**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *RHEUMATOID ATHRITIS* DAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

**DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN**

**SURABAYA**



**OLEH:**

**SITI HARRI SETIA NINGRUM., S.Kep**

**NIM.1930082**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *RHEUMATOID ATHRITIS* DAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

**DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN**

**SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns) di Sekolah**

**Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**OLEH:**

**SITI HARRI SETIA NINGRUM., S.Kep**

**NIM.1930082**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**HALAMAN PERYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Harri Setia Ningrum., S.Kep

NIM : 1930082

Tanggal Lahir : 21 Maret 1996

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Rheumatoid Athritis* dan Masalah Keperawatan utama Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya , saya susun tanpa Melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian peryataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

**Surabaya, 13 Juli 2020**



**Siti Harri Setia Ningrum., S.Kep**

**1930082**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Siti Harri Setia Ningrum., S.Kep

NIM : 1930082

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Rheumatoid Athritis* dan Masalah Keperawatan utama Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar.

**NERS (Ns)**

**Pembimbing**



**Yoga Kertapati., M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom**

**NIP 03042**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 13 Juli 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

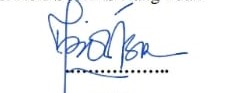
Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Siti Harri Setia Ningrum., S.Kep.

NIM : 1930082

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Diagnosa Medis *Rheumatoid Athritis* dan Masalah Keperawatan utama Gangguan Mobilitas Fisik di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

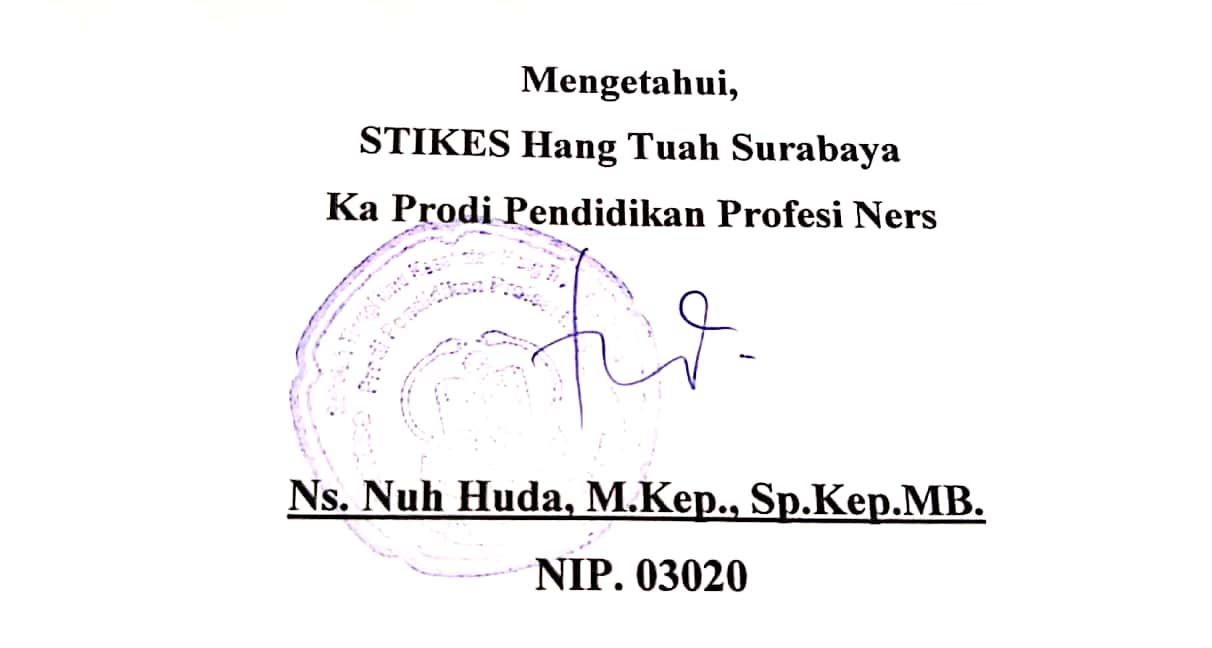
Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan diyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya. **Penguji I : Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Ke **

**NIP. 03008**



**Penguji II :. Yoga Kertapati., M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom**

**NIP. 03042**

****

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

**KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan utama *Rheumatoid Athritis* dan Masala Keperawatan utama Gangguan Mobilitas Fisik” dapat sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta menddapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menydari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesemapatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.

