikan *rheumatoid arthritis* menjadi 4 tipe, yaitu :

- a) *Reumatoid arthritis klasik* pada tipe ini harus terdapat 7 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
- b) *Reumatoid arthritis defisit* pada tipe ini harus terdapat 5 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
- c) *Probable reumatoid arthritis* pada tipe ini harus terdapat 3 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
- d) *Possible reumatoid arthritis* pada tipe ini harus terdapat 2 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 3 bulan. Termasuk possible Reumatoid Arthritis jika memiliki ciri sebagai berikut kaku pagi hari, nyeri tekan atau nyeri gerak dengan riwayat rekurensi atau menetap selama 3 minggu, riwayat atau didapati adanya pembengkakan sendi, nodul subkutan (diamati oleh pemeriksa) peningkatan Laju Endap Darah atau CReaktif Protein, Iritis.

### 3. Etiologi

Penyebab penyakit *reumatoid arthritis* belum diketahui secara pasti, namun faktor predisposisinya adalah mekanisme imunitas (antigen-antibodi), faktor metabolik, dan infeksi virus (Suratun, 2008). Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab *arthritis rheumatoid*, yaitu :

- a) Infeksi *Streptokkus hemolitikus* dan *Streptococcus non-hemolitikus*.

Faktor infeksi telah diduga merupakan penyebab arthritis reumatoid. Dugaan infeksi ini menyebabkan arthritis rheumatoid juga timbul karena umumnya penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun sampai saat ini belum berhasil dilakukan isolasi satu mikroorganisme dari jaringan sinovial. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab arthritis reumatoid antara lain adalah kuman, virus, jamur.

b) Endokrin

Kecenderungan wanita untuk menderita arthritis rheumatoid dan sering dijumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh pada penyakit ini. Walaupun demikian karena pemberian hormon estrogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagaimana yang diharapkan, sehingga kini belum berhasil dipastikan bahwa faktor hormonal memang merupakan penyebab penyakit ini.

c) Autoimun

Pada saat ini arthritis rheumatoid diduga disebabkan oleh faktor autoimun dan infeksi. Autoimun ini bereaksi terhadap kolagen tipe II, faktor infeksi mungkin disebabkan oleh karena virus dan organisme mikroplasma atau grup difterioid yang menghasilkan antigen tipe II kolagen dari tulang rawan sendi penderita.

d) Metabolik

Faktor metabolik berkaitan dengan produksi energi di dalam sel manusia.

e) Faktor genetik serta pemicu lingkungan

Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini. Hal ini terbukti dari terdapatnya hubungan antara produk kompleks histokompatibilitas utama kelas II, khususnya HLA-DR4 dengan arthritis rheumatoid seropositif. Pengemban HLA-DR4 memiliki resiko relatif 4:1 untuk menderita penyakit ini (Chairuddin, 2003 dalam Huda, 2015).

4. Patofisiologi

Patofisiologi pada Arthritis Reumatoid, reaksi auto-imun terutama terjadi dalam jaringan sinovial. Proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. enzim-enzim tersebut akan memecah kalogen sehingga terjadi edema, poliferasi membrane sinovial dan akhirnya terjadi pembentukan pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang. Akibatnya akan menghilangnya permukaan

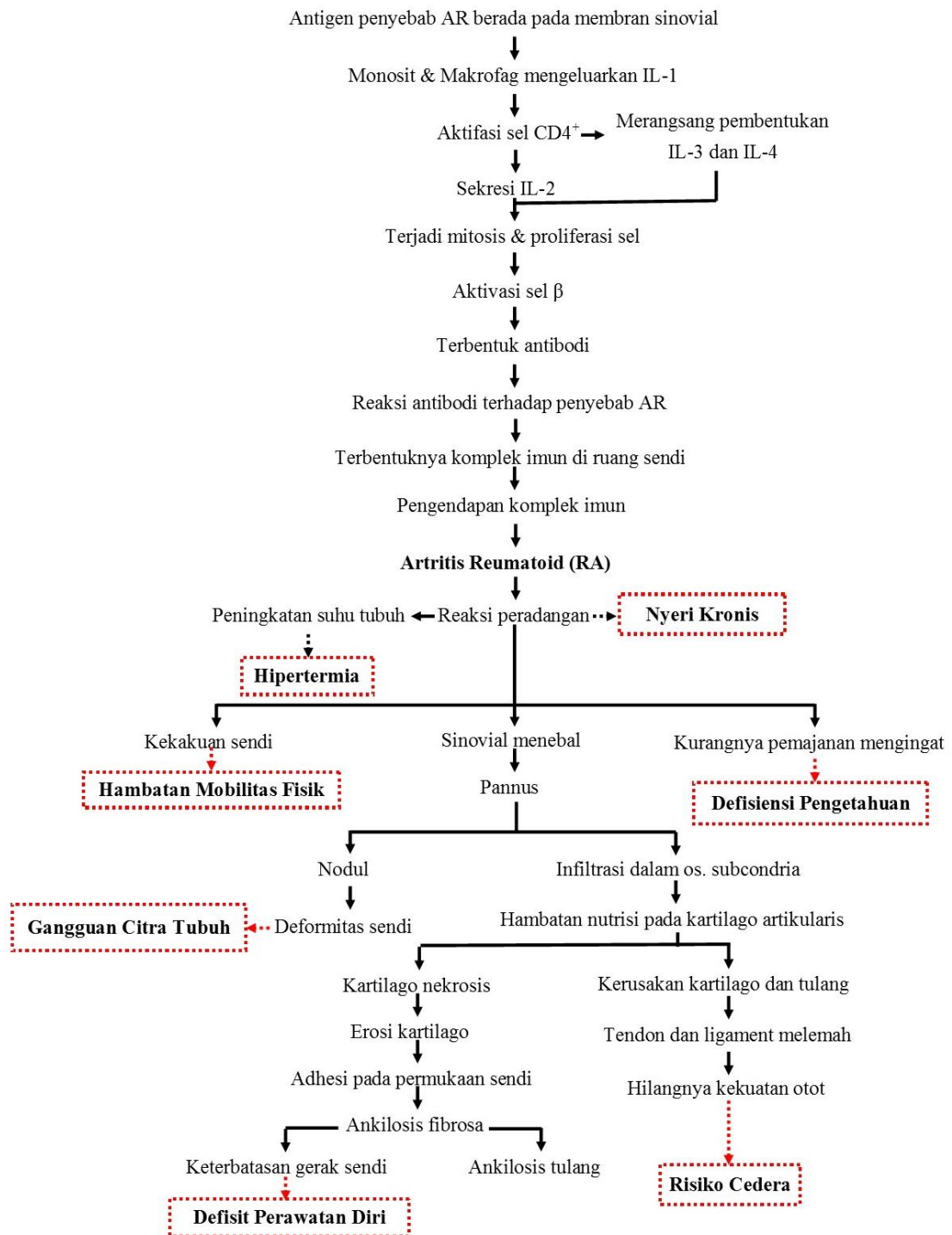
sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan mengalami perubahan degeneratif dengan hilangnya elastisitas otot dan kekakuan kontraksi otot (Smeltzer, 2002).

Dari penelitian mutakhir diketahui bahwa patogenesis *arthritis rheumatoid* terjadi akibat rantai peristiwa imunologis sebagai berikut: Suatu antigen penyebab *arthritis rheumatoid* yang berada pada membran *sinovial*, akan diproses oleh *antigen presenting cells* (APC). Antigen yang telah diproses akan dikenali dan diikat oleh  $CD_4^+$  bersama dengan determinan HLA-DR yang terdapat pada permukaan membrane APC tersebut dan membentuk suatu kompleks *trimolekular*. Pada tahap selanjutnya kompleks *antigen trimolekular* tersebut akan mengekspresi reseptor interleukin-2 (IL-2) pada permukaan  $CD_4^+$ . IL-2 yang dieksekresi oleh sel  $CD_4^+$  akan mengikat diri pada reseptor spesifik pada permukaannya sendiri dan akan mengakibatkan terjadinya mitosis dan proliferasi sel tersebut. Selain IL-2,  $CD_4^+$  yang telah teraktivasi juga mensekresi berbagai limfokin lain seperti *gamma-interferon*, tumor necrosis faktor  $\beta$  (TNF- $\beta$ ), interleukin 3 (IL-3), interleukin 4 (IL-4), *granulocyte-macrophage colony stimulating faktor* (GM-CSF) serta beberapa mediator lain yang bekerja merangsang makrofage untuk meningkatkan aktivitas fagositosisnya dan merangsang proliferasi dan aktivasi sel  $\beta$  untuk memproduksi antibodi. Setelah berikatan dengan antigen yang sesuai antibodi yang dihasilkan akan membentuk kompleks imun yang akan berdifusi secara bebas ke dalam ruang sendi (Sarfullah, 1996 dalam Yuli, 2014).

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 destruksi jaringan sendi, memecahkan tulang rawan, *ligamentum*, *tendon* dan tulang pada sendi. Proses ini diduga adalah bagian dari suatu respon *autoimun* terhadap antigen yang diproduksi secara local. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membrane *sinovial*.

Masuknya sel radang ke dalam membran sinovial akibat pengendapan kompleks imun menyebabkan terbentuknya *pannus* yang merupakan elemen yang paling destruktif dalam patogenesis *arthritis rheumatoid*. *Pannus* merupakan jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibroblas yang berproliferasi, mikrovaskular dan berbagai jenis sel radang, *Pannus* akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang, akibatnya adalah hilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan turut terkena karena serabut otot akan mengalami perubahan *degeneratif* dengan hilangnya elastisitas otot dan kekakuan kontraksi otot. Selain itu juga akan timbul rasa nyeri, pembengkakan, panas, eritema, dan gangguan fungsi pada sendi akibat proses inflamasi (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Yuli, 2014).

## 5. WOC (Web Of Caution)



(Sumber : Brunner & Suddarth, 2013, Yuli, 2014)

**Bagan 2.1.** WOC *Arthritis Rheumatoid*



## 6. Manifestasi Klinis

Ada beberapa gejala klinis yang lazim ditemukan pada penderita *arthritis rheumatoid*. Gejala klinis ini harus timbul skaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gejala arn klinis yang sangat berbvariasi.

- a) Gejala-gejala *konstitusional*, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b) *Polyarthritis simetris* terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun bisaanya tidak melibatkan sendi-sendi *interfalangdistal*. Hampir semua sendi *diartrodial* dapat diserang.
- c) Pentingnya untuk membedakan nyeri yang disebabkan perubahan mekanis dengan nyeri yang disebabkan inflamasi. Nyeri yang timbul setelah aktivitas dan hilang setelah aktivitas istirahat serta tidak tibul 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 1 jam, dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi, kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis, yang bisaanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
- e) *Artritis erosive* merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologic. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi ditepi tulang.
- 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 dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dan sublukasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi.

g) *Nodula-nodula reumatoid* adalah masa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita *arthritis reumatoid*. Lokasi paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan, walaupun demikian *nodula-nodula* ini bisaanya merupakan petunjuk suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.

h) Manifestasi *ekstra articular:arthritis reumatoid* juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Jantung (*pericarditis*), paru-paru (*pleuritis*), mata dan pembuluh darah dapat rusak (Yuli, 2014).

## 7. Komplikasi

### a) Sistem respiratori

Peradangan pada sendi krikoartritenoid tidak jarang dijumpai pada *arthritis reumatoid*. Gejala keterlibatan saluran nafas atas ini dapat berupa nyeri tenggorokan, nyeri menelan, atau disfonia yang umumnya terasa lebih berat pada pagi hari. Pada *arthritis reumatoid* yang lanjut dapat pula dijumpai *efusi pleura* dan *fibrosis* paru yang luas.

### b) Sistem kardiovaskuler

Seperti halnya pada sistem respiratorik, pada *arthritis reumatoid* jarang dijumpai gejala pericarditis berupa nyeri dada atau gangguan faal jantung. Akan tetapi pada beberapa pasien 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.

### 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 *arthritis reumatoid*.

d) Sistem persarafan

Komplikasi neurologis yang sering dijumpai pada *arthritis rheumatoid* umumnya tidak memberikan gambaran yang jelas sehingga sukar untuk membedakan komplikasi neurologis akibat *lesi articular* dari *lesi neuropatik*. Pathogenesis komplikasi neurologis pada umumnya berhubungan dengan mielopati akibat *instabilitas vertebrae, servikal, neuropati jepitan* atau *neuropatiiskemik* akibat *vaskulitis*.

e) Sistem perkemihan: Ginjal

Berbeda dengan *lupus eritematosus sistemik* pada *arthritis rheumatoid* jarang sekali dijumpai kelainan glomerulural. Jika pada pasien *arthritis rheumatoid* dijumpai *proteinuria*, umumnya hal tersebut lebih sering disebabkan karena efek samping pengobatan seperti garam emas dan D-penisilHuda atau terjadi sekunder akibat *amiloidosis*.

f) Sistem hematologis

Anemia akibat penyakit kronik yang ditandai dengan gambaran *eritrositnormosistik-normosistik* (hipokromik ringan) yang disertai dengan kadar besi serum yang rendah serta kapasitas pengikatan besi yang normal atau rendah merupakan gambaran umum yang sering dijumpai pada *arthritis rheumatoid*. Anemia akibat penyakit kronik ini harus dibedakan dari anemia defisiensi besi yang juga dapat dijumpai pada *arthritis rheumatoid* akibat penggunaan OAINS atau DMARD yang menyebabkan erosi mukosa lambung (Yuli, 2014).

8. Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang

Tidak banyak berperan dalam diagnosis *arthritis rheumatoid*, namun dapat menyokong bila terdapat kerakaguan 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.
- d) Artroskopi langsung: visualisasi dari area yang menunjukkan iregularitas/degenerasi tulang pada sendi.

- e) Aspirasi cairan sinovial: mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal; buram, berkabut, muncul warna kuning (respons inflamasi, perdarahan, produk-produk pembuangan degenerative); elevasi SDP dan leukosit, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
- f) *Biopsi membrane sinovial*: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas (Doenges, 2000).
- g) Tes faktor *reumatoid* biasanya positif pada lebih dari 75% pasien *arthritis rheumatoid* terutama bila masih aktif. Sisanya dapat dijumpai pada pasien *leprae, tuberkolosis paru, sirosis hepatis, hepatitis infeksiosa, endocarditis bakterialis*, penyakit kolagen dan *sarkoidosis*.
- h) Protein C-reaktif: biasanya meningkat, posisi selama masa eksaserbasi.
- i) LED: umumnya meningkat pesat (80-100 mm/h) mungkin kembali normal sewaktu gejala-gejala meningkat.
- j) Leukosit: normal atau meningkat pada waktu timbul prosaes inflamasi.
- k) Anemia normositik hipokrom akibat adanya inflamasi yang kronik.
- l) Trombosit meningkat.
- m) Kadar albumin serum turun dan globulin naik.
- n) 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 (Yuli, 2014).
- o) Ig (ig M dan ig G): peningkatan besar menunjukkkn proses autoimun sebagai penyebab AR.
- p) Sinar x dari sendi yang sakit; menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.
- q) Scan radionuklida: identifikasi peradangan sinovium.

r) Biopsi membran sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas (Huda, 2015).

#### 9. Penatalaksanaan Medis Dan Keperawatan

Setelah diagnosis AR dapat ditegakkan, pendekatan pertama yang harus dilakukan adalah segera berusaha untuk membina hubungan yang baik antara pasien dengan keluarganya dengan dokter atau tim pengobatan yang merawatnya.

a) Pendidikan pada pasien mengenai penyakitnya dan penatalaksanaan yang akan dilakukan sehingga terjalin hubungan baik dan terjHuda ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam jangka waktu yang sama.

b) OAINS (*Obat Anti Inflamasi Non Steroid*) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai. OAINS yang diberikan:

1) Aspirin, pasien di bawah umur 65 tahun dapat dimulai dengan dosis 3-4 x 1 g/hr, kemudian dinaikkan 0,3-0,6 perminggu sampai terjadi perbaikan atau gejala toksik. Dosis terapi 20-30 mg/dl.

2) *Ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenak* dan sebagainya.

c) DMARD (*Disease Modifying Antireumatoid Drugs*) digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi akibat *arthritis rheumatoid*. Keputusan penggunaan bergantung pada pertimbangan risiko manfaat oleh dokter. Umumnya segera diberikan setelah diagnosis *arthritis rheumatoid* ditegakkan, atau bila respon OAINS tidak ada, meski masih dalam status tersangka.

1) *Klorokuin fosfat* 250 mg/hr atau *hidroksiklorokuin* 400 mg/hr.

2) *Sulfasalazin* dalam bentuk tablet bersalut enterik digunakan dalam dosis 1 x 500 mg/hr, ditinggikan 500 mg/minggu, sampai mencapai dosis 4 x 500 mg.

3) *D-penisilamin*, kurang disukai karena bekerja sangat lambat. Digunakan dalam dosis 250-300 mg/hr, kemudian dosis ditingkatkan setiap 2-4 minggu sebesar 250-300 mg/hr untuk mencapai dosis total 4 x 250-300 mg/hr.

- 4) Garam emas adalah *gold standart* bagi DMARD. Khasiatnya tidak diragukan lagi meski sering timbul efek samping. Auro sodium tiomalat (AST) diberikan intramuscular, dimulai dengan dosis percobaan pertama sebesar 10 mg. seminggu kemudian dosis kedua 20 mg. seminggu kemudian diberikan dosis penuh 50 mg/minggu selama 20minggu. Dapat dilanjutkan dengan dosis tambahan sebesar 50 mg tiap 2 minggu sampai 3 bulan. Juga dapat diberikan dosis 50 mg sampai 3 minggu sampai keadaan remisi tercapai.
  - 5) Obat *imunosupresif* atau *imonoregulator*; metotreksat dosis dimulai 5-7, mg setiap minggu. Bila dalam 4 bulan tidak menunjukkan perbaikan, dosis harus ditingkatkan.
  - 6) *Kortikosteroid*, hanya dipakai untuk pengobatan *arthritis rheumatoid* dengan komplikasi berat dan mengancam jiwa seperti *vaskulitis*, karena obat ini memiliki efek samping yang sangat berat. Dalam dosis rendah (seperti *prednisone 5-5,7 mg* atu kali sehari) sangat bermanfaat sebagai *bridging therapy* dalam mengatasi sinovitis sebelum DMARD mulai bekerja, yang kemudian dihentikan secara bertahap. Dapat diberikan suntikan kortikosteroid intraartikular jika terdapat peradangan yang berat. Sebelumnya infeksi harus disingkirkan terlebih dahulu.
- d) Rehabilitasi, bertujuan meningkatkan kualitas harapan hidup pasien. Caranya antara lain dengan mengistirahatkan sendi yang terlibat, latihan, pemanasan dan sebagainya. Fisioterapi dimulai segera setelah rasa sakit pada sendi berkurang atau minimal. Bila tidak juga berhasil, mungkin diperlukan pertimbangan untuk tindakan operatif. Sering pula diperlukan alat-alat, karena itu pengertian tentang rehabilitasi:
- 1) Pemakaian alat bidai, tongkat penyangga, kursi roda, sepatu dan alat.
  - 2) Alat ortotik protektik lainnya.
  - 3) Terapi mekanik.
  - 4) Pemanasan: baik hidroterapi maupun eektroterapi.
  - 5) *Occupatinal therapy*.

- e) 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 *arthritis rheumatoid* umumnya bersifat *orthopedic*, misalnya *sinovektomi*, *arthrodesis*, memperbaiki deviasi ulnar. Untuk menilai kemajuan pengobatan dipakai parameter:
- 1) Lamanya *morning stiffness*.
  - 2) Banyaknya sendi yang nyeri bila digerakkan atau berjalan.
  - 3) Kekuatan menggenggam (dinilai dengan tensimeteral).
  - 4) Waktu yang diperlukan untuk berjaan 10-15 meter.
  - 5) Peningkatan LED.
  - 6) Jumlah obat-obatan yang digunakan (Yuli, 2014).
- f) Riwayat penyakit alamiah, pada umumnya 25% klien akan mengalami manifestasi penyakit yang bersifat monosiklik (hanya mengalami satu episode AR dan selanjutnya akan mengalami remisi sempurna). Pada pihak lain sebagian besar pasien akan menderita penyakit ini sepanjang hidupnya dengan hanya diselingi oleh beberapa masa remisi yang singkat (jens polisiklik). Sebagian kecil lainnya akan menderita AR progresif yang disertai dengan penurunan kapasitas fungsional yang menetap pada setiap eksaserbasi. Sampai saat ini belum berhasil dijumpai obat yang bersifat sebagai *disease controlling antirheumatic therapy* (DC ART) (Huda, 2015).

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

##### **a) Identitas**

Identitas klien yang bisa di kaji pada penyakit sistem muskuloskeletal adalah usia, karena ada beberapa penyakit muskuloskeletal banyak terjadi pada klien di atas usia 60 tahun.

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit *arthritis rheumatoid* adalah klien mengeluh nyeri pada persendian tulang yang terkena, adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas.

c) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh lansia dari mulai keluhan yang dirasakan sampai lansia dibawa ke Rumah Sakit yaitu riwayat nyeri dan pembengkakan jaringan lunak pada sendi, gangguan mobilitas, kulit mengkilat, tegang, nodul sub kutaneus, lesi kulit, ulkus pada kaki, demam, serta apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain seperti Rumah Sakit Umumserta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

d) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya seperti fenomena Raynaud jari tangan dan kaki, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit muskuloskeletal, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

f) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan muskuloskeletal bisaanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien bisaanya *composmentis*.

3) Tanda-tanda vital:

(a) Suhu meningkat ( $>37^{\circ}$  C).



- (b) Nadi meningkat (N : 70-80x/menit).
- (c) Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal.
- (d) Pernafasan bisaanya mengalami normal atau meningkat.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

##### (a) Sistem Pernafasan

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

##### (b) Sistem Sirkulasi

Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apical sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan.

*Gejala:* fenomena raynaud jari tangan/kaki (mis., pucat intermiten, sianosis, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal).

##### (c) Sistem Persyarafan

Kaji adanya hilangnya gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas).

*Gejala :* kebas / kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Pembengkakan sendi simetris.

##### (d) Sistem Perkemihan

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihan.

##### (e) Sistem Pencernaan

Konstipasi, konsisten feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

##### (f) Sistem Muskuloskeletal

Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot, kontraktur, atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

*Gejala* : fase akut dari nyeri (mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari).

(g) Sistem Integumen

Kaji warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, dan pembengkakan.

(h) Sistem Reproduksi

Tidak ada masalah yang cukup berarti pada system reproduksi

(i) Sistem Panca Indera

Glaukoma dapat terjadi apabila nodulus yang menyumbat aliran keluar cairan okular terbentuk pada mata.

g) Pola Fungsi kesehatan

Yang perlu dikaji adanya aktivitas apa saja yang bisaa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri pada persendian, ketidakmampuan mobilisasi.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

*Gejala* : riwayat AR pada keluarga (pada awitan ramaja). penggunaan makanan kesehatan, vitamin, penyembuhan artritis tanpa pengujian. Riwayat pericarditis, lesi katup : vibrosis pulmonal, pleuritis. DRG menunjukkan rerata lama dirawat : 4,8 hari

*Pertimbangan Rencana Pulang* : Mungkin membutuhkan bantuan pada transportasi, aktivitas perawatan diri, dan tugas/pemeliharaan rumah tangga.

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

*Gejala*: Ketidakmampuan untuk menghasilkan/mengonsumsi makanan/ cairan adekuat : mual, anoreksia, kesulitan mengunyah (keterlibatan TMJ).

*Tanda:* penurunan BB, kekeringan pada membran mukosa.

3) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi *ekskresi*, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan *kateter*.

*Gejala* : berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktifitas perawatan pribadi. Ketergantungan pada orang lain.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan *insomnia*.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan. Pengkajian indeks KATZ yang mengkaji tentang kemandirian mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen dan makan.

*Gejala:* Nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stress pada sendi, kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Limitasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan

*Tanda:* Malaise, keterbatasan rentang gerak : atropi otot, kulit : kontraktur/kelainan pada sendi dan otot

6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran kelayan terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR keluarga (Tabel APGAR keluarga).

*Gejala:* kerusakan interaksi dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran, isolasi.

7) Pola *sensori* dan *kognitif*

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pola klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan *perifer*, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata. Pengkajian Status Mental menggunakan *Tabel Short Portable Mental Status Quesionare (SPMSQ)*.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat Depresi menggunakan *Tabel Inventaris Depresi Beck*.

*Gejala*: faktor faktor stress akut/kronis : mis., finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan. Keputusan dan ketidakberdayaan (situasi ketidakmampuan). Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (mis., ketergantungan pada orang lain).

9) Pola seksual dan reproduksi

Menggunakan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

10) Pola mekanisme/penanggulangan stress dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk mengurangi *stress*.

*Gejala* : kulit mengkilat, tegang, nodul subkutaneus. Lesi kulit, ulkus kaki. Kesulitan dalam menangani tugas, pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap. Kekeringan pada mata dan membran mukosa

### 11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan *pola*, nilai keyakinan termasuk *spiritual* (Doengus, 2000; Yuli, 2014).

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a) Nyeri Kronis berhubungan dengan Ketidakmampuan fisik kronis, ketunadayaan psikososial kronis (misalnya, kanker metastasis, cedera neurologis, dan arthritis).
- b) Hipertermia berhubungan dengan anastesia, dehidrasi, pemejanaan lingkungan yang panas, penyakit, peningkatan laju metabolisme, aktivitas berlebihan.
- c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, penurunan kekuatan otot, kaku sendi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, nyeri.
- d) Defisit perawatan diri : Mandiberhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal, nyeri, kelemahan, gangguan neuromuskular, nyeri, kelemahan, gangguan persepsi.
- e) Risiko cedera berhubungan dengan cara pemindahan/transpor, fisik (gangguan mobilitas), penyakit imun atau autoimun, malnutrisi, disfungsi sensorik.
- f) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan, keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang minat belajar, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi.
- g) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit, cedera, biofisik, kognitif, budaya, tahap perkembangan, trauma, terapi penyakit (Herman, 2012).

### 3. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1.**IntervensiKeperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	
1.	<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan Ketidakmampuan fisik kronis</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> <li>- Merasa depresi</li> <li>- Merasa takut mengalami cedera berulang</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> <li>- Pola tidur berubah</li> <li>- Fokus menyempit</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Kontrol Nyeri</b> <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah ditunjukkan</li> <li>2. Jarang Menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali onset nyeri,</li> <li>2. Menjelaskan faktor penyebab,</li> <li>3. Menggunakan buku harian untuk memantau,</li> <li>4. Menggunakan langkah-langkah pencegahan,</li> <li>5. Menggunakan non-analgesik seperti yang dianjurkan,</li> <li>6. Laporan perubahan gejala sakit untuk profesional kesehatan,</li> <li>7. Laporan gejala yang tidak terkontrol untuk profesional kesehatan,</li> <li>8. Menggunakan sumber daya yang tersedia,</li> <li>9. Mengakui gejala terkait sakit,</li> <li>10. Mengakui gejala terkait sakit,</li> </ol> <p>❖ <b>Tingkat Nyeri</b> <i>Target Penilaian:</i></p>	<p><b>NIC</b> <i>Manajemen nyeri</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor pencetus</li> <li>2. Amati isyarat nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> <li>4. Tentukan dampak dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup (misalnya, tidur, nafsu makan, aktivitas, kognisi, suasana hati, hubungan, kinerja pekerjaan, dan peran tanggung jawab)</li> <li>5. Kaji faktor yang dapat meringankan / memperburuk rasa nyeri pada pasien</li> <li>6. Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu kamar, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>7. Kurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang memicu atau meningkatkan pengalaman nyeri (misalnya, takut, kelelahan, monoton, dan kurangnya pengetahuan)</li> <li>8. Pilih &amp; menerapkan berbagai langkah-langkah (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penghilang rasa nyeri sesuai prinsip pasien</li> <li>9. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya, biofeedback, relaksasi, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, aplikasi panas dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya</li> <li>2. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri</li> <li>3. Membina kepercayaan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan</li> <li>4. Gangguan depresi mayor didasarkan pada pengalaman yang memberikan dampak pada kualitas hidup</li> <li>5. Membantu pasien dalam identifikasi faktor yang mempengaruhi</li> <li>6. Menurunkan rasa nyeri pasien</li> <li>7. Dapat menurunkan tingkat nyeri pasien</li> <li>8. Pasien mempunyai kebebasan menentukan tindakan atau keputusan</li> <li>9. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga dapat mengurangi nyeri</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parah</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri dilaporkan,</li> <li>2. Panjang peristiwa nyeri,</li> <li>3. Menggosok daerah yang terkena,</li> <li>4. Ekspresi wajah nyeri,</li> <li>5. Gelisah,</li> <li>6. Lekas marah,</li> <li>7. Otot ketegangan,</li> <li>8. Kehilangan nafsu makan,</li> <li>9. Intoleransi makanan</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tingkat kecemasan</li> <li>❖ Nafsu makan</li> <li>❖ Kepuasan klien: manajemen nyeri</li> <li>❖ Kepuasan klien: kontrol gejala</li> <li>❖ Kenyamanan status</li> <li>❖ Status kenyamanan: fisik</li> <li>❖ Tingkat ketidaknyamanan</li> <li>❖ Mobilitas</li> <li>❖ Tidur</li> <li>❖ Kontrol gejala</li> <li>❖ Gejala keparahan</li> <li>❖ Tanda vital</li> </ul>	<p> pijat) sebelum, sesudah, dan, jika mungkin, selama kegiatan yang menyakitkan; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersama dengan tindakan penghilang nyeri lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Evaluasi efektivitas tindakan pengendalian nyeri yang digunakan</li> <li>11. Tingkatkan istirahat / tidur untuk mengurangi nyeri</li> <li>12. Informasikan kepada profesi perawat/tenaga kesehatan lainnya/anggota keluarga tentang teknik nonfarmakologi yang digunakan oleh pasien untuk pencegahan nyeri</li> </ol> <p><b>Pemberian analgetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Periksa instruksi medis untuk obat, dosis, dan frekuensi analgesik yang diresepkan</li> <li>14. Pantau tanda-tanda vital sebelum dan setelah pemberian analgesik</li> <li>15. Evaluasi efektivitas analgesik setelah pemberian, juga mengamati untuk setiap tanda-tanda dan syptoms efek tak diinginkan (misalnya, depresi pernapasan, mual dan muntah, mulut kering, dan sembelit)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Mengontrol perubahan status nyeri</li> <li>11. Istirahat yang cukup dapat mengurangi rasa nyeri</li> <li>12. Pendelegasian agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan</li> <li>13. Mengetahui bahwa tindakan yang diberikan adalah benar</li> <li>14. Pemberian analgesik akan mempengaruhi perubahan tanda-tanda vital pada pasien</li> <li>15. Hampir semua analgesik memiliki efek antipiretik dan antiinflamasi</li> </ol>
2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan penyakit</p> <p>Data Subjektif : (Tida tersedia)</p> <p>Data Objektif : - Suhu tubuh diatas normal - Kulit merah - Kejang</p>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Termoregulasi</b></li> </ul> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Gangguan besar</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Agak terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkeringat saat panas</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pengobatan demam</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu sesering mungkin</li> <li>2. Monitor warna dan suhu kulit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui perubahan suhu, suhu 38,9-41,1C menunjukkan proses inflamasi dan membantu menetapkan tindakan</li> <li>2. Perubahan pada warna dan suhu kulit merupakan indikasi demam dan melihat dampak kenaikan suhu tubuh.</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Takikardi</li> <li>- Takipnea</li> <li>- Kulit terasa hangat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Denyut jantung apikal</li> <li>3. Denyut nadi Radial</li> <li>4. Tingkat pernapasan</li> <li>5. Kenyamanan suhu Dilaporkan</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Status neurologis</li> <li>❖ Status neurologis: otonom</li> <li>❖ Tanda vital</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>4. Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>5. Berikan antipiretik</li> <li>6. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam</li> <li>7. Selimuti pasien</li> <li>8. Lakukan terapi sponge</li> <li>9. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</li> </ol> <p><b>Pengaturan Suhu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi</li> <li>11. Ajarkan pada pasien cara mencegah kelelahan akibat panas</li> </ol> <p><b>Memantau Tanda Vital</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR sebelum, selama dan setelah aktivitas</li> <li>13. Monitor sianosis perifer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dengan adanya panas berlebih mengakibatkan hemodinamika di dalam tubuh terganggu</li> <li>4. Demam atau panas yang tinggi dapat mengakibatkan penurunan kesadaran karena pusat pengaturan suhu berada di otak tepatnya di hipotalamus</li> <li>5. Jika adanya peningkatan wbc artinya demam terjadi sebagai respon inflamasi maka pemberian antibiotik untuk membunuh mikroorganisme penyebab</li> <li>6. Mengurangi peningkatan suhu tubuh</li> <li>7. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangat tubuh</li> <li>8. Terapi sponge air hangat membantu darah tepi di kulit melebar, sehingga pori-pori menjadi terbuka yang selanjutnya memudahkan pengeluaran panas dari tubuh.</li> <li>9. Air hangat membuat pembuluh darah mengalami vasodilatasi sehingga aliran darah dan cairan tubuh dapat dialirha ke seluruh tubuh sehingga suhu tersebar merata.</li> <li>10. Untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat evaporasi dan memberikan masukan nutrisi yang adekuat</li> <li>11. Tubuh mendinginkan diri dengan berkeringat dan memungkinkan keringat yang menguap</li> <li>12. Adanya perbedaan TTV sebelum dan sesudah menandakan gangguan fisik pada pasien</li> <li>13. Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam dan menunjukkan</li> </ol>
--	--	--	--	---



			14. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign	hipoksemia sistemik 14. Tanda vital dapat digunakan untuk mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi pada keadaan umum pasien
3.	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, penurunan kekuatan otot, kaku sendi</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh sulit menggerakkan aktivitas</li> <li>- Nyeri saat bergerak</li> <li>- Enggan melakukan pergerakan</li> <li>- Merasa cemas saat bergerak</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>- Sendi kaku</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Fisik lemah</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Ambulasi</b> <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Gangguan besar</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Agak terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berjalan dengan gaya berjalan efektif</li> <li>2. Berjalan pada kecepatan lambat</li> <li>3. Berjalan pada kecepatan yang sedang</li> <li>4. Berjalan pada kecepatan cepat</li> <li>5. Berjalan menuruni tangga</li> <li>6. Berjalan sampai condong</li> <li>7. Berjalan di sekitar ruangan</li> <li>8. Berjalan di sekitar tempat tinggal</li> <li>9. Menyesuaikan dengan tekstur permukaan yang berbeda</li> <li>10. Berjalan sekitar hambatan</li> </ol> <p>❖ <b>Mobilitas</b> <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parah</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p>	<p><b>NIC</b> <i>Promosi mekanika tubuh</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan komitmen pasien untuk belajar dan menggunakan postur tubuh yang benar</li> <li>2. Intruksikan untuk menghindari posisi tidur yang rawan</li> <li>3. Intruksikan untuk menghindari duduk di posisi yang sama untuk waktu yang lama</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk menggerakkan kaki pertama dan kemudian tubuh saat berbalik untuk berjalan dari posisi berdiri</li> <li>5. Anjurkan pasien untuk memilih kegiatan pemanasan sebelum bekerja yang dilakukan secara rutin</li> </ol> <p><i>Terapi latihan : ambulasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan pasien untuk menggunakan alas kaki yang melancarkan berjalan dan mencegah cedera</li> <li>7. Atur tempat tidur dan posisi saklar mudah dijangkau</li> <li>8. Dorong pasien untuk duduk di tempat tidur, di samping tempat tidur (menjantai), atau di kursi</li> </ol> <p><i>Terapi latihan: keseimbangan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Nilai fungsi panca indera (misal, penglihat, pendengar, dan persepsi)</li> <li>10. Ciptakan lingkungan yang aman untuk mempraktekkan latihan</li> <li>11. Sediakan alat-alat yang membantu (misal, tongkat, alat bantu berjalan, bantal,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komitmen pasien mutlak diperlukan untuk mencapai tujuan</li> <li>2. Posisi tidur yang salah dapat menimbulkan stres bagi sumsum tulang belakang</li> <li>3. Mengakibatkan tekanan dan rasa tegang sehingga bagian-bagian tubuh menjadi kelelahan</li> <li>4. Kaki pertama sebagai tumpuan untuk membantu keseimbangan</li> <li>5. Bertujuan untuk mengkondisikan tubuh agar beradaptasi terhadap berbagai gerakan</li> <li>6. Melindungi telapak kaki dari cedera dan menjaga kebersihan kaki</li> <li>7. Hal ini bertujuan agar memudahkan pasien</li> <li>8. Hal ini bertujuan agar mengurangi risiko jatuh pada pasien</li> <li>9. Alat indra berfungsi mengetahui keadaan sekitar</li> <li>10. Lingkungan yang aman dapat meningkatkan konsentrasi pasien selama latihan</li> <li>11. Alat bantu mempercepat proses adaptasi pasien terhadap kondisinya</li> </ol>