1. Ibu Titin selaku Kepala UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk meyusun Karya Tulis Ilmiah selama kami berada di lahan praktik.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahsiswa Profesi Ners.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
4. Pak Nuh.Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Sp.KMB selaku Kepala Program studi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
5. Pak Yoga Kertapati., M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ny. S yang bersedia dikaji, diberikan intervensi dan menjadi responden dalam Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu dan Ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan akan memberi semangat setiap hari.
8. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya pernulis berharap bahwa Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

**Surabaya 13 Juli 2020**

**Penulis**

**DAFTAR ISI**

COVER LUAR i

COVER DALAM ii

HALAMAN PERYATAAN iii

HALAMAN PERSETUJUAN iv

HALAMAN PENGESAHAN v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR GAMBAR xii

DAFTAR LAMPIRAN xiii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar belakang 1

1.2 Rumusan masalah 3

1.3 Tujuan 3

1.3.1 Tujuan umum 3

1.3.2 Tujuan khusus 4

1.4 Manfaat 4

1.4.1Manfaat teoritis 4

1.4.2 Manfaat praktis 4

1.5 Metode penulisan 5

1.6 Sistematika penulisan 5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7

2.1 Konsep menua 7

2.1.1Teori menua 7

2.1.2 Teori proses penuaan 8

2.2 Konsep lansia 11

2.2.1 Definisi 11

2.2.2 Klasifikasi lansia 12

2.2.3 Perubahan yang dihadapi lansia 12

2.3 Kosep penyakit rheumatoid arthritis 15

2.3.1 Definisi 15

2.3.2 Anatomi fisiologi 15

2.3.3 Patofisiologi 16

2.3.4 Tanda dan gejala 16

2.3.5 Manifestasi 17

2.3.6 Komplikasi 18

2.3.7 Penatalaksanaan 20

2.4 Asuhan keperawatan 21

2.4.1 Pengkajian 21

2.4.2 Pemeriksaan fisik 22

2.4.3 Pemeriksaan Penunjang 25

2.4.4 Diagnosa keperawatan 25

2.4.5 Intervensi keperawatan 26

2.5 Konsep MAP 32

2.6 Instrumen 34

2.6.1 Pengkajian keseimbangan pada lansia 34

2.6.2 Pengkajian psikososial 34

2.6.3 Pengkajian afektif 35

2.6.4 Pengkajian status sosial APGAR 35

2.6.5 Masalah emosional 35

2.6.6 Tingkat kerusakan inelektual SPMSQ 35

2.6.7 Identifikasi aspek kognitif MMSE 36

2.6.8 Pengkajian perilaku terhadap kesehatan 36

2.6.9 Tingkat kemandirian sehari-hari indek barthel 36

2.6.10 Pengkajian lingkungan 36

2.6.11 Resiko jatuh 37

BAB 3 TINJAUAN KASUS 38

3.1 Pengkajian 38

3.1.1 Anamnesis 38

3.1.2 Pemeriksaan fisik 38

3.1.3 Pengkajian keseimbangan pada lansia 39

3.1.4 Pengkajian psikososial 40

3.1.5 Pengkajian afektif 40

3.1.6 Pengkajian status sosial APGAR 40

3.1.7 Masalah emosional 41

3.1.8 Tingkat kerusakan intelektual SPMSQ 41

3.1.9 Identifikasi aspek kognitif MMSE 41

3.1.10 Pengkajian perilaku terhadap kesehatan 42

3.1.11 Tingkat kemandirian indeks barthel 42

3.1.12 Pengkajian lingkungan 43

3.1.13 Resiko jatuh 43

3.2 Analisa data 44

3.3 Prioritas masalah 45

3.4 Rencana keperawatan 46

3.5 Tindakan keperawatan dan evaluasi 49

BAB 4 PEMBAHASAN 72

4.1 Pengkajian 72

4.2 Diagnosa keperawatan 72

4.3 Rencana keperawatan 74

4.4 Tindakan keperawatan dan evaluasi 76

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN 78

5.1 Simpulan 78

5.2 Saran 79

DAFTAR PUSTAKA 80

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan 26

Tabel 3.1 Analisa data 44

Tabel 3.2 Priritas masalah 46

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 46

Tabel 3.4 Tindakan dan Evaluasi 49

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Pathway Reumatoid Atrhitis 32