		<p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan</li> <li>2. Koordinasi</li> <li>3. Gerakan otot</li> <li>4. Gerakan sendi</li> <li>5. Penentuan posisi kinerjatubuh</li> <li>6. Berlari</li> <li>7. Melompat</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adaptasi cacat fisik</li> <li>❖ Keseimbangan</li> <li>❖ Kinerja mekanik Tubuh</li> <li>❖ Penentuan posisi tubuh: dimulai mandiri</li> <li>❖ Gerakan terkoordinasi</li> <li>❖ Gerakan sendi</li> <li>❖ Status Pernapasan</li> <li>❖ Kinerja Pengalihan</li> </ul>	<p>atau bantalan) untuk membantu pasien dalam melakukan latihan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Bantu pasien untuk berpartisipasi pada latihan peregangan ketika berbaring, duduk, atau berdiri</li> </ol> <p><b>Latihan terapi: mobilitas sendi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Pantau ketidaknyamanan atau nyeri selama gerakan / aktivitas</li> <li>14. Bantu pasien untuk mengembangkan jadwal untuk latihan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Lakukan rendam air hangat pada daerah yang akan dilakukan mobilisasi</li> <li>16. Bantu dengan gerakan teratur berirama bersama dalam batas rasa sakit, daya tahan, dan mobilitas sendi</li> </ol> <p><b>Latihan terapi: kontrol otot</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Sesuaikan pencahayaan, suhu ruangan, dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk berkonsentrasi pada kegiatan olahraga</li> <li>18. Lakukan tindakan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan / kegiatan</li> <li>19. Anjurkan pasien menggunakan pakaian yang tidak membatasi</li> <li>20. Berikan isyarat langkah demi langkah untuk setiap aktivitas motorik selama latihan atau adls</li> <li>21. Dorong pasien untuk berlatih latihan secara mandiri, seperti yang ditunjukkan</li> <li>22. Evaluasi kemajuan pasien terhadap peningkatan / pemulihan gerakan tubuh dan fungsi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Senam rematik dapat dilakukan dengan posisi berbaring di kasur, duduk tegap di kursi, maupun berdiri</li> <li>13. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri</li> <li>14. Prinsip dari senam rematik yakni untuk meningkatkan kemampuan gerak, fungsi, kekuatan dan daya tahan otot, kapasitas aerobik, keseimbangan biomekanik sendi dan rasa posisi sendi, meregangkan dan menguatkan otot, karena otot membantu sendi untuk menopang tubuh.</li> <li>15. Panas meningkatkan relaksasi otot dan mobilisasi.</li> <li>16. Gerakan teratur berirama adalah sebagai panduan gerak dan pemberi motivasi</li> <li>17. Salah satu tantangan terbesar dalam proses latihan ataupun belajar secara umum adalah mempertahankan tingkat konsentrasi</li> <li>18. Mengetahui perbandingan kualitas nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>19. Untuk menjaga pemakainya agar merasa nyaman</li> <li>20. Gerakan teratur berirama adalah sebagai panduan gerak dan pemberi motivasi</li> <li>21. Memastikan agar setelah terminasi pasien tetap dapat melakukan kegiatan terjadwalnya sendiri</li> <li>22. Mengukur kemajuan dan perkembangan pasien setelah melakukan terapi latihan mengontrol kontrol</li> </ol>
--	--	--	---	--

			<p>23. Berikan penguatan positif atas upaya pasien dalam latihan dan aktivitas fisik</p> <p>24. Kolaborasi dengan pengasuh rumah mengenai peraturan latihan dan ADLs</p> <p>25. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>	<p>otot</p> <p>23. Penguatan positif akan meningkatkan harga diri dan mendukung terjadinya perilaku koping positif</p> <p>24. Dengan jadwal yang sudah tersusun baik pasien mengetahui apa saja yang harus ia lakukannya</p> <p>25. Berguna dalam pembuatan aktivitas program latihan mobilisasi</p>
4.	<p>Defisit perawatan diri : Mandiberhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal, nyeri, kelemahan</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menolak melakukan perawatan diri</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak mampu mandi/mengenaikan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>- Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Perawatan Diri: Mandi</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Gangguan besar</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Agak terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat masuk dan keluar dari kamar mandi</li> <li>2. Mendapatkan persediaan mandi</li> <li>3. Memperoleh air mandi</li> <li>4. Menyala air</li> <li>5. Mengatur suhu air</li> <li>6. Mengatur aliran air</li> </ol> <p>❖ <b>Perawatan Diri Kebersihan</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Gangguan besar</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Agak terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeliharaan penampilan</li> <li>2. Menjaga kebersihan tubuh</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ambulasi</li> <li>❖ Kinerja mekanik tubuh</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Bantuan Perawatan Diri: Mandi / Kebersihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu.</li> <li>2. Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari.</li> <li>3. Kaji kondisi kulit saat mandi.</li> <li>4. Anjurkan klien untuk mandi air hangat pada waktu bangun dan/atau pada waktu tidur. Sediakan waslap hangat untuk mengompres sendi-sendi yang sakit beberapa kali sehari.</li> <li>5. Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi.</li> <li>6. Pantau kebersihan kuku sesuai kemampuan perawatn diri pasien.</li> <li>7. Ajarkan pasien dan keluarga penggunaan metode alternatif untuk mandi dan higiene oral.</li> <li>8. Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan higiene oral bantu pasien hanya jika perlu.</li> <li>9. Dukung pasien untuk mengatur langkahnya sendiri selama perawatan diri.</li> <li>10. Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.</li> <li>2. Kebersihan mulut dan tubuh meningkatkan kenyamanan pasien.</li> <li>3. Penyakit kulit kemungkinan bisa terjadi jika pasien banyak tidur.</li> <li>4. Panas meningkatkan relaksasi otot dan mobilitas, menurunkan rasa sakit dan melepaskan kekakuan di pagi hari.</li> <li>5. Mudah sekali terjadi frustrasi jika kehilangan kemandirian.</li> <li>6. Sesuai perkembangan penyakit kebutuhan akan kebersihan dasar mungkin dilupakan.</li> <li>7. Mempermudah melakukan perawatan mandiri.</li> <li>8. Mendukung kemandirian fisik atau emosional.</li> <li>9. Pasien dapat menangani diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri.</li> <li>10. Dukungan dari keluarga memberi motivasi terhadap pasien.</li> </ol>

		❖ Mobilitas	<p>11. Tawarkan untuk mencuci tangan setelah eliminasi dan sebelum makan.</p> <p>12. Cukur pasien jika perlu.</p> <p>13. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</p> <p>14. Dorong berjalan dan latihan fisik untuk membentuk kekuatan.</p>	<p>11. Meningkatkan kebersihan dan mengurangi terjadinya penyakit lain</p> <p>12. Meningkatkan kepercayaan, dapan menurunkan perasaan kehilangan dan meningkatkan kepercayaan untuk hidup.</p> <p>13. Menyiapkan untuk meningkatkan kemandirian, yang akan meningkatkan harga diri.</p> <p>14. Mempertahanka/meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot dan stamina umum</p>
5.	Risiko cedera berhubungan dengan cara pemindahan/transport, fisik (gangguan mobilitas)	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Terjadinya jatuh</b>  <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 atau lebih</li> <li>2. 7-9</li> <li>3. 4-6</li> <li>4. 1-3</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat naik tangga</li> <li>2. Jatuh saat turun tangga</li> <li>3. Jatuh saat akan mandi</li> <li>4. Jatuh saat membungkuk</li> <li>5. Tidak terjadinya jatuh</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ambulasi</li> <li>❖ Keseimbangan</li> <li>❖ Gerakan terkoordinasi</li> <li>❖ Mobilitas</li> <li>❖ Kontrol Risiko</li> <li>❖ Deteksi Risiko</li> <li>❖ Fungsi sensorik</li> <li>❖ Fungsi sensorik: Pendengaran</li> <li>❖ Fungsi sensorik: Penglihatan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Pencegahan jatuh</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buang benda-benda yang tergeletak (misal, ganjalan kaki dan meja) yang mendatangkan bahaya tersandung</li> <li>2. Hindari berantantakan di permukaan lantai</li> <li>3. Sediakan pencahayaan yang memadai untuk meningkatkan kemampuan melihat</li> <li>4. Sediakan lampu malam di samping</li> <li>5. Sediakan permukaan lantai kamar mandi yang tidak licin dan berlubang-lubang</li> <li>6. Sediakan permukaan yang tidak licin di bak mandi dan shower</li> <li>7. Sediakan bangku yang kokoh, tidak licin</li> <li>8. Sediakan tempat menumpuk barang dalam jangkauan yang mudah</li> <li>9. Orientasikan pasien untuk “mensetting” fisik kamar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi lingkungan yang aman untuk pasien</li> <li>3. Lingkungan yang bebas bahaya akan mengurangi resiko cedera dan membebaskan keluarga dari kekhawatiran yang konstan</li> <li>4. Memberikan penerangan pada pasien untuk melakukan aktivitas di malam hari</li> <li>5. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat berjalan</li> <li>6. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat mandi</li> <li>7. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat duduk</li> <li>8. Memudahkan pasien meletakkan barang setelah pakai</li> <li>9. Memperkenalkan lingkungan baru kepada</li> </ol>

			<p>10. Yakinkan bahwa pasien memakai sandal/sepatu yang pas, terikat dengan baik, dan mempunyai tapak kaki anti selip</p> <p>11. Instruksikan pasien untuk memakai kacamata yang diresepkan, ketika pergi keluar</p> <p>12. Ajarkan anggota keluarga tentang faktor-faktor resiko yang memberi kontribusi untuk jatuh dan bagaimana mereka cara mengurangi risiko ini</p> <p>13. Instruksikan keluarga akan pentingnya pegangan tangan di kursi, kamar mandi, dan tempat berjalan</p> <p>14. Adakan program latihan fisik</p> <p>15. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi efek samping dari proses pengobatan yang berkontribusi untuk jatuh</p>	<p>pasien</p> <p>10. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat berjalan</p> <p>11. Membantu dalam penglihatan pasien yang mengalami penurunan</p> <p>12. Keluarga sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan</p> <p>13. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh</p> <p>14. Bertujuan untuk mengkondisikan tubuh agar beradaptasi terhadap berbagai gerakan</p> <p>15. Mengatasi permasalahan secara <i>team work</i> dengan tim kesehatan lainnya</p>
6.	<p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan, keterbatasan kognitif,</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku tidak sesuai ajaran</li> <li>- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> <li>- Menjalani pemeriksaan</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Pengetahuan: Proses Penyakit</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak memiliki pengetahuan</li> <li>2. Pengetahuan terbatas</li> <li>3. Pengetahuan sedang</li> <li>4. Pengetahuan yang besar</li> <li>5. Pengetahuan yang luas</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 3 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik Penyakit Tertentu</li> <li>2. Faktor Risiko</li> <li>3. Tanda Dan Gejala Penyakit</li> <li>4. Strategi Untuk Meminimalkan Proses Penyakit</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Pengajaran: proses penyakit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nilai tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit</li> <li>2. Pilih berbagai strategi belajar</li> <li>3. Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi</li> <li>4. Akui pengetahuan pasien tentang kondisinya</li> <li>5. Jelaskan tanda-tanda umum dan gejala penyakit</li> <li>6. Jelaskan dengan pasien apa yang telah dilakukan untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan informasi yang diberikan</li> <li>2. Penggunaan cara yang berbeda tentang mengakses informasi, meningkatkan penerapan pada individu yang belajar</li> <li>3. Patofisiologi membahas aspek perubahan yang terjadi pada berbagai fungsi sistem tubuh</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk mengidentifikasi apa yang dirasakan dan cara menghadapinya secara langsung</li> <li>5. Perkembangan dan dampak yang di timbulkan dari perkembangan suatu penyakit didalam tubuh</li> <li>6. Menentukan informasi yang diberikan</li> </ol>

	<p>yang tidak tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku yang berlebihan</li> </ul>	<p>5. Manfaat Manajemen Penyakit</p> <p>❖ <b>Pengetahuan: Perilaku Kesehatan</b> <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak memiliki pengetahuan</li> <li>2. Pengetahuan terbatas</li> <li>3. Pengetahuan sedang</li> <li>4. Pengetahuan yang besar</li> <li>5. Pengetahuan yang luas</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 3 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manfaat olahraga teratur</li> <li>2. Praktek gizi kesehatan</li> <li>3. Pola tidur-bangun normal</li> <li>4. Layanan promosi kesehatan</li> <li>5. Layanan perlindungan kesehatan</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perilaku Kepatuhan</li> <li>❖ Tingkat Agitasi</li> <li>❖ Motivasi</li> </ul>	<p>mengatasi gejala</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan proses penyakit</li> <li>8. Identifikasi kemungkinan etiologi</li> <li>9. Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien</li> <li>10. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa depan dan / atau mengontrol proses penyakit</li> <li>11. Instruksikan pada pasien langkah-langkah untuk mencegah / meminimalkan efek samping dari pengobatan untuk penyakit ini</li> <li>12. Instruksikan pada pasien langkah-langkah untuk mengontrol / meminimalkan gejala</li> <li>13. Instruksikan pada pasien untuk melaporkan kepada tenaga kesehatan tentang tanda dan gejala yang muncul</li> <li>14. Berikan nomor telepon untuk memanggil jika terjadi komplikasi</li> <li>15. Perkuat penyediaan informasi oleh tim kesehatan lainnya, yang sesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Diskusikan faktor-faktor yang memegang peranan dalam kontrol Arthritis rheumatoid</li> <li>8. Etiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang asal atau penyebab</li> <li>9. Berikan kesempatan untuk mengidentifikasi apa yang dirasakan pasien</li> <li>10. Gaya hidup sehat adalah suatu pilihan sederhana yang sangat tepat untuk dijalankan</li> <li>11. Perpaduan beberapa penyakit yang terdapat pada tubuh manusia yang dapat menyebabkan efek samping</li> <li>12. Menentukan informasi yang diberikan</li> <li>13. Penangan yang cepat dapat menurunkan risiko kecacatan</li> <li>14. Media komunikasi dapat digunakan untuk menghubungi jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan</li> <li>15. Mengatasi permasalahan secara <i>team work</i> dengan tim kesehatan lainnya</li> </ol>
7.	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit, cedera, biofisik</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh</li> <li>- Mengungkapkan kekhawatiran</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Gambar Tubuh</b> <i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah positif</li> <li>2. Jarang positif</li> <li>3. Kadang-kadang positif</li> <li>4. Sering positif</li> <li>5. Selalu positif</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gambar internal diri</li> <li>2. Gambaran bagian</li> </ol>	<p><b>NIC</b> <i>Peningkatan citra tubuh</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan harapan citra tubuh pasien berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>2. Tentukan apakah yang dirasakan tidak suka oleh pasien untuk karakteristik fisik tertentu menciptakan kelumpuhan sosial disfungsi untuk lansia</li> <li>3. Bantu pasien untuk mendiskusikan perubahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi kesempatan untuk mendiskusikan persepsi pasien terhadap diri atau gambaran diri dan kenyataan situasi individu</li> <li>2. Menunjukkan perasaan isolasi dan takut terhadap penolakan dan penilaian orang lain</li> <li>3. Mengidentifikasi bagaimana penyakit</li> </ol>

<p>pada penolakan/reaksi orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan perubahan gaya hidup</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang</li> <li>- Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan</li> <li>- Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh</li> <li>- Fokus berlebihan pada perubahan tubuh</li> <li>- Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu</li> <li>- Hubungan sosial berubah</li> </ul>	<p>tubuh yang terkena</p> <p>3. Kepuasan dengan fungsi tubuh</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adaptasi cacat fisik</li> <li>❖ Identitas</li> <li>❖ Keseimbangan gaya hidup</li> <li>❖ Tingkat kecemasan sosial</li> </ul>	<p>yang disebabkan oleh penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bantu pasien menentukan sejauh mana perubahan aktual dalam tubuh atau tingkat fungsi</li> <li>5. Bantu pasien untuk menentukan pengaruh kelompok sebaya pada persepsi pasien dari citra tubuh ini</li> <li>6. Bantu pasien untuk mendiskusikan perubahan yang disebabkan oleh penuaan</li> <li>7. Ajarkan pasien perubahan normal dalam tubuh yang terkait dengan berbagai tahap penuaan</li> <li>8. Bantu pasien untuk membahas stres yang mempengaruhi citra tubuh karena kondisi bawaan, cedera, penyakit, atau operasi</li> <li>9. Tentukan apakah perubahan citra tubuh telah memberikan kontribusi terhadap peningkatan isolasi sosial</li> <li>10. Bantu pasien dalam mengidentifikasi bagian tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan mereka</li> <li>11. Identifikasi cara untuk mengurangi dampak dari cacat apapun melalui pakaian, wig, atau kosmetik, yang sesuai</li> <li>12. Bantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan yang akan meningkatkan penampilan</li> <li>13. Bantu pasien pada risiko bulimia untuk mengembangkan harapan citra tubuh yang lebih realistis</li> </ol>	<p>mempengaruhi persepsi diri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengidentifikasi bagaimana penyakit mempengaruhi fungsi tubuh</li> <li>5. Memberi kesempatan untuk mendiskusikan persepsi pasien terhadap hubungan dengan teman</li> <li>6. Perubahan pada tingkat sel maka akan terjadi penurunan imunologi dan mudah terjadi infeksi.</li> <li>7. Penuaan pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa bagian seperti biologi, psikologi, social, fungsional dan spiritual</li> <li>8. Stres yang berkepanjangan bisa memicu untuk terkena penyakit</li> <li>9. Isolasi sosial adalah suatu sikap dimana individu menghindari diri dari interaksi dengan orang lain</li> <li>10. Hal ini bertujuan agar pasien mempersepsikan sesuatu itu baik</li> <li>11. Pendekatan penyeluruhan diperlukan untuk membantu pasien untuk menghadapi rehabilitas dan kesehatan</li> <li>12. Mempertahankan penampilan yang dapat meningkatkan citra diri</li> <li>13. Membantu pasien untuk mempertahankan kontrol diri, yang dapat meningkatkan perasaan harga diri</li> </ol>
---	--	---	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah wujud pelaksanaan tindakan dari perencanaan yang telah dibuat. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Potter dan Perry, 2005).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan penatalaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan.

Tipe evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu evaluasi formatif atau sumatif. Evaluasi formatif merefleksikan observasi perawat dan analisis terhadap klien terhadap respon langsung pada intervensi keperawatan. Evaluasi sumatif merefleksikan rekapitulasi dan sinopsi observasi dan analisis mengenai status kesehatan klien terhadap waktu. Pernyataan – pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi yang dijelaskan dalam hasil yang diharapkan.

Ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien antara lain:

##### a. S O A P

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien.

S : *Subjective* adalah pernyataan atau keluhan dari pasien

O : *Objective* adalah data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.

A : *Analisis* adalah kesimpulan dari objektif dan subjektif



P : *Planning* adalah rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

b. S O A P I E R

Format SOAPIER lebih tepat digunakan apabila rencana pasien ada yang akan dirubah dan proses evaluasi mulai dilakukan.

S : *Subjective* adalah pernyataan atau keluhan pasien

O : *Objective* adalah data yang diobservasi

A : *Analisis* adalah kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif

P : *Planning* adalah apa yang dilakukan terhadap masalah

I : *Implementation* adalah bagaimana dilakukan

E: *Evaluation* adalah respons pasien terhadap tindakan keperawatan

R : *Revised* adalah apakah rencana keperawatan akan dirubah

(Potter dan Perry, 2005).

## **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Pendekatan/Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan lansia dengan *arthritis rheumatoid* di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan lansia/gerontik yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah asuhan keperawatan lansia dengan penyakit *arthritis rheumatoid* di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu. adalah lansia yang menderita *arthritis rheumatoid*.

### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

- (1) Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan (klien) yang tahapannya terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- (2) Lanjut usia adalah klien yang berusia 60 tahun keatas baik pria maupun wanita, yang di diagnose medis *arthritis rheumatoid* di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu.
- (3) *Arthritis rheumatoid* (AR) adalah diagnose medis yang ditegakkan oleh dokter yang dapat dilihat dari status klien (MR).

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di Panti Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu. Studi kasus dilaksanakan pada 9, 14, 15 dan 16 Agustus 2019.

#### **E. Prosedur Penelitian**

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan asuhan keperawatan lansia yang berjudul asuhan keperawatan lansia dengan arthritis rheumatoid di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu tahun 2019. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subyek penelitian.

#### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

##### 1. Teknik Pengumpulan data

- a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang data identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit, sekarang, terdahulu, keluarga dan lain-lain), sumber data bisa dari klien dan keluarga klien.
- b. Observasi dan Pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan kepala, leher, thoraks, abdomen, ekstermitas dan integumen (dengan pendekatan : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi) pada sistem tubuh klien.

##### 2. Instrumen Pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik sesuai ketentuan yang ada di Prodi DIII Keperawatan Bengkulu.

## **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian dari yang baku dari kampus, pengumpulan data dilakukan pada pengkajian dengan pasien langsung dan keluarga yang dilakukan selama enam jam sesuai jadwal dinas perawat di PKK gerontik selama minimal 3 hari dan paling lama 6 hari.

Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis klien yang ada pada klien, dan langsung melakukan pengumpulan data kepada klien agar mendapatkan data yang valid. Di samping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data klien yang diragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

## **H. Analisis Data**

Analisis data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada bab sebelumnya (BAB II) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (Implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien setelah diberikan asuhan keperawatan lansia. Hasil Pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi yang dibandingkan dengan teori-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti, dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. A dengan diagnosa medis Rematik. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Klien**

Pengkajian melalui anamnesa pada hari Jumat, 09 Agustus 2019 jam 15.00 WIB di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu dengan pasien, teman pasien satu wisma, perawat panti sosial tresna werdha, dan dari rekamedis hasil pengkajian didapat Ny.A usia 76 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, status kawin, pendidikan terakhir SD, berasal dari Padang Ulak Tanding. Penanggung jawab Tn.E yang bekerja sebagai petani, alamat di Padang Ulak Tanding yang merupakan anak pasien.

##### **2. Riwayat Keperawatan**

###### **a) Keluhan Utama**

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny.A sering mengalami nyeri pada sendi dan kesemutan.

###### **b) Keluhan Saat Dikaji**

Pasien mengatakan (*Provoking Incident*): nyeri dan kaku pada sendi-sendi saat keadaan/cuaca dingin, nyeri akan berkurang jika diberikan Balsem pada sendi yang nyeri, keram dan kaku, (*Quality/Quantity of Pain*): nyeri pada sendinya seperti tertekan, (*Region*) : nyeri pada kedua sendi bagian lutut, pergelangan tangan dan jari tangan, (*Severity/Scale of Pain*): menggunakan *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS) pasien mengatakan

skala nyeri pada sendi 4 (nyeri sedang) dari skor 1-10, (*Time*): nyeri dan kaku muncul pada pagi hari dan nyeri bertahan lebih dari satu jam. Pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah setelah menderita penyakit rematik, naik dan turun tangga dengan bantuan berpegangan dengan temannya untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha karena takut jatuh dan pasien mengatakan jarang berolahraga

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan bahwa sering mengalami sakit pada sendi dan kesemutan, susah untuk berjalan, klien mengatakan nyerinya meningkat saat waktu dingin.

d) Riwayat Penyakit Masa Lalu

Berdasarkan riwayat penyakit masa lalu didapatkan data dari pasien bahwa Klien mengatakan bahwa dirinya mengeluh nyeri dan kaku semenjak 3 tahun lalu. Pasien mengatakan (*Provoking Incident*): nyeri dan kaku pada sendi-sendi saat keadaan/cuaca dingin, nyeri akan berkurang jika diberikan Balsem pada sendi yang nyeri, keram dan kaku, (*Quality/Quantity of Pain*): nyeri pada sendinya seperti tertekan, (*Region*) : nyeri pada kedua sendi bagian lutut, pergelangan tangan dan jari tangan, (*Severity/Scale of Pain*): pasien mengatakan skala nyeri pada sendi 5 (nyeri sedang) dari skor 1-10, (*Time*): nyeri dan kaku muncul pada pagi hari dan nyeri bertahan lebih dari satu jam.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut pengakuan klien, di keluarganya tidak ada keluarganya yang mempunyai penyakit Rheumatoid Arthritis.

f) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Riwayat psikososial diketahui bahwa data pengkajian *Inventaris Depresi Beck* pasien mengatakan tidak suka dengan dirinya yang sakit. Pasien mengatakan dapat melakukan kebutuhan secara mandiri kecuali naik dan

turun tangga dengan bantuan berpegangan dengan temannya untuk mengambil makan di dapur umum panti karena takut jatuh.

Riwayat spiritual diketahui bahwa pasien mengatakan Agama yang dianut oleh klien adalah agama Islam dan klien sholat 5 waktu. Klien mengatakan apabila dirinya telah dipanggil Tuhan, klien ikhlas dan menerima keputusan karena itu merupakan takdir.

g) Pola Kebiasaan

Pola kebiasaan pasien selama di Panti Sosial Tresna Werdha adalah sebagai berikut :

1) Pola Persepsi Dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien mengatakan frekuensi mandi 2x/hari, cuci rambut 3 x/minggu, dan sikat gigi 2 x/hari. Pasien mengatakan sedikit memahami tentang penyakit reumatiknya. Di ruangan tampak sumber informasi tentang penyakit *Arthritis Rheumatoid*/Rematik.

2) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan jenis makannya nasi dan lauk dari dapur umum, frekuensinya 3-4 x/hari, porsi makan pasien 1 piring, nafsu makannya baik, diit tidak ada, kemampuan menelan pasien baik, dan pasien mengatakan sudah lama tidak makan sayuran dan buahan. Pola minum, pasien mengatakan frekuensinya 3-5 gelas/hari, jenis minuman air putih, jumlah minuman  $\pm 650$  ml/hari, masalah pemenuhan cairan pasien tidak ada, dan pasien mengatakan jika malas memasak air dapat minta di dapur umum.

3) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan frekuensi BAK 6-8 x/hari, warna kuning kurang jernih, bau khas urin, frekuensi BAK tidak terkontrol jarang sekali karena sudah beberapa jam sekali untuk BAK dan jarak antara kamar pasien dengan WC dekat sehingga mudah menjangkaunya saat ada rasa ingin

BAK. Pasien mengatakan biasanya frekuensi BAB 3-4 x/minggu, konsistensi BAB terakhirnya padat/keras, warna coklat, bau khas BAB.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan jam tidur siang 1-2 jam/hari dan malam 5-6 jam/hari, namun sering terbangun karena sendinya nyeri/ kaku dan ingin BAK, kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

5) Pola Aktivitas dan Istirahat

Pasien mengatakan jarang berolahraga. Pasien mengatakan tidak ingin menggunakan tongkat. Total skor Modifikasi dari Indeks Barthel adalah 109 (Ketergantungan Sebagian) dari nilai 65-125 karena terjadi hambatan dalam : berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram), naik turun tangga, mengenakan pakaian, olah raga/latihan, dan rekreasi/ pemanfaatan waktu luang.

6) Pola Hubungan dan Peran

Pasien tampak kurang berinteraksi dengan teman wisma, pasien juga tampak berinteraksi dengan teman-teman satu wisma dan sering mengikuti kegiatan Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan oleh mahasiswa yang melaksanakan praktek. Pasien mengatakan keluarganya sering mengunjunginya. Total skor APGAR Keluarga adalah 9 (disfungsi keluarga ringan atau tidak disfungsi keluarga) dari nilai 0-10. Pasien mengatakan perannya sebagai anggota Wisma di Panti Sosial Tresna Werdha.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pasien mengatakan fungsi penglihatan dan pendengaran menurun, pasien mengatakan kesulitan melihat jika ruangan kurang pencahayaan. Total skor salah pada Identifikasi Tingkat Kerusakan Intelektual Dengan Menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ) yaitu 4 (fungsi intelektual ringan) dengan nilai salah dari 0-10.



8) Pola Persepsi Sensori dan Konsep Diri

Pasien mengatakan bahwa ada perubahan-perubahan bentuk yang permanen dalam penampilannya dan membuat pasien tidak menarik yaitu pada jari tangan dan jari kakinya. Total skor Identifikasi Aspek Kognitif dari Fungsi Mental dengan Menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*) adalah 22 (kerusakan aspek fungsi mental ringan) dari nilai 0-30 dan total skor tingkat depresi lansia yaitu 6 (suspek depresi) dari nilai 0-15.

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien mengatakan sudah mengalami penurunan fungsi seksual dan tidak pernah lagi berhubungan seksual.

10) Pola Mekanisme/ Penanggulangan Stress dan Koping

Adaptasi mekanisme Koping pasien tampak Isolasi. Pasien mengatakan wisata bersama teman-teman di Panti Sosial setiap 1 tahun sekali ke Pantai Panjang atau Benteng Marlborough.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan sholat 5 waktu di kamar dan jarang sholat berjamaah di Masjid Panti Sosial.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan umum didapatkan data keadaan umum tampak lemah, tingkat kesadaran *composmentis* dengan skor GCS 15, tekanan darah 130/100 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 65 kg dan tinggi badan 150 cm, dan ciri-ciri tubuh sedikit gemuk dan sedikit bungkuk.

Berdasarkan pemeriksaan *Review Of System* (ROS) pada sistem pernafasan (B1: *Breathing*) diketahui bahwa tidak ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal. Pemeriksaan *taktil fremitus* getaran teraba simetris antara paru kiri dan kanan. Hasil perkusi sonor pada area lapang paru dan vesikuler saat diauskultasi.

Pada sistem sirkulasi (B2: *Bleeding*) diketahui bahwa tidak ada sianosis pada ujung jari tangan, CRT kembali < 3 detik, tampak kemerahan pada area sendi lutut dan jari tangan. Frekuensi nadi apikal teraba 80 x/menit, hasil perkusi area jantung redup dan terdengar suara s1 dan s2 saat di auskultasi.

Sistem persyarafan (B3: *Brain*) diketahui bahwa mata simetris, reflek cahaya positif +/+, pupil isokor, sklera anikterus, kornea baik, kelopak mata baik, konjungtiva ananemis, gejala katarak tidak ditemukan, fungsi penglihatan terdapat penurunan, pasien tampak kesulitan saat diminta membaca huruf-huruf yang kecil. Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada cairan, tinnitus ada, pasien tampak berbicara dengan keras, fungsi pendengaran baik, pasien mampu mendengarkan saat dilakukan tes bisikan dan mampu mendengar dengan jarak 50 cm, dan bisa menjawab pertanyaan pemeriksa dengan baik dan benar. Tidak ada tanda peningkatan TIK. Pasien tampak berkedip dengan cepat dan wajah terlihat menyeringai kesakitan. Skala nyeri 4/10.

Sistem perkemihan (B4: *Bleder*) diketahui bahwa tidak mengalami inkontinensia urin, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri saat BAK, genitalia tidak diperiksa. Sistem pencernaan (B5: *Bowel*) diketahui bahwa gigi tampak karies, mulut bersih, tidak ada pembesaran rongga abdomen, turgor kulit baik, keadaan kulit baik, tidak ada nyeri tekan dan distensi pada gaster, hasil auskultasi bising usus positif, frekuensi 14 x/menit. Tidak ada deviasi trakea, tampak perubahan pola defekasi, ada distensi abdomen, tidak ada pembesaran hepar dan lien, flatus (+), tidak ada nyeri tekan saat palpasi dan hasil pemeriksaan perkusi timphani pada area abdomen, tidak ada nyeri saat BAB dan tidak ada kesulitan saat mengeluarkan feses.

Sistem muskuloskeletal (B6: *Bone*) diketahui bahwa pasien tampak penurunan waktu reaksi pasien, tampak penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan. Tampak kesulitan untuk memulai berjalan dan langkah pasien kecil, tampak keterbatasan rentang gerak sendi, terdapat artritis pada lebih dari 3 sendi yaitu deformitas pada sendi jari ekstremitas atas (jari telunjuk, tengah,

dan jari manis tangan kiri) dan ekstremitas bawah (jari telunjuk dan jari tengah kaki kiri serta jari tengah dan jari manis kaki kanan), tampak artritis yang simetris, dan terdapatnya nodul rheumatoid, tidak terdapat luka, suhu akral hangat. reflek bisep dan trisep (+), reflex plantar dan patella serta achilles(+), kekuatan otot tangan atas kiri dan kanan 4, ekstremitas bawah kanan 3, dan kiri 3.