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 CURRICULUM VITAE 82

Lampiran 2 MOTO DAN PERSEMBAHAN 83

Lampiran 3 PENGKAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA 84

Lampiran 4 PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL 87

Lampiran 5 PENGKAJIAN AFEKTIF *INVENTARIS DEPRESI BECK* 89

Lampiran 6 PENGKAJIAN STATUS SOSIAL MENGGUNAKAN APGAR 91

Lampiran 7 MASALAH EMOSIONAL 93

Lampiran 8 TINGKAT KERUSKAN INTELEKTUAL MENGGUNAKAN SPMSQ (*SHORT PORTABLE MENIAL STATUS QUESIONER*) 94

Lampiran 9 IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF MENGGUNAKAN

MMSE (*MINI MENTAL STATUS EXAM*) 96

Lampiran 10 PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN 99

Lampiran 11 TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM KEHIDUPAN

SEHARI HARI MENGGUNAKAN INDEKS *BARTHEL* 104

Lampiran 12 PENGKAJIAN RESIKO JATUH *MORSE FALL SCALE* 106

Lampiran 13 STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MELATIH ROM 108

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan dan sistematika penulisan pada kasus Ny.S dengan Diagnosa Medis *Rheumatoid Arhritis*.

* 1. **Latar Belakang**

Lansia adalah proses alami yang terjadi pada manusia, pada lansia mengalami perubahan yang mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuhnya (Fatmah, 2010). Seiring dengan proses menua banyak penyakit di sebabkan oleh pengapuran sendi dan akan membuat penderita mengalami nyeri sendi dan keterbatasan pada gerakan, penyakit yang terjadi pada lansia salah satunya adalah *rheumatoid arthritis*. *Rheumatoid arthritis* merupakan penyakit autoimun dan inflamasi pada system imun, menyerang tubuh yang sehat dan mengakibatkan pembengkakan sehingga menimbulkan rasa nyeri pada sendi (Heidari, 2011). Pada penderita dengan *rheumatoid arthritis* nyeri dan perusakan sendi mengakibatkan menderita cacat permanen dan kematian premature berdampak pada psiko, sosial dan ekonomik yang berat (Tjokroprawira, 2015). Penurunan gerakan serta kemampuan aktivitas musculoskeletal menyebabkan turunya akitivitas fisik dapat mempengaruhi lansia melakukan aktivitas sehari-hari (Evalina & Bagus, 2015). Masalah keperawatan yang dapat muncul adalah Gangguan mobilitas fisik, terbatasnya pergerakan fisik dari satu ataupun lebih ektermitas. Nyeri kronis berkaitan dengan rusaknya jaringan actual, terjadi antara mendadak dan bisa juga lambat. Dengan keadaan tingkatan ringgan hingga berat berlangsung selama lebih 3 bulan. Resiko jatuh yang berisiko

terjadi kerusakan fisik dan gangguan lain akibat jatuh (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017).

Di dunia rematik merupakan penyakit musculoskeletal yang sering terjadi, angka kejadian rematik menurut *Word Health Organization* (WHO) tahun 2010 mencapai 20% dari penduduk dunia yang telah terserang rematik. Dimana 5-10% berusia 5-20 tahun dan 20% berusia 55 tahun pada tahun 2012 meningkat 25%, rheumatoid artrhirits bentuk umum dari atritis autoimun berpengaruh pada 1,3 juta orang di Amerika sekitar 75% terjadi pada perempuan . Data Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) 2013 menujukkan prevalensi penyakit sendi di Indonesia berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan 11,9% Di jawa timur sebanyak 17,2% .

Rheumatoid arthritis merupakan autoimun yang menyebabkan inflamasi sendi yang berlangsung kronik dan mengenai lebih dari lima sendi (Pradana, 2012). Inflamsi mula-mula terjadi pada sendi-sendi sinovial edema kongesti vaskuler, eksduat fibrin dan inflamasi selular, peradangan yang berkelanjutan. Sinovial menjadi menebal terutama pada sendi altirual kartilago dari sendi pada persendian granulasi membentuk panus yang menutupi kartilago. Panus masuk ketulang subkondria, jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago articular. Kartilago menjadi nekrosis tingkat erosi dari kartilago menentukan tingkat ketidak mampuan sendi. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka menjadi adhesi di antara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa atau tulang bersatu. Karusakan kartilago dan tulang menyebabkan tendon dan ligament menjadi lemah dan ligament menjadi lemah dan bisa menimbulkan dislokasi dari persendian.