#### 4. Penatalaksanaan

- Meloxicam tablet 2 x 15 mg
- Prednison tablet 2 x 5 mg
- Alupurinol tablet 2 x 100 mg



	jari ekstremitas atas dan ekstremitas bawah						
2.	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah setelah menderita penyakit rematik</li> <li>- pasien mengatakan naik dan turun tangga dengan bantuan berpegangan dengan temannya untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha karena takut jatuh</li> <li>- Pasien mengatakan jarang berolahraga</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak penurunan waktu reaksi pasien</li> <li>- Tampak penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan</li> <li>- Tampak kesulitan untuk memulai berjalan dan langkah pasien kecil</li> <li>- Tampak keterbatasan rentang gerak sendi pasien</li> <li>- Hasil skor modifikasi dari <i>Indeks Barthel</i> adalah ketergantungan sebagian dalam beraktivitas</li> <li>- Tonus otot terdapat kelemahan dan kekakuan</li> <li>- Pasien tampak berjalan dengan lambat</li> <li>- Keadaan umum tampak lemah</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">444</td> <td style="padding: 0 5px;">444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">333</td> <td style="padding: 0 5px;">333</td> </tr> </table>	444	444	333	333	Penurunan kekuatan otot dan kaku sendi	Hambatan mobilitas fisik
444	444						
333	333						
3.	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan naik dan turun tangga dengan bantuan berpegangan dengan temannya untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha karena takut jatuh</li> <li>- Pasien mengatakan pernah hampir jatuh saat naik tangga atau ke WC</li> <li>- Pasien mengatakan jarang berolahraga</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fungsi penglihatan pasien tampak menurun</li> </ul>	Usia perkembangan, cara pemindahan (gangguan mobilitas)	Risiko Cedera				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak ingin menggunakan kursi roda/tongkat</li> <li>- Keadaan umum tampak lemah</li> <li>- Tonus otot terdapat kelemahan dan kekakuan</li> <li>- Skore resiko jatuh 7 (sedang)</li> <li>- Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">444</td> <td style="padding: 2px 5px;">444</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">333</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">333</td> </tr> </table> </li> </ul>	444	444	333	333		
444	444						
333	333						

## B. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.2** Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : Ny.A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 Tahun

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL MUNCUL	NAMA & PARAF	TANGGAL TERATASI	NAMA & PARAF
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan fisik kronis (arthritis)	14 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>	16 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kaku sendi	14 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>	16 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>
3.	Risiko cedera berhubungan dengan usia perkembangan, cara pemindahan/ transpor, penyakit autoimun, dan fisik (gangguan mobilitas)	14 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>	15 Agustus 2019	<i>Saifuddin</i>

## C. Perencanaan Keperawatan

**Tabel 4.3** Perencanaan Keperawatan

Nama Pasien : Ny. A

Ruangan : Wisma

Melati

Umur : 76 Tahun

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	
1.	<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan ketidakmampuan fisik kronis (arthritis)</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> <li>- Merasa depresi</li> <li>- Merasa takut mengalami cedera berulang</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> <li>- Pola tidur berubah</li> <li>- Fokus menyempit</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Kontrol Nyeri</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah ditunjukkan</li> <li>2. Jarang Menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Mengenali onset nyeri,</li> <li>12. Menjelaskan faktor penyebab,</li> <li>13. Menggunakan buku harian untuk memantau,</li> <li>14. Menggunakan langkah-langkah pencegahan,</li> <li>15. Menggunakan non-analgesik seperti yang dianjurkan,</li> <li>16. Laporan perubahan gejala sakit untuk profesional kesehatan,</li> <li>17. Laporan gejala yang tidak terkontrol untuk profesional kesehatan,</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Manajemen nyeri</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor pencetus</li> <li>17. Amati isyarat nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>18. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> <li>19. Tentukan dampak dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup (misalnya, tidur, nafsu makan, aktivitas, kognisi, suasana hati, hubungan, kinerja pekerjaan, dan peran tanggung jawab)</li> <li>20. Kaji faktor yang dapat meringankan/ memperburuk rasa nyeri pada pasien</li> <li>21. Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu kamar, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>22. Kurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang memicu atau meningkatkan pengalaman nyeri (misalnya, takut, kelelahan, monoton, dan kurangnya pengetahuan)</li> <li>23. Pilih &amp; menerapkan berbagai langkah-langkah (misalnya, farmakologi,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya</li> <li>17. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri</li> <li>18. Membina kepercayaan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan</li> <li>19. Gangguan depresi mayor didasarkan pada pengalaman yang memberikan dampak pada kualitas hidup</li> <li>20. Membantu pasien dalam identifikasi faktor yang mempengaruhi</li> <li>21. Menurunkan rasa nyeri pasien</li> <li>22. Dapat menurunkan tingkat nyeri pasien</li> <li>23. Pasien mempunyai kebebasan menentukan tindakan atau keputusan</li> </ol>



		<p>18. Menggunakan sumber daya yang tersedia, 19. Mengakui gejala terkait sakit, 20. Mengakui gejala terkait sakit,</p> <p>❖ <b>Tingkat Nyeri</b> <i>Target Penilaian:</i> 6. Parah 7. Berat 8. Sedang 9. Ringan 10. Tidak ada Nilai yang diharapkan 4 sampai 5 <i>Peringkat keseluruhan:</i> 10. Nyeri dilaporkan, 11. Panjang peristiwa nyeri, 12. Menggosok daerah yang terkena, 13. Ekspresi wajah nyeri, 14. Gelisah, 15. Lemas marah, 16. Otot ketegangan, 17. Kehilangan nafsu makan, 18. Intoleransi makanan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b> ❖ Tingkat kecemasan ❖ Nafsu makan ❖ Kepuasan klien: manajemen nyeri ❖ Kepuasan klien: kontrol gejala ❖ Kenyamanan status ❖ Status kenyamanan: fisik ❖ Tingkat ketidaknyamanan ❖ Mobilitas ❖ Tidur ❖ Kontrol gejala ❖ Gejala keparahan ❖ Tanda vital</p>	<p>nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penghilang rasa nyeri sesuai prinsip pasien</p> <p>24. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya, terapi musik, distraksi, dan kompres panas) sebelum, sesudah, dan, jika mungkin, selama kegiatan yang menyakitkan; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersama dengan tindakan penghilang nyeri lainnya</p> <p>25. Evaluasi efektivitas tindakan pengendalian nyeri yang digunakan</p> <p>26. Tingkatkan istirahat / tidur untuk mengurangi nyeri</p> <p>27. Informasikan kepada profesi perawat/tenaga kesehatan lainnya/anggota keluarga tentang teknik nonfarmakologi yang digunakan oleh pasien untuk pencegahan nyeri</p> <p><b>Pemberian analgetik</b></p> <p>28. Periksa instruksi medis untuk obat, dosis, dan frekuensi analgesik yang diresepkan</p> <p>29. Pantau tanda-tanda vital sebelum dan setelah pemberian analgesik</p> <p>30. Evaluasi efektivitas analgesik setelah pemberian, juga mengamati untuk setiap tanda-tanda dan syptoms efek tak diinginkan (misalnya, depresi pernapasan, mual dan muntah, mulut kering, dan sembelit)</p>	<p>24. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga dapat mengurangi nyeri</p> <p>25. Mengontrol perubahan status nyeri</p> <p>26. Istirahat yang cukup dapat mengurangi rasa nyeri</p> <p>27. Pendelegasian agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan keperawaatan</p> <p>28. Mengetahui bahwa tindakan yang diberikan adalah benar</p> <p>29. Pemberian analgesik akan mempengaruhi perubahan tanda-tanda vital pada pasien</p> <p>30. Hampir semua analgesik memiliki efek antipiretik dan antiinflamasi</p>
--	--	---	--	---

2.	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, penurunan kekuatan otot dan kaku sendi</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh sulit menggerakkan aktivitas</li> <li>- Nyeri saat bergerak</li> <li>- Enggan melakukan pergerakan</li> <li>- Merasa cemas saat bergerak</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>- Sendi kaku</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Fisik lemah</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Ambulasi</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Gangguan besar</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Agak terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berjalan pada kecepatan lambat</li> <li>2. Berjalan pada kecepatan yang sedang</li> <li>3. Berjalan pada kecepatan cepat</li> <li>4. Berjalan menuruni tangga</li> <li>5. Berjalan sampai condong</li> <li>6. Berjalan di sekitar ruangan</li> <li>7. Berjalan di sekitar tempat tinggal</li> <li>11. Menyesuaikan dengan tekstur permukaan yang berbeda</li> <li>12. Berjalan sekitar hambatan</li> </ol> <p>❖ <b>Mobilitas</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Parah</li> <li>7. Berat</li> <li>8. Sedang</li> <li>9. Ringan</li> <li>10. Tidak ada</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Promosi mekanika tubuh</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tentukan komitmen pasien untuk belajar dan menggunakan postur tubuh yang benar</li> <li>7. Intruksikan untuk menghindari posisi tidur yang rawan</li> <li>8. Intruksikan untuk menghindari duduk di posisi yang sama untuk waktu yang lama</li> <li>9. Anjurkan pasien untuk menggerakkan kaki pertama dan kemudian tubuh saat berbalik untuk berjalan dari posisi berdiri</li> <li>10. Anjurkan pasien untuk memilih kegiatan pemanasan sebelum bekerja yang dilakukan secara rutin</li> </ol> <p><b>Terapi latihan : ambulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>26. Anjurkan pasien untuk menggunakan alas kaki yang melancarkan berjalan dan mencegah cedera</li> <li>27. Atur tempat tidur dan posisi saklar mudah dijangkau</li> <li>28. Dorong pasien untuk duduk di tempat tidur, di samping tempat tidur (menjuntai), atau di kursi</li> </ol> <p><b>Terapi latihan: keseimbangan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>29. Nilai fungsi panca indera (misal, penglihat, pendengar, dan persepsi)</li> <li>30. Ciptakan lingkungan yang aman untuk mempraktekkan latihan</li> <li>31. Sediakan alat-alat yang membantu (misal, tongkat, alat bantu berjalan, bantal, atau bantalan) untuk membantu pasien dalam melakukan latihan</li> <li>32. Bantu pasien untuk berpartisipasi pada latihan peregangan ketika</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>26. Komitmen pasien mutlak diperlukan untuk mencapai tujuan</li> <li>27. Posisi tidur yang salah dapat menimbulkan stres bagi sumsum tulang belakang</li> <li>28. Mengakibatkan tekanan dan rasa tegang sehingga bagian-bagian tubuh menjadi kelelahan</li> <li>29. Kaki pertama sebagai tumpuan untuk membantu keseimbangan</li> <li>30. Bertujuan untuk mengkondisikan tubuh agar beradaptasi terhadap berbagai gerakan</li> <li>31. Melindungi telapak kaki dari cedera dan menjaga kebersihan kaki</li> <li>32. Hal ini bertujuan agar memudahkan pasien</li> <li>33. Hal ini bertujuan agar mengurangi risiko jatuh pada pasien</li> <li>34. Alat indra berfungsi mengetahui keadaan sekitar</li> <li>35. Lingkungan yang aman dapat meningkatkan konsentrasi pasien selama latihan</li> <li>36. Alat bantu mempercepat proses adaptasi pasien terhadap kondisinya</li> <li>37. Senam rematik dapat dilakukan dengan posisi berbaring di kasur,</li> </ol>
----	--	---	---	--

		<p>8. Keseimbangan 9. Koordinasi 10. Gerakan otot 11. Gerakan sendi 12. Penentuan posisi kinerjatubuh 13. Berlari 14. Melompat</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adaptasi cacat fisik</li> <li>❖ Keseimbangan</li> <li>❖ Kinerja mekanik Tubuh</li> <li>❖ Penentuan posisi tubuh: dimulai mandiri</li> <li>❖ Gerakan terkoordinasi</li> <li>❖ Gerakan sendi</li> <li>❖ Status Pernapasan</li> <li>❖ Kinerja Pengalihan</li> </ul>	<p>berbaring, duduk, atau berdiri</p> <p><b>Latihan terapi: mobilitas sendi</b></p> <p>33. Pantau ketidaknyamanan atau nyeri selama gerakan / aktivitas</p> <p>34. Bantu pasien untuk mengembangkan jadwal untuk latihan</p> <p>35. Bantu dengan gerakan teratur berirama bersama dalam batas rasa sakit, daya tahan, dan mobilitas sendi</p> <p><b>Latihan terapi: kontrol otot</b></p> <p>16. Sesuaikan pencahayaan, suhu ruangan, dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk berkonsentrasi pada kegiatan olahraga</p> <p>17. Lakukan tindakan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan / kegiatan</p> <p>18. Anjurkan pasien menggunakan pakaian yang tidak membatasi</p> <p>19. Berikan isyarat langkah demi langkah untuk setiap aktivitas motorik selama latihan atau adls</p> <p>20. Dorong pasien untuk berlatih latihan secara mandiri, seperti yang ditunjukkan</p> <p>21. Evaluasi kemajuan pasien terhadap peningkatan / pemulihan gerakan tubuh dan fungsi</p> <p>22. Berikan penguatan positif atas upaya pasien dalam latihan dan aktivitas fisik</p>	<p>duduk tegap di kursi, maupun berdiri</p> <p>38. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri</p> <p>39. Prinsip dari senam rematik yakni untuk meningkatkan kemampuan gerak, fungsi, kekuatan dan daya tahan otot, kapasitas aerobik, keseimbangan biomekanik sendi dan rasa posisi sendi, meregangkan dan menguatkan otot, karena otot membantu sendi untuk menopang tubuh.</p> <p>40. Gerakan teratur berirama adalah sebagai panduan gerak dan pemberi motivasi</p> <p>41. Salah satu tantangan terbesar dalam proses latihan ataupun belajar secara umum adalah mempertahankan tingkat konsentrasi</p> <p>42. Mengetahui perbandingan kualitas nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>43. Untuk menjaga pemakainya agar merasa nyaman</p> <p>44. Gerakan teratur berirama adalah sebagai panduan gerak dan pemberi motivasi</p> <p>45. Memastikan agar setelah terminasi pasien tetap dapat melakukan kegiatan terjadwalnya sendiri</p> <p>46. Mengukur kemajuan dan perkembangan pasien setelah melakukan terapi latihan mengontrol kontrol otot</p> <p>47. Penguatan positif akan meningkatkan harga diri dan mendukung</p>
--	--	---	---	---

			<p>23. Kolaborasi dengan pengasuh rumah mengenai peraturan latihan dan ADLs</p> <p>24. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>	<p>terjadinya perilaku koping positif</p> <p>48. Dengan jadwal yang sudah tersusun baik pasien mengetahui apa saja yang harus ia lakukannya</p> <p>49. Berguna dalam pembuatan aktivitas program latihan mobilisasi</p>
3.	Risiko cedera berhubungan dengan usia perkembangan, cara pemindahan/ transpor, penyakit autoimun, dan fisik (gangguan mobilitas)	<p><b>NOC</b></p> <p>❖ <b>Terjadinya jatuh</b></p> <p><i>Target Penilaian:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 atau lebih</li> <li>2. 7-9</li> <li>3. 4-6</li> <li>4. 1-3</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> <p>Nilai yang diharapkan 5</p> <p><i>Peringkat keseluruhan:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jatuh saat naik tangga</li> <li>7. Jatuh saat turun tangga</li> <li>8. Jatuh saat akan mandi</li> <li>9. Jatuh saat membungkuk</li> <li>10. Tidak terjadinya jatuh</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ambulasi</li> <li>❖ Keseimbangan</li> <li>❖ Gerakan terkoordinasi</li> <li>❖ Mobilitas</li> <li>❖ Kontrol Risiko</li> <li>❖ Deteksi Risiko</li> <li>❖ Fungsi sensorik: Pendengaran</li> <li>❖ Fungsi sensorik: Penglihatan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b><i>Pencegahan jatuh</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Buang benda-benda yang tergeletak (misal, ganjalan kaki dan meja) yang mendatangkan bahaya tersandung</li> <li>17. Hindari berantantakan di permukaan lantai</li> <li>18. Sediakan pencahayaan yang memadai untuk meningkatkan kemampuan melihat</li> <li>19. Sediakan lampu malam di samping</li> <li>20. Sediakan permukaan lantai yang tidak licin dan berlubang-lubang</li> <li>21. Sediakan permukaan yang tidak licin di bak mandi dan shower</li> <li>22. Sediakan bangku yang kokoh, tidak licin</li> <li>23. Sediakan tempat menumpuk barang dalam jangkauan yang mudah</li> <li>24. Orientasikan pasien untuk “mensetting” fisik kamar</li> <li>25. Yakinkan bahwa pasien memakai sandal/sepatu yang pas, terikat dengan baik, dan mempunyai tapak kaki anti selip</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien</li> <li>17. Mengidentifikasi lingkungan yang aman untuk pasien</li> <li>18. Lingkungan yang bebas bahaya akan mengurangi resiko cedera dan membebaskan keluarga dari kekhawatiran yang konstan</li> <li>19. Memberikan penerangan pada pasien untuk melakukan aktivitas di malam hari</li> <li>20. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat berjalan</li> <li>21. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat mandi</li> <li>22. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat duduk</li> <li>23. Memudahkan pasien meletakkan barang setelah pakai</li> <li>24. Memperkenalkan lingkungan baru kepada pasien</li> <li>25. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh saat berjalan</li> </ol>

			<p>26. Instruksikan pasien untuk memakai kacamata yang diresepkan, ketika pergi keluar</p> <p>27. Ajarkan anggota keluarga tentang faktor-faktor resiko yang memberi kontribusi untuk jatuh dan bagaimana mereka cara mengurangi risiko ini</p> <p>28. Instruksikan keluarga akan pentingnya pegangan tangan di kursi, kamar mandi, dan tempat berjalan</p> <p>29. Adakan program latihan fisik</p> <p>30. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi efek samping dari proses pengobatan yang berkontribusi untuk jatuh</p>	<p>26. Membantu dalam penglihatan pasien yang mengalami penurunan</p> <p>27. Keluarga sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan</p> <p>28. Mengurangi cedera yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan jatuh</p> <p>29. Bertujuan untuk mengkondisikan tubuh agar beradaptasi terhadap berbagai gerakan</p> <p>30. Mengatasi permasalahan secara <i>team work</i> dengan tim kesehatan lainnya</p>
--	--	--	---	---

## D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.4** Implementasi Keperawatan Hari Pertama

Nama Pasien : Ny. A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 Tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	NAMA & PARAF
1.	14 Agustus 2019 14.00	DX. I	<b>Manajemen nyeri</b> 1. Mengobseravasi nyeri pasien	1. Pasien mengatakan skala nyeri pada sendi 4	<i>SaiFu</i>  <i>ddin</i>
	14.02		2. Mengamati respon pasien terhadap nyeri	2. Pasien tampak berkedip dengan cepat dan wajah terlihat menyeringai kesakitan	
	14.04		3. Menggunakan komunikasi terapeutik	3. Pasien kooperatif selama pengkajian	
	14.06		4. Menentukan dampak nyeri bagi pasien	4. Pasien mengatakan kesulitan dalam aktivitas	
	14.08		5. Mengaji faktor yang dapat meringankan/ memperburuk rasa nyeri pada pasien	5. Pasien mengatakan jika diberikan balsem nyerinya akan berkurang namun jika mandi terlalu malam maka sendi lutunya akan bengkak	
	14.12		6. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (menganjurkan pasien untuk tenang dan jangan takut)	6. Pasien ingin menambah pengetahuan tentang penyakitnya	
	14.14		7. Memilih & menerapkan langkah-langkah mengontrol nyeri secara nonfarmakologi	7. Pasien mengatakan ingin belajar teknik nonfarmakologi, karna minum obat jika sedang nyeri berat/bengkak saja, fungsi pendengaran pasien terasa berkurang karena minum obat.	
	14.16		8. Mengajarkan teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi (napas dalam dan distraksi)	8. Pasien mengatakan ingin belajar teknik nonfarmakologi; latihan nafas dalam, kompres hangat, distraksi dan terapi	
	14.20		9. Menganjurkan pasien untuk beristirahat/ tidur	9. Pasien mengatakan biasanya tidur siang	
	14.22		10. Memberi informasi kepada perawat/ teman satu wisma pasien tentang teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi yang	10. Pasien belum dapat melakukan teknik nonfarmakologi	

	14.24		sedang dialami pasien <b>Pemberian analgetik</b>	11. Paracetamol (3x1)	
	14.26		11. Memeriksa riwayat berobat pasien di klinik Panti Sosial Tresna Werdha	12. Tanda vital; N : 80 x/menit, S : 36,5 °C, TD : 130/100 mmHG, RR : 22 x/menit	
	14.28		12. Memantau tanda-tanda vital pasien	13. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah makan obat namun kembali lagi dirasakan setelah beberapa saat	
2.	14 Agustus 2019 15.00	DX. II	<b>Promosi mekanika tubuh</b>	1. Pasien mengatakan agar bisa tetap sehat dan tidak lumpuh	<i>Saiju ddin</i>
	15.01		1. Menentukan kemauan pasien dalam belajar dan pergerakan tubuh yang benar	2. Pasien tidur di bagian tengah kasurnya	
	15.02		2. Menginstruksikan untuk tidur di bagian tengah tempat tidur	3. Pasien tampak merubah posisinya saat duduk di kursi setiap beberapa menit	
	15.03		3. Menginstruksikan untuk melakukan peregangan tubuh jika duduk diwaktu yang lama	4. Pasien melangkah dengan kaki kanan sebagai tumpuan	
	15.04		4. Menganjurkan pasien untuk melangkah dengan kaki terkuat jika ingin berjalan atau berbalik arah	5. Pasien mengatakan akan jalan pagi di halaman wisma	
	15.05		5. Menganjurkan pasien melakukan pemanasan sebelum beraktivitas atau latihan senam rematik	6. Pasien menggunakan alas kaki karena nyeri jika telapak kakinya dingin	
	15.06		<b>Terapi latihan : ambulasi</b>	7. Posisi tempat tidur dan saklar mudah dijangkau	
	15.07		6. Menganjurkan pasien menggunakan sandal untuk mencegah cedera	8. Pasien menjuntai kakinya jika duduk di tempat tidur dan kursi	
	15.08		7. Mengatur tempat tidur dan posisi saklar lampu mudah dijangkau	9. Penglihatan dan pendengaran pasien mengalami penurunan	
	15.09		8. Anjurkan pasien untuk duduk disamping tempat tidur/ dikursi dengan posisi kaki menjuntai	10. Pasien ingin latihan di teras wisma	
	15.10		<b>Terapi latihan: keseimbangan</b>	11. Pasien mengatakan tidak ingin menggunakan tongkat	
			9. Melakukan pemeriksaan penglihatan dan pendengaran pasien		
			10. Memastikan lantai datar dan tidak licin untuk latihan senam rematik		
			11. Menyediakan tongkat untuk membantu pasien		

			dalam melakukan latihan senam rematik		karena masih ingin berusaha mandiri
15.11			12. Membantu pasien latihan senam rematik dengan posisi duduk dan berbaring		12. Pasien melakukan senam rematik dengan posisi duduk
			<b>Latihan terapi: mobilitas sendi</b>		
15.12			13. Memantau ketidaknyamanan atau nyeri selama latihan senam rematik		13. Pasien mengatakan sendi bahu dan lututnya sedikit kaku
15.13			14. Membantu pasien membuat jadwal latihan senam rematik		14. Pasien mengatakan ingin latihan senam rematik
15.15			15. Membantu gerakan pasien dengan mengikuti musik radio		15. Pasien tampak kooperatif
			<b>Latihan terapi: kontrol otot</b>		
15.16			16. Menyesuaikan pencahayaan, suhu ruangan, dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan konsentrasi pasien selama latihan senam rematik		16. Pasien latihan di teras wisma yang sejuk, terang dan nyaman
15.17			17. Melakukan tindakan mengontrol nyeri secara nonfarmakologi sebelum memulai latihan senam rematik		17. Pasien melakukan latihan nafas dalam
15.18			18. Menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang nyaman		18. Pasien menggunakan pakaian yang sesuai
15.19			19. Memandu langkah demi langkah setiap gerakan latihan senam rematik		19. Pasien tampak kooperatif
15.20			20. Mengajarkan pasien latihan senam rematik dan latihan berjalan secara mandiri		20. Pasien belum dapat latihan mandiri
15.21			21. Mengevaluasi kemajuan fungsi peningkatan gerakan tubuh pasien		21. Pasien belum mengalami kemajuan
15.22			22. Memberikan reinforcement positif setelah pasien melakukan latihan senam rematik		22. Pasien tampak bersemangat
15.23			23. Berkolaborasi dengan pengasuh wisma mengenai jadwal latihan senam rematik		23. Pengasuh tampak kooperatif
15.24			24. Berkolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk		24. Belum ada ahli terapi fisik di Panti Sosial Tresna Werdha



			mengembangkan dan melaksanakan program latihan senam rematik		
3.	14 Agustus 2019	DX. III	<b>Pencegahan jatuh</b>		
	16.00		1. Merapikan kursi dan meja di Wisma Melati	1. Wisma tampak rapi	
	16.02		2. Memastikan permukaan lantai tidak berantakan	2. Lantai tampak bersih dan barang-barang tersusun rapi	
	16.04		3. Memastikan jendela wisma mawar terbuka	3. Lampu telah tersedia di setiap ruangan	
	16.06		4. Memastikan lampu malam di bagian samping ruangan	4. Lampu kamar pasien telah dipindahkan ke samping	
	16.08		5. Memastikan lantai tidak licin/ berlubang-lubang	5. Permukaan lantai tidak licin	
	16.10		6. Memastikan lantai kamar mandi tidak berlumut/licin	6. Permukaan lantai WC tidak berlumut/licin	
	16.12		7. Memastikan kursi kokoh dan tidak licin	7. Bangku pasien kokoh dan tidak licin	
	16.14		8. Memastikan tempat rantang dan pakaian kotor mudah dijangkau	8. Barang-barang setelah makan ditempatkan dengan rapi	
	16.16		9. Membantu pasien memodifikasi lingkungan kamar pasien	9. Kamar pasien tampak sedikit berantakan	
	16.18		10. Meyakinkan bahwa pasien memakai sandal yang pas dan mempunyai alas kaki anti selip	10. Ukuran sandal pasien pas	
	16.20		11. Instruksikan pasien untuk memakai kacamata yang diresepkan jika pergi keluar	11. Kaca mata pasien tidak dapat digunakan lagi karena visusnya berkurang	
	16.22		12. Mengajarkan teman satu wisma pasien untuk menjaga lingkungan wisma agar tidak beresiko jatuh	12. Teman-teman pasien tampak kooperatif	
	16.24		13. Menginstruksikan pasien dan teman satu wisma tentang pentingnya pegangan tangan di kursi, kamar mandi, dan tempat berjalan	13. Pasien mengatakan tidak perlu karena bisa pegangan dengan dinding	
	16.26		14. Mengadakan program latihan fisik senam rematik	14. Pasien mengatakan akan melakukan senam rematik	
	16.28		15. Kolaborasi dengan perawat klinik Panti Sosial Tresna Werdha untuk mengurangi efek samping dari pengobatan	15. Pasien tidak menggunakan obat yang memiliki efek samping berbahaya	

*Saihu  
ddin*

**Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Hari Kedua**

Nama Pasien : Ny.A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	NAMA & PARAF
1.	15 Agustus 2019 14.00  14.02  14.04  14.08  14.10  14.12  14.14  14.16	DX. I	<b>Manajemen nyeri</b>  1. Melakukan observasi nyeri.  2. Mengamati respon pasien terhadap nyeri  3. Menggunakan komunikasi terapeutik  4. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (menganjurkan pasien untuk tenang dan jangan takut)  5. Mengajarkan teknik mengontrol nyeri  6. Mevaluasi keefektifan teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi  7. Menganjurkan pasien untuk beristirahat/ tidur  8. Memberi informasi kepada perawat/ teman satu wisma pasien tentang teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi yang sedang dijalani pasien	1. Pasien mengatakan skala nyeri pada sendi 3  2. Pasien tampak berkedip dengan cepat dan wajah terlihat menyeringai kesakitan  3. Pasien tampak kooperatif  4. Pasien ingin menambah pengetahuannya tentang penyakitnya  5. Pasien mengatakan ingin belajar teknik nonfarmakologi : latihan nafas dalam dan terapi musik  6. Tindakan pengendalian nyeri pasien sudah efektif  7. Pasien mengatakan kemarin tidur siang  8. Pasien belum dapat melakukan trknik nonfarmakologi	<i>Saiifu ddin</i>
2.	15 Agustus 2019 15.00  15.01  15.02	DX. II	<b>Promosi mekanika tubuh</b>  1. Menganjurkan pasien melakukan pemanasan sebelum beraktivitas atau latihan senam rematik  <b>Terapi latihan : ambulasi</b>  2. Anjurkan pasien untuk duduk disamping tempat tidur/ dikursi dengan posisi kaki menjuntai  <b>Terapi latihan: keseimbangan</b>  3. Memastikan lantai datar	1. Pasien mengatakan tadi jalan pagi di halaman wisma  2. Pasien menjuntai kakinya jika duduk di tempat tidur dan kursi  3. Pasien ingin latihan di teras	<i>Saiifu ddin</i>

	15.03		dan tidak licin untuk latihan senam rematik 4. Membantu pasien latihan senam rematik dengan posisi duduk dan berbaring <b>Latihan terapi: mobilitas sendi</b>	wisma 4. Pasien melakukan senam rematik dengan posisi duduk	
	15.04		5. Memantau ketidaknyamanan atau nyeri selama latihan senam rematik	5. Pasien mengatakan sendi bahu dan lututnya sedikit kaku	
	15.05		6. Membantu pasien membuat jadwal latihan senam rematik <b>Latihan terapi: kontrol otot</b>	6. Pasien mengatakan ingin latihan senam rematik secara rutin	
	15.06		7. Menyesuaikan pencahayaan, suhu ruangan, dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan konsentrasi pasien selama latihan senam rematik	7. Pasien latihan di teras wisma yang sejuk, terang dan nyaman	
	15.07		8. pasien menggunakan pakaian yang nyaman	8. Pasien menggunakan pakaian yang sesuai	
	15.08		9. Memandu langkah demi langkah setiap gerakan latihan senam rematik	9. Pasien tampak kooperatif	
	15.09		10. Mendorong pasien untuk latihan senam rematik secara mandiri	10. Pasien belum dapat latihan mandiri	
	15.10		11. Mengevaluasi kemajuan fungsi peningkatan gerakan tubuh pasien	11. Pasien belum mengalami kemajuan	
	15.11		12. Memberikan reinforcement positif setelah pasien melakukan latihan senam rematik	12. Pasien tampak bersemangat	
	15.12		13. Berkolaborasi dengan pengasuh wisma mengenai jadwal latihan senam rematik	13. Pengasuh tampak kooperatif	
3.	15 Agustus 2019 16.00 16.02 16.04 16.06	DX. III	<b>Pencegahan jatuh</b> 1. Memastikan permukaan lantai tidak berantakan 2. Memastikan jendela wisma mawar terbuka 3. Memastikan lantai tidak licin/ berlubang-lubang 4. Memastikan lantai kamar mandi tidak berlumut/ licin	1. Wisma tampak rapi 2. Lampu telah tersedia di setiap ruangan 3. Permukaan lantai tidak licin 4. Permukaan lantai WC tidak berlumut/licin	<i>Saihu ddin</i>

	16.08		5. Meyakinkan bahwa pasien memakai sandal yang pas dan mempunyai alas kaki anti selip	5. Ukuran sandal pasien pas	
	16.10		6. Mengajarkan teman satu wisma pasien untuk menjaga lingkungan wisma agar tidak beresiko jatuh	6. Teman-teman pasien tampak kooperatif	

**Tabel 4.6** Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

Nama Pasien : Ny. A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	NAMA & PARAF
1.	16 Agustus 2019 14.00	DX. I	<b>Manajemen nyeri</b>		<i>SaiFu ddin</i>
	14.02		1. Observasi nyeri pasien	1. Pasien mengatakan skala nyeri 2	
	14.04		2. Mengamati respon pasien terhadap nyeri	2. Pasien tampak nyaman dan wajah terlihat tersenyum	
	14.06		3. Menggunakan komunikasi terapeutik	3. Pasien tampak kooperatif	
	14.08		4. Menganjurkan pasien membuka jendela kamar	4. Pasien merasa ruangan kamarnya panas, namun lampu sudah dipindahkan ke bawah agar lebih terang, dan suasana wisma mawar sunyi	
	14.10		5. Mengurangi atau menghilangkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (menganjurkan pasien untuk tenang dan jangan takut)	5. Pasien ingin menambah pengetahuan tentang penyakitnya	
	14.12		6. Mengajarkan teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi	6. Pasien mempelajari cari kompres hangat dan distraksi	
	14.14		7. Mevaluasi keefektifan teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi	7. Tindakan pengendalian nyeri pasien mulai baik	
	14.16		8. Menganjurkan pasien untuk beristirahat/ tidur	8. Pasien mengatakan kemarin tidur siang	
		9. Memberi informasi kepada perawat/ teman satu wisma pasien tentang teknik mengontrol nyeri secara nonfarmakologi yang sedang dijalani pasien	9. Pasien belum dapat melakukan teknik nonfarmakologi		

2.	16 Agustus 2019 15.00	DX. II	<p><b>Promosi mekanika tubuh</b></p> <p>1. Menganjurkan pasien melakukan pemanasan sebelum beraktivitas atau latihan senam rematik</p>	<p>1. Pasien mengatakan tadi jalan pagi dan kemarin sore melakukan senam rematik secara mandiri di halaman wisma</p>	
	15.01		<p><b>Terapi latihan : ambulasi</b></p> <p>2. Anjurkan pasien untuk duduk disamping tempat tidur/ dikursi dengan posisi kaki menjuntai</p>	<p>2. Pasien menjuntai kakinya jika duduk di tempat tidur dan kursi</p>	
	15.02		<p><b>Terapi latihan: keseimbangan</b></p> <p>3. Memastikan lantai datar dan tidak licin untuk latihan senam rematik</p>	<p>3. Pasien ingin latihan di teras wisma</p>	
	15.03		<p>4. Membantu pasien latihan senam rematik dengan posisi duduk dan berbaring</p>	<p>4. Pasien melakukan senam rematik dengan posisi duduk</p>	
	15.04		<p><b>Latihan terapi: mobilitas sendi</b></p> <p>5. Memantau ketidaknyamanan atau nyeri selama latihan senam rematik</p>	<p>5. Pasien mengatakan sendi bahu dan lututnya sedikit kaku</p>	
	15.05		<p>6. Mengingat pasien tentang jadwal latihan senam rematik</p>	<p>6. Pasien mengatakan ingin latihan senam rematik secara rutin</p>	
	15.06		<p><b>Latihan terapi: kontrol otot</b></p> <p>7. Menyesuaikan pencahayaan, suhu ruangan, dan tingkat kebisingan untuk meningkatkan konsentrasi pasien selama latihan senam rematik</p>	<p>7. Pasien latihan di teras wisma yang sejuk, terang dan nyaman</p>	
	15.07		<p>8. pasien menggunakan pakaian yang nyaman</p>	<p>8. Pasien menggunakan pakaian yang sesuai</p>	
	15.08		<p>9. Memandu langkah demi langkah setiap gerakan latihan senam rematik</p>	<p>9. Pasien tampak kooperatif</p>	
	15.09		<p>10. Mengajarkan pasien latihan senam rematik dan latihan berjalan secara mandiri</p>	<p>10. Pasien melakukan latihan senam rematik dan latihan berjalan secara mandiri</p>	
	15.10		<p>11. Mengevaluasi kemajuan fungsi peningkatan gerakan tubuh pasien</p>	<p>11. Pasien belum mengalami kemajuan</p>	
	15.11		<p>12. Memberikan reinforcement positif setelah pasien</p>	<p>12. Pasien tampak bersemangat</p>	

*Saihu  
ddin*

	15.12		<p>melakukan latihan senam rematik</p> <p>13. Menanyakan dengan pengasuh wisma mengenai jadwal latihan senam rematik</p>	<p>13. Pengasuh menjelaskan tentang jadwal senam rematik</p>	
--	-------	--	--	--	--

## E. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.7** Evaluasi Keperawatan Hari Pertama

Nama Pasien : Ny. A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	EVALUASI	PARAF
1.	14 Agustus 2019 14.00-14.30 WIB	DX. I	<p><b>Data Subjektif:</b> Data subjektif didapatkan bahwa skala nyeri pada sendi 4 dari skor 1 sampai 10</p> <p><b>Data Objektif:</b> Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak berkedip dengan cepat dan wajah terlihat menyeringai kesakitan, pasien tampak belum benar mempraktekan teknik nafas dalam, tanda vital; (N) : 80 x/menit, (S) : 36,5 °C , (TD) : 170/100 mmHG, (RR) : 22 x/menit, pasien tampak kooperatif.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b> 1. Kontrol nyeri : 3 (kadang-kadang) 2. Tingat nyeri : 3 (sedang)</p> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b> Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, dan 12.</p>	<i>Saifuddin</i>
2.	14 Agustus 2019 15.00-15.30 WIB	DX.	<p><b>Data Subjektif:</b> Data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan naik dan turun tangga dengan bantuan untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha karena takut jatuh, pasien mengatakan tidak membutuhkan tongkat, karna masih mau berusaha sendiri, pasien mengatakan jarang berolahraga, pasien mengatakan bersedia untuk latihan.</p> <p><b>Data Objektif:</b> Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak kooperatif, pasien tampak hanya mampu sampai dibawah tangga untuk menjemput makan dari dapur umum, pasien tampak mengikuti anjuran perawat.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b> 1. Ambulasi : 3 (cukup terganggu) 2. Mobilitas : 3 (sedang)</p> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b> Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, dan 23.</p>	<i>Saifuddin</i>
3.	14 Agustus 2019 16.00-16.30 WIB	DX.	<p><b>Data Subjektif:</b> Data subjektif didapatkan bahwa pasien sudah mengikuti semua saran dari perawat hari ini, pasien mengatakan sekarang walau menggunakan kaca mata penglihatannya tetap kabur, pasien mengatakan yang paling ditakutkan adalah jatuh karna sudah tua pasti mudah patah tulang.</p>	

			<p><b>Data Objektif:</b> Data objektif didapatkan bahwa kamar pasien tampak sedikit berantakan, lantai tidak licin, namun tangga untuk menuju lobby dan dapur umum tinggi, pasien tampak kooperatif, lampu penerangan berada tidak terlalu tinggi agar tetap terang dikamar pasien, tempat tidur pasien tidak terlalu tinggi dan kokoh, teman-teman seruangan tampak kooperatif.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b> Terjadinya jatuh : 4 (1-3)</p> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b> Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 2, 3, 5, 6, 10, dan 12.</p>	
--	--	--	---	--

**Tabel 4.8** Evaluasi Keperawatan Hari Kedua

Nama Pasien : Ny. A  
Melati

Ruangan : Wisma

Umur : 76 tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	EVALUASI	PARAF
1.	15 Agustus 2019 14.00-14.30 WIB	DX. I	<p><b>Data Subjektif:</b> Data subjektif didapatkan bahwa skala nyeri pada sendi lutut 3 dari skala nyeri 1 sampai 10 (nyeri sedang), dan (T): pasien mengatakan nyeri dan kaku muncul dari tadi subuh hingga sekarang.</p> <p><b>Data Objektif:</b> Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak berkedip dengan cepat dan wajah terlihat menyeringai kesakitan, pasien tampak belum benar mempraktekan teknik nafas dalam, pasien tampak melakukan teknik distraksi mendengarkan musik dengan radio yang disiapkan oleh perawat, pasien tampak melakukan teknik kompres hangat pada sendi yang nyeri dengan bantuan perawat, tanda vital; (N) : 70 x/menit, (S) : 36,7 °C , (TD) : 150/100 mmHG, (RR) : 22 x/menit, pasien tampak kooperatif.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b> 1. Kontrol nyeri : 3 (kadang-kadang) 2. Tingat nyeri : 3 (sedang)</p> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b> Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, dan 9.</p>	<i>Saifuddin</i>
2.	15 Agustus 2019 15.00-15.30 WIB	DX.	<p><b>Data Subjektif:</b> Data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan naik dan turun tangga dengan bantuan untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha, pasien mengatakan tidak membuthkan tongkat, karna masih mau berusaha sendiri, pasien mengatakan siap untuk latihan hari ini.</p> <p><b>Data Objektif:</b></p>	<i>Saifuddin</i>



			<p>Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak latihan senam rematik dengan bantuan perawat menggunakan radio, pasien tampak hanya mampu sampai dibawah tangga untuk menjemput makan dari dapur umum, pasien tampak belum menunjukkan peningkatan tentang latihannya.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulasi : 3 (cukup terganggu)</li> <li>2. Mobilitas : 3 (sedang)</li> </ol> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b></p> <p>Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, dan 13.</p>	
3.	15 Agustus 2019 16.00-16.30 WIB	DX.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <p>Data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan bersemangat hari ini, pasien mengatakan sudah mengikuti semua saran dari perawat, pasien mengatakan yang paling ditakutkan adalah jatuh karna sudah tua pasti mudah patah tulang.</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <p>Data objektif didapatkan bahwa lantai tidak licin, namun tangga untuk menuju lobby dan dapur umum tinggi, pasien tampak kooperatif, pampu penerangan berada tidak terlalu tinggi agar tetap terang dikamar pasien, tempat tidur pasien tidak terlalu tinggi dan kokoh, teman-teman seruangan tampak kooperatif.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b></p> <p>Terjadinya jatuh : 5 (tidak ada)</p> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b></p> <p>Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa intervensi keperawatan dihentikan. Motivasi Pasien dan teman-teman satu wisma untuk selalu menjaga kebersihan dan lantai tetap kering.</p>	<i>Saifuddin</i>

**Tabel 4.9** Evaluasi Keperawatan Hari Ketiga

Nama Pasien : Ny. A

Ruangan : Wisma Melati

Umur : 76 tahun

NO	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	EVALUASI	PARAF
1.	16 Agustus 2019 14.00-14.30 WIB	DX. I	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <p>Data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan skala nyeri pada sendi lutut 2 dari skala nyeri 1 sampai 10 (nyeri ringan), (T): pasien mengatakan nyeri dan kaku muncul dari tadi subuh hingga sekarang.</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <p>Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak nyaman dan wajah terlihat tersenyum, pasien tampak</p>	<i>Saifuddin</i>

			<p>mempraktekan teknik nafas dalam dengan benar, pasien tampak melakukan teknik distraksi mendengarkan musik dengan radio di teras wisma, pasien tampak melakukan teknik kompres hangat pada sendi yang nyeri, tanda vital ; N : 68 x/menit, S : 36,6 °C, TD : 150/90 mmHG, RR : 23 x/menit.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol nyeri : 3 (kadang-kadang)</li> <li>2. Tingat nyeri : 4 (ringan)</li> </ol> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa</b></p> <p>Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, dan 9.</p>	
2.	16 Agustus 2019 10.00-10.30 WIB	DX.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <p>Data subjektif didapatkan bahwa pasien mengatakan naik dan turun tangga dengan bantuan untuk mengambil makan di dapur umum Panti Sosial Tresna Werdha, pasien mengatakan tubuhnya agak segar karena rutin latihan senam, pasien mengatakan siap untuk latihan hari ini.</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <p>Data objektif didapatkan bahwa pasien tampak latihan senam rematik dengan bantuan perawat menggunakan radio, pasien tampak hanya mampu sampai dibawah tangga untuk menjemput makan dari dapur umum, pasien tampak belum menunjukkan peningkatan tentang latihannya.</p> <p><b>Analisa Pencapaian Tujuan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulasi : 3 (cukup terganggu)</li> <li>2. Mobilitas : 4 (ringan)</li> </ol> <p><b>Perencanaan Sesuai Hasil Analisa:</b></p> <p>Perencanaan sesuai hasil analisa didapatkan bahwa lanjutkan intervensi keperawatan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, dan 13.</p>	<i>Saifuddin</i>

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dengan tinjauan kasus pada klien lansia dengan masalah rematik pada Ny.A yang dilakukan pada tanggal 9 Agustus 2019. Dan pelaksanaan implementasi selama 3 hari dari tanggal 14-16 Agustus 2019 di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu. Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap tahap proses keperawatan yaitu: Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan yang ada dalam tinjauan kasus dan akan dibandingkan dengan proses keperawatan yang ada dalam tinjauan teoritis

#### **A. Pengkajian**

Pada pengkajian dalam tinjauan teori yaitu identitas klien yang bisa di kaji pada penyakit sistem muskuloskeletal adalah pada usia di atas usia 60 tahun (Yuli, 2014). Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 9 Agustus 2019, didapatkan data Ny.A berusia 76 tahun, ini merupakan usia yang sangat beresiko untuk mengalami penyakit *Arthritis Rheumatoid*. Prevalensi penyakit *Arthritis Rheumatoid* lebih tinggi terjadi pada wanita dibandingkan dengan laki-laki, lebih dari 75% penderita *Arthritis Rheumatoid* adalah wanita dengan perbandingan 3:1 (Sinambela, 2015)

Pada riwayat keperawatan tidak ada perbedaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit ini adalah klien mengeluh nyeri pada persendian tulang yang terkena, adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas (Yuli, 2014), dan pada tinjauan kasus : P ; pasien mengeluh nyeri dan kaku pada sendi-sendi saat keadaan/cuaca dingin, klien mengatakan nyeri pada sendi sudah sejak 3 tahun yang lalu., Q: pasien mengatakan nyeri pada sendinya seperti tertekan, R: pasien mengatakan nyeri pada tangan sebelah kiri dan kedua sendi bagian lutut, S: menggunakan *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS) pasien mengatakan skala nyeri pada sendi 4 dari skor 1 sampai 10, T:

pasien mengatakan nyeri dan kaku muncul pada pagi hari dan nyeri bertahan lebih dari satu jam. Pada kasus juga muncul rasa kesemutan pada tangan dan kaki. Ny.A juga mengalami kesulitan untuk berjalan karena nyeri sendi yang dialami cukup mengganggu pergerakan pasien.

Pada pemeriksaan pola kebiasaan tidak ditemukan banyak perbedaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pada Pemeriksaan *Review Of System* (ROS) juga tidak ditemukan banyak perbedaan hanya saja pada tinjauan kasus tidak ditemukan peningkatan suhu tubuh. Proses terjadinya demam dimulai dari stimulasi sel-sel darah putih oleh pirogen eksogen baik berupa toksin, mediator inflamasi, atau reaksi imun yang mengeluarkan zat kimia yang dikenal dengan pirogen endogen yang akan merangsang endotelium hipotalamus untuk membentuk prostaglandin yang kemudian akan meningkatkan termoregulasi di pusat hipotalamus. Hipotalamus akan memicu mekanisme-mekanisme untuk meningkatkan panas sehingga akan terjadi peningkatan produksi panas dan penurunan pengurangan panas yang pada akhirnya akan menyebabkan suhu tubuh naik, karena skala nyeri yang dirasakan ringan atau sedang sehingga tidak mengalami peningkatan inflamasi yang lebih pada sendi sinovial, jadi hipotalamus tidak memicu peningkatan suhu tubuh (Dinarello & Gelfand, 2005).

Pada saat nyeri pasien tidak menggunakan obat-obatan. Secara teoritis penatalaksanaan pasien rematik diberikan obat piroxicam (jenis Obat Anti Infamasi Non Steroid), hal ini dikarenakan piroxicam diindikasikan untuk terapi simptomatik pada *rematoid arthritis*, *osteoarthritis*, *ankilosing spondilitis*, gangguan muskuloskeletal akut dan gout akut (Hoan, 2007).

Pada analisa data, penulis mengangkat masalah keperawatan pertama adalah nyeri kronis, Nyeri pada *Arthritis Rheumatoid* merupakan proses imunologik pada sinovial, adanya stimulus antigen, yang membentuk antibody imunologi dan terjadi kompleks imun yang menghasilkan inflamasi, prostaglandin merangsang sistem saraf dan implus nyeri ke medulla spinalis dan dibawa ke otak untuk dipersepsikan (Brunner & Suddart, 2013).

Masalah keperawatan kedua adalah hambatan mobilitas fisik. Definisi dari hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA, 2012), Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik adalah 1) proses menua, 2) kelemahan, 3) cedera/jatuh, 4) infeksi kuman, 5) nyeri sendi (NANDA, 2012) hal ini sesuai dengan temuan pada studi kasus karena hasil pemeriksaan *Modifikasi Dari Barthel Indeks* didapatkan hasil pasien mengalami hambatan dalam; berpindah dari kursi roda ketempat tidur dan sebaliknya, keluar masuk toilet (mencuci pakaian), naik turun tangga, mengenakan pakaian dan rekreasi/pemanfaatan waktu luang. Secara keseluruhan tingkat kemandirian pasien termasuk kategori B atau tingkat ketergantungan sebagian. Secara teori lanjut usia dengan kondisi kesehatan baik dapat melakukan aktivitas apa saja sedangkan yang memiliki kondisi kesehatan sedang cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Untuk mengerjakan beberapa aktivitas fisik dan psikis yang berat mereka memerlukan pertolongan dari orang lain (Sinambela, R. 2015).

Masalah keperawatan ketiga adalah resiko cidera b.d usia perkembangan cara pemindahan/transpor, penyakit autoimun dan fisik (mobilitas fisik). Hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan pengkajian tingkat kemandirian dengan barthel indeks menunjukkan tingkat kemandirian pasien termasuk kategori B atau ketergantungan sebagian.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada kasus ini dapat ditegakkan 3 diagnosa keperawatan, yang pertama yaitu nyeri kronis b.d ketidakmampuan fisik kronis, diagnosa kedua yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kaku sendi, diagnosa ke tiga yaitu resiko cidera b.d usia perkembangan cara pemindahan/transpor, penyakit autoimun dan fisik (mobilitas fisik) Wilkinson & Judith, 2012).

Pada tinjauan teori didapatkan 7 diagnosa keperawatan lengkap dengan NIC dan NOC, yaitu Nyeri Kronis berhubungan dengan ketidakmampuan fisik

kronis, hipertermia berhubungan dengan penyakit, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kaku sendi, defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, risiko cedera berhubungan dengan cara pemindahan/transpor, fisik (gangguan mobilitas), defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan, keterbatasan kognitif, gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit, defisiensi pengetahuan dan gangguan citra tubuh.

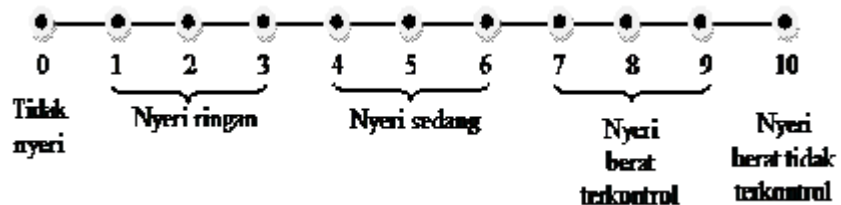
Semua diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny.A sesuai dengan diagnosa yang ada pada teoritis. Pada tinjauan kasus penulis tidak menemukan 4 diagnosa lainnya pada pasien, yaitu diagnosa hipertermia b.d anastesia, dehidrasi, pemejanaan lingkungan yang panas, penyakit, peningkatan laju metabolisme, aktivitas berlebihan, defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan muskoloskeletal, nyeri, kelemahan, gangguan neuromuskular, gangguan muskular, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan, keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang minat belajar, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi, gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit, cedera, biofisik, kognitif, budaya, tahap perkembangan, trauma, terapi penyakit. Diagnosa ini tidak muncul pada Ny.A karena tidak ada data yang mendukung untuk diangkatnya diagnosa keperawatan ini.

### **C. Perencana Keperawatan**

Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, penulis kemudian melanjutkan ke tahap perencanaan. Perencanaan atau intervensi keperawatan itu sendiri merupakan proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis yang mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah, perawat lakukan untuk meningkatkan hasil pada pasien. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien (Kozier, 2011).

Dalam teori diagnosa dan intervensi atau perencanaan dituliskan sesuai dengan diagnosa, rencana dan kriteria hasil berdasarkan NIC (*Nursing Intervension Clasification*) dan NOC (*Nursing Outcome Clasification*), dan diselesaikan secara SMART yaitu *Spesifik* (jelas atau khusus), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (dapat diterima), *Rasional* dan *Time* (ada kriteria waktu).

Intervensi yang penulis lakukan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan pada tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan teori. Pada rencana keperawatan tidak terdapat banyak perbedaan karena rencana keperawatan yang dibuat telah disesuaikan untuk pasien gerontik. Pada diagnosa nyeri kronis, penulis tidak melakukan intervensi pemberian analgesic, hal ini dikarenakan pemberian analgesic dalam jangka panjang dapat menyebabkan efek toleransi terhadap analgesic tersebut sehingga tidak ada pengaruh besar terhadap fungsinya. Nyeri yang diungkapkan pasien menggunakan *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS) adalah skala nyeri 4 dari skor 1-10, hal ini menunjukkan nyeri yang dipersepsikan oleh pasien adalah nyeri sedang, *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS) dapat dilihat pada gambar 5.1 dibawah ini.



Gambar 5.1 *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS)

Terdapat perubahan pemberian teknik relaksasi kompres hangat terhadap intensitas nyeri sendi pada lansia dengan *rheumatoid arthritis* dengan hasil uji yaitu sebelum pasien merasa nyeri sedang dan sesudah pemberian terjadi pengurangan nyeri menjadi nyeri ringan. Teknik relaksasi kompres hangat dapat menurunkan intensitas nyeri (Kusmindarti, 2014).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Setelah menyusun rencana keperawatan, dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi. Pengertian dari implementasi itu sendiri adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2005).

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada tanggal 14-16 Agustus 2019 dengan target penilaian sebagai tujuannya. Dalam melakukan implementasi keperawatan diagnosa nyeri kronis pada tinjauan teori terdapat 15 tindakan, namun pada kasus yang dilakukan sesuai dengan pasien ada 12 tindakan yang dilakukan, pada diagnosa hambatan mobilitas fisik terdapat 24 tindakan semuanya dapat dilakukan dengan pasien. Dan pada diagnosa resiko cedera diri terdapat 15 tindakan dan semuanya dapat dilakukan. Dalam pelaksanaan implementasi peneliti tidak mengalami kesulitan karena pasien sangat kooperatif.

Perbedaan tindakan banyak ditemui pada diagnosa nyeri kronis, karena tindakan pemberian analgesic tidak dilakukan dan untuk penanganan nyeri dilakukan dengan non farmakologi. Nyeri dan kaku pada penderita Arthritis Rheumatoid akan lebih dirasakan pada pagi hari (Yuli, 2014), hal ini dikarenakan pada saat keadaan dingin maka pembuluh darah pada area ekstremitas dalam keadaan vasokonstriksi/ mengecil.

Menurut teori Potter & Perry (2005) kompres menggunakan air hangat akan meningkatkan aliran darah, dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Panas akan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi impuls nyeri ke medula spinalis dan ke otak dihambat dan nyeri akan berkurang. Kompres hangat merupakan solusi bagi nyeri pada ekstremitas pasien. Kompres hangat merupakan terapi non farmakologi yang efektif, mudah, dan murah (Oktasari, 2014).



## **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap setelah melakukan implementasi keperawatan. Pada diagnosa keperawatan nyeri kronis b.d ketidakmampuan fisik kronis (arthritis), diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kaku sendi dihentikan pada hari ke-3 tanggal 16 Agustus 2019. Target penilaian pada diagnosa nyeri kronis menurut NOC yaitu kontrol nyeri: 4 (sering menunjukkan) dan tingkat nyeri: 3 (ringan) setelah diberikan asuhan keperawatan, hal ini sesuai dengan tinjauan teori yaitu *Arthritis Rheumatoid* bersifat progresif dan tidak dapat disembuhkan, sedangkan target penilaian pada diagnosa hambatan mobilitas fisik menurut NOC yaitu ambulasi: 4 (agak terganggu) dan mobilitas: 4 (ringan) setelah diberikan asuhan keperawatan, hal ini juga sesuai dengan tinjauan teori yaitu *Arthritis Rheumatoid* yang tidak begitu parah pun dapat mengurangi bahkan menghilangkan kemampuan seseorang untuk produktif dan melakukan kegiatan fungsional sepenuhnya. Dua target nilai dari diagnosa keperawatan ini tidak dapat teratasi secara maksimal dikarenakan penyakit *Arthritis Rheumatoid* tidak dapat sembuh secara sempurna, tapi hanya bisa membuat penyakit tersebut tenang atau menjadi inaktif (Wachjudi, 2012), saat ini pasien telah dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan perawat Panti Sosial Tresna Werdha dapat melakukan pengawasan terhadap pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan mandiri terutama kompres hangat.

Pada diagnosa keperawatan resiko cedera b.d usia perkebangan cara pemindahan/transpor, penyakit autoimun dan fisik (mobilitas fisik) dihentikan pada hari ke dua tanggal 15 Agustus 2019.

Hambatan yang penulis temukan pada tiap tahap proses keperawatan adalah sulitnya berkomunikasi dengan pasien, karena usia pasien yang sudah tua 76 tahun dimana sudah terjadi penurunan fungsi pendengaran, sehingga perawat harus sabar dan mengulang-ngulang kembali apa yang disampaikan agar informasi yang diterima oleh pasien selama pemberian asuhan keperawatan dapat diterima dengan baik.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian Kasus**

Pengkajian keperawatan dilakukan secara komperhensif yang sesuai dengan tinjauan pustaka, hanya ditemukan perbedaan tentang peningkatan suhu tubuh, secara teoritis terjadi peningkatan suhu tubuh karena proses peradangan, tetapi pada pasien tidak terjadi peningkatan suhu tubuh.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien sesuai dengan diagnose secara teoritis pada kasus *Arthritis Rheumatoid*, tetapi tidak semua diagnosa yang muncul secara teoritis terjadi pada pasien, dari 7 diagnosa keperawatan yang muncul secara teoritis hanya 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.A yaitu diagnosa keperawatan nyeri, hambatan mobilitas fisik, dan resiko cidera.

##### **3. Perencana Keperawatan**

Perencanaan keperawatan pada kasus ini telah dibuat sesuai dengan rencana keperawatan berdasarkan NANDA NIC NOC. Perencanaan keperawatan pada pasien sudah disusun menurut diagnosa yang muncul pada pasien. Kesimpulan dari perencanaan keperawatan adalah dapat dibuat rencana perawatan pada pasien dengan dengan *Arthritis Rheumatoid* di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu tahun 2019.

##### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan sudah efektif dan sudah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Hal ini dikarenakan adanya kerjasama yang baik antara perawat dan pasien. Tindakan yang dilakukan masing-masing diagnosa sudah dilaksanakan dengan baik walau jumlah tindakan tidak sama persis antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, hal ini dikarenakan penyesuaian terhadap pasien di lapangan.

Kesimpulan dari implementasi keperawatan adalah dapat dilaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Arthritis Rheumatoid* untuk diagnosa-diagnosa keperawatan yang muncul 3 dari 7 masalah dan semua masalah dapat teratasi. Pada diagnosa nyeri kronis dan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan rencana tindak lanjut pasien dapat mengatasi masalah keperawatannya secara mandiri dan perawat Panti Sosial dapat mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh pasien. Evaluasi sudah didokumentasikan dalam bentuk catatan perkembangan. Kesimpulan dari evaluasi keperawatan adalah dapat dievaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dan dapat didokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Sosial Tresna Werdha.

Panti Sosial diharapkan dapat memberikan penanganan dari seorang dokter dan perawat, selain dengan menggunakan obat-obatan seperti analgesic dan berbagai anti radang, diperlukan adanya fisioterapi dan pemandu olahraga untuk membantu memperbaiki kekuatan otot dan kekakuan sendi sehingga dapat membantu penderita dalam beraktivitas. Dan adanya peran perawat dalam memenuhi kebutuhan lansia di Panti Sosial.

Hal lain yang tidak kalah penting adalah adanya bantuan secara psikis dikarenakan penderita penyakit rematik umumnya merupakan penyakit kronis dan seringkali menimbulkan stress pada penderita. Dengan adanya bantuan psikis diharapkan penderita dapat berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari.

## 2. Bagi Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Diharapkan hasil Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan masukan bagi mahasiswa untuk menambah wawasan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Arthritis Rheumatoid* dan menambah/ melengkapi buku-buku referensi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Arthritis Rheumatoid* .

## 3. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa yang akan datang sebaiknya melakukan pemeriksaan diagnostik/ penunjang secara mandiri baik faktor rheumatoid dalam serum maupun arthritis radiologik agar dapat memperjelas kriteria diagnostic pada pasien dengan *Arthritis Rheumatoid* dikarenakan tidak tersedia data riwayat pemeriksaan diagnostik/ penunjang bagi semua pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, S. 2014. Pengetahuan Lansia Denganarthritis Rheumatoid Dalam Mengaplikasikan Senam Rematik Di Upt Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dan Balitawilayah Medan-Binjai Tahun 2014. *Jurnal STIKes RS Haji Medan* 2(3).
- Aspiani, R.Y., 2014, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik aplikasi NANDA, NIC dan NOC jilid 1*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Darmojo, B dan Martono, H.H, 2011, *Buku Ajar GERIATRI (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- \_\_\_\_\_. 2018. *Penyakit Radang Dan Rematik Di Kota Bengkulu Tahun 2018*. Bengkulu : SP2TP Puskesmas.
- Dinarelo & Gelfand.2005. *Patofisiologi dan penanganan demam anak*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31365/4/Chapter%20II.pdf>. Diakses pada 20Agustus2018
- Doenges, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Edisi 3, I Made, dkk*. Jakarta : EGC.
- Haryono,R.& Setianingsih, S., 2013, *Musuh-musuh Anda Setelah 40 Tahun*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Herman, T. Heather. 2012. *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014 by NANDA International*. Jakarta : EGC
- Hoan, T. dan ,Rahardja, K. 2007. *Obat-obat Penting Khasiat, Penggunaan, Dan Efek-efek Sampingnya, Edisi 6*.Jakarta : PT Gramedia.
- Huda, A. dan, Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC, Jilid 3*. Jogjakarta : MediAction.
- Kozier, B. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Kusmindarti, I, Virda, E, dan Wardianto, N. 2014. *Perubahan Intensitas Nyeri Sendi Rheumtoid Arthritis Pada Lansia Dengan Pemberian Teknik*

Relaksasi Kombinasi Kompres Hangat Dan Dingin. *Jurnal STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto*.

Maryam, R. Siti dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika.

Nettiana. 2006. *Konsep dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta : EGC.

Novia, Y. 2015. Gambaran Fungsi Kognitif Lansia Di Puskesmas Jayagiri Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Keperawatan STIKes Dharma Husada Bandung*. <http://dokumen.tips/documents/jurnal-fungsi-kognitif-pada-lansiapdf.html>. 24 April 2018.

Oktasari, G, Misrawati, dan Tri, G. 2014. Perbandingan Efektivitas Kompres Hangat Dan Kompres Dingin Terhadap Penurunan Dismenorea Pada Remaja Putri. *Jurnal Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*.

Potter, P. A, Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep,Proses, dan Praktik. Vol. 2, Edisi 4*, Renata Komalasari, dkk. Jakarta : EGC.

Riset Kesehatan Dasar. 2013. *Penyakit Sendi/Rematik/Encok*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

Smeltzer, Suzanne C. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Sudarth, Vol. 3, Edisi 8*, Andry, dkk. Jakarta : EGC.

Sinambela, R. 2015. Hubungan Nyeri Reumatoid Arthritis dengan Aktivitas Sehari-hari Lansia di Puskesmas Kesatria Pematangsiantar. *Jurnal Universitas Sumatera Utara*.<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/50069>.

Strockslager, J.L., 2008, *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik (Handbook of Geriatric Nurshing Care)*. Jakarta : Buku EGC Kedokteran.

Suratun, Heryati, Manurung, S., Raenah. 2008. *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC.

Wachjudi, R.G., 2012. *Benarkah Reumatik Harus Berpantang*. Jakarta : Sagung Seto

Wilkinson, Judith M. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC, Ed. 9*. Jakarta : EGC.

Yuli, R. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*, Jilid I. Jakarta : CV. TRANS INFO MEDIA

Lampiran :

**PENGAJIAN TINGKAT KEMANDIRIAN  
BARTHEL INDEKS**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor	Keterangan
1	Makan	5	10	10	Frekuensi 3x Jumlah 1porSi Jenis nasi
2	Minum	5	10	10	Frekuensi 6 x Jumlah 2 L Jenis air pth
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	11	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5	Frekuensi 3x
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	6	
6	Mandi	5	15	15	Frekuensi 2x
7	Jalan di permukaan datar	0	5	5	
8	Naik turun tangga	5	10	5	
9	Mengenakan pakaian	5	10	7	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10	Frekuensi 1x Konsistensilem bek
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	10	Frekuensi 4x Warna kng jrnh
12	Olah raga / Latihan	5	10	7	Frekuensi: 15-20 Menit Jenis: /hr
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang	5	10	8	Jenis : nonton TV Frekuensi:/hr
<b>Total Skor</b>				<b>109</b>	

Keterangan :

- A : 130 = mandiri  
 B : 65-125 = Ketergantungan sebagian  
 C : 60 = ketergantungan total

**Tingkat kemandirian klien termasuk kategori B : Ketergantungan sebagian**

## PENGKAJIAN SISTEM MENTAL

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
	<input type="checkbox"/>	1	Tanggal berapa hari ini?
	<input type="checkbox"/>	2	Hari apa sekarang ini ?
✓		3	Apa nama tempat ini ?
✓		4	Di mana Alamat anda?
✓		5	Berapa Umur anda?
<input type="checkbox"/>		6	Kapan anda lahir (minimal tahun lahir)
	<input type="checkbox"/>	7	Siapa Presiden Indonesia Sekarang?
	<input type="checkbox"/>	8	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
✓		9	Siapa nama Ibu anda?
<input type="checkbox"/>		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
<b>7</b>	<b>4</b>		

**Score total :4**

Interpretasi Hasil :

- A. Salah 0-3 ; Fungsi Intelektual utuh
- B. Salah 4-5 ; Kerusakan intelektual ringan
- C. Salah 6- 8 ; Kerusakan Intelektual sedang
- D. Salah 9-10 ; Kerusakan Intelektual berat

**Klien termasuk ke dalam kerusakan intelektual ringan**



**IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF DARI FENGGSI MENTAL  
MINI MENTAL STATUS EXAM (MMSE)**

Meliputi :

- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat Kembali
- Bahasa

No	Aspek Kognitif	Nilai Max	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	2	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tahun : 2019</li> <li>- Musim : Panas</li> <li>- Tanggal : Lupa</li> <li>- Hari : Jumat</li> <li>- Bulan : Lupa</li> </ul>
2	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negara : Indonesia</li> <li>- Provinsi :Bengkulu</li> </ul>
3	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk masing-masing objek kemudian tanyakan kepada klien ketiga objek tadi (untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objek Kertas</li> <li>- Objek Pulpen</li> <li>- Objek Jam</li> </ul>
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	3	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> <li>- -</li> <li>- -</li> </ul>
4	Mengingat	3	2	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada No 2 (Registrasi) tadi. Bila benar, nilai 1 point untuk masing-masing objek

5	Bahasa	9	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Misal ; Buku, Tas</li> </ul> </li> <li>• Minta klien untuk mengulangi kata berikut “ tak ada, jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point . <ul style="list-style-type: none"> <li>- pernyataan benar : 2 buah ; tak ada, tetapi</li> </ul> </li> <li>• Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambil kertas dan pegang</li> <li>- Lipat dua</li> <li>- Letakkan diatas meja</li> </ul> </li> <li>• Perintahkan kepada klien untuk hal sebagai berikut (bila aktivitas sesuai perintah nila 1 point) <ul style="list-style-type: none"> <li>- “tutup mata anda”</li> <li>- Tuliskan satu kalimat</li> <li>- menyalin gambar :</li> </ul> </li> </ul>
<b>TOTAL NILAI : 22</b>				

Interpretasi Hasil :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

≤17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Interpretasi hasil klien adalah aspek kognitif dari fungsi mental ringan**

## PENGKAJIAN KESEIMBANGAN

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak yaitu:

Kriteria	Nilai
<p>a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong badan ke atas dengan tangan atau bergeser bagian depan kursi terlebih dahulu dan atau tidak stabil saat pertama kali duduk</li> <li>➤ Duduk dengan menjatuhkan diri ke kursi atau tidak duduk di tengah kursi</li> </ul> <p>Ket : Gunakan kursi yang keras dan tanpa lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menahan dorongan sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.</li> </ul> </li> <li>➤ Mata tertutup <p>Lakukan pemeriksaan sama seperti diatas tapi klien disuruh menutup mata (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya)</p> </li> <li>➤ Perputaran leher, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil.</li> </ul> </li> <li>➤ Gerakan menggapai sesuatu. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki tidak stabi, memegang sesuatu untuk dukungan</li> </ul> </li> <li>➤ Membungkuk. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu membungkuk untuk mengambil obyek-obyek kecil (missal pulpen) dari lantai, memegang obyek untuk bisa berdiri lagi, memerlukan usaha-usaha multipel untuk bangun</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>0</b></p> <p><b>0</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>0</b></p>
<p>b. Komponen gaya berjalan atau bergerak</p> <p>Beri nilai 0 jika klien menunjukkan kondisi dibawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu kondisi di bawah ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Minta klien berjalan ke tempat yang ditentukan.</li> </ul>	<p><b>0</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan</li> </ul>	<b>0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaki tidak naik lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (&gt;5 cm). Nilai 1</li> </ul> </li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping klien). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah langkah-langkah awal, langkah menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara yang lain menyentuh lantai</li> </ul> </li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi</li> </ul> </li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari samping kiri klien) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelembong dari sisi ke sisi</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berbalik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan.</li> </ul> </li> </ul>	

Interpretasi hasil :7

0-5 : resiko jatuh rendah

6-10 : resiko jatuh sedang

11-15 : resiko jatuh tinggi

**Interpretasi hasil klien Resiko jatuh sedang**

### PENGKAJIAN KONDISI DEPRESI

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda ?	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan ?		√
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong ?		√
4	Apakah anda sering merasa bosan ?		√
5	Apakah anda punya semangat yang baik setiap saat ?	√	
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan menimpa anda ?	√	
7	Apakah anda merasa tidak bahagia ?		√
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?		√
9	Apakah anda lebih senang dirumah dari pada pergi keluar ?	√	
10	Apakah anda banyak masalah dibanding kebanyakan orang ?		√
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang menyenangkan ?	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga saat ini ?		√
13	Apakah anda merasa penuh semangat ?	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?		√
15	Apakah anda pikir bahwa 3 orang lain lebih baik dari anda ?		√

Ket : Ya = 1 , Tidak =0

Kesimpulan : 5 - 9 : Suspek Depresi

>10 : Depresi

**Interpretasi hasil klien 7 adalah suspek depresi**

## PENGAJIAN SOSIAL

Komponen		Skore	Nilai
A	Adaptation Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantupada waktu sesuatu menyusahkan saya	2 : Selalu 1:Kadang- kadang 0 : Tidak pernah	2
P	Partnership (hubungan) Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	2 : Selalu 1:Kadang- kadang 0 : Tidak pernah	2
G	Growth ( pertumbuhan ) Saya puas bahwa keluarga (teman-temansaya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	2 : Selalu 1:Kadang- kadang 0 : Tidak pernah	2
A	Affection ( afeksi ) Saya puas dengan cara keluara (teman-teman) saya mengekpresikan afek dan berspons terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	2 : Selalu 1:Kadang- kadang 0 : Tidak pernah	2
R	Resolve ( Pemecahan ) Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya menyediakan waktu bersama-sama	2 : Selalu 1:Kadang- kadang 0 : Tidak pernah	1

Penilaian :

< 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

4 – 6 : Disfungsi keluarga sedang

7 -10 : Disfungsi keluarga ringan atau tidak disfungsi keluarga

**Interpretasi hasil klien adalah Disfungsi Keluarga Sedang**

**LEMBAR PENGKAJIAN KEAMANAN RUMAH  
(HOME-Safety Assessment)**

No	Situasi dan Kondisi rumah	Ya (1)	Tidak (0)	Ket
1	Apakah penerangan rumah cukup (tidak gelap) ?	√		
2	Apakah sinar matahari dapat masuk kedalam rumah ?	√		
3	Apakah penataan barang-barang di dalam rumah rapih (tidak berantakan) ?	√		
4	Apakah di dalam rumah ada tangga atau lantai yang tidak rata ?		√	
5	Apakah lantai kamar mandi licin ?	√		
6	Apakah tempat buang air besar memakai kloset duduk ?	√		
7	Apakah tempat tidur lansia terlalu tinggi ?		√	
8	Apakah WC dekat dengan kamar lansia ?	√		
9	Apakah tempat duduk terlalu tinggi bagi lansia		√	

Hasil :

Skore lebih dari 5 : berisiko jatuh

**Interpretasi hasil klien adalah berisiko jatuh**

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU  
TA.2019/2020**

**NAMA** : Saifuddin  
**NIM** : P05120218116  
**JUDUL KTI** : Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Arthritis Rheumatoid di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019  
**PEMBIMBING** : S.Pardosi,S.Kp,S.Sos,M.Si (Psi)

<b>NO</b>	<b>MATERI KONSULTASI</b>	<b>MASUKAN PEMBIMBING</b>	<b>PARAF</b>
1	Judul	Buat sesuai saran mulai dari BAB I	
2	BAB I	Masukan data kejadian <i>arthritis rheumatoid</i> di Panti Jompo Wardana Kota Bengkulu	
3	BAB II	Tambahkan konsep-konsep lansia dan konsep <i>arthritis rheumatoid</i>	
4	BAB II	Tambahkan diagnosa keperawatan gerontik	
5	BAB III	Metodologi sesuaikan dengan panduan	
6	BAB I-III	Acc Maju Ujian Proposal	
7	BAB IV	Buat pengkajian sesuai format askep gerontik	
8	BAB IV	Masukan data pemeriksaan fisik dan data pendukung lainnya	
9	BAB V	Buat pembahasan dengan membandingkan kesenjangan teori dan kasus yang ditemukan	
10	BAB V	Lampirkan hasil pengkajian status fungsional, tingkat kemandirian, system mental dll	
11	BAB VI	Buat kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian	
12	BAB I-VI	Acc Maju Ujian Hasil	