Dilakuakan tindakan keperawatan ROM aktif untuk menggurangi kekakuan sendi pada klien, ROM sendiri diartikan sebagai dasar untuk menetapkan kelainan pada gerakan sendi yang abnormal. ROM aktif adalah latihan sendi yang mengalami kelemahan otot lengan ataupun kaki dengan begitu dapat mempertahankan tingkat fungsi yang ada, mecegah komplikasi dan merangsang sirkulasi darah (Suratun et al, 2008). Terapi untuk meredakan nyeri, kurangi inflamasi, menghentikan kerusakan sendi dan meningkatkan kemampuan fungsi. Dilakukan terpi bertujuan untuk meredakan manifestasi, keseimbangan istirahat, latihan terapi fisik dan proses terjadi inflamasi (Lemone, 2015). Ada banyak aktivitas keperawatan nonfarmakologi untuk menghilangkan nyeri (Hyulita, 2014) kompres panas, dingin, Tarik nafas dalam, hypnosis, senam rematik untuk menghilangkan nyeri (Afnuhazi, 2018). Bisa juga dengan kompres hangat jahe dan kompres sereai hangat (Hyulita, 2014). Penanganan yang dapat dilakuakn pada klien dengan resiko jatuh yaitu dapat memfasilitasi klien untuk menggunakan alat bantu jalan seperti kruk, menyarakan klien untuk menganti alas kaki yang tidak licin dan saat berjalan untuk menjaga keseimbangan.

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Lansia pada Ny.S yang mengalami *rheumatoid arthritis* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik?

* 1. **Tujuan** 
     1. **Tujuan Umum**

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.

* + 1. **Tujuan khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.
2. Mampu menganalisa data untuk merumuskan masalah pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.
3. Mampu menyusun diagnosa pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.
4. Mampu merencakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *rheumatoid arthritis*.
   1. **Manfaat** 
      1. **Manfaat Teoritis**

Hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi acuan dan dapat diaplikasikan demi perkembangan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang.

* + 1. **Manfaat Praktis**

1. Bagi Penulis

Sebagai sarana pengaplikasian teori yang sudah didapat dan menambah pengetahuan serta wawasan di lapangan.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi salah satu masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khusunya di bidang keperawatan.

1. Bagi UPTD Griya Werdha Jambangan SurabayaDiharapkan dapat menjadi tolak ukur dalam melakukan Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan Rheumatoid Athritis.
2. Bagi Klien

Diharapkan dapat menambah informasi dan pengetahuan tetang penyakit yang diderita.

* 1. **Metode Penulisan**

Metode penulisan karya ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan teknik srudi kepustakaan dan studi kasus. Untuk mendapatkan informasi yang diperlukan, penulis menggunakan pengumpulan data dengan cara wawancara dan observasi.

1. Wawancara dilakukan langsung dengan pasien untuk mendapatkan data-data yang akurat dan jelas mengenai masalah pada pasien.
2. Observasi dilakukan secara langsung pada pasien pengenai perkembangan, pengobatan, perawatan hasil tindakan yang telah diberikan.
   1. **Sistematika Penulisan**

BAB 1 PENDAHULUAN

Meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2 TINJAUAN TEORI

Meliputi konsep dasar penyakit, anatomi fisiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, manifestasi, komplikasi, penatalaksanaan, asuhan keperawatan, konsep map dan instruumen

BAB 3 TINJAUAN KASUS

Laporan kasus dari hasil pengamatan dan observasi secara langsung pada pasien dalam bentuk narasi.

BAB 4 PEMBAHASAN

Membahas kesenjangan atara asuhan keperawatan menurut teori dengan tujuan kasus dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperaatan sesuai dengan kasus.

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.
2. Saran meningkatkan kinerja perawat.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menjelaskan tentang konsep, landasan teori dan berbagai aspek terkait dengan topik pada Karya Ilmiah Akhir, meliputi : Konsep menua, Konsep Lansia, Konsep Penyakit *Rheumatoid Arthritis*, Asuhan Keperawatan, dan Instrumen.

* 1. **Konsep Menua** 
     1. **Teori menua**

*Aging*  merupakan proses yang terjadi secara umum yang menghasilkan perubahan, menyebabkan disfungsi organ dan menyebabkan kegagalan suatu organ atau system tubuh. Teori penuaan menurut Fatmah (2010) antara lain:

1. Teori system organ dan terori kekebalan tubuh, adanya hambatan dari organ tertentu dalam tubuh menyebabkan proses penuaan, organ tersebut adalah system endokrin dan system imun*.* Proses penuaan kelenjar timus mengecil dan menurunkan fungsi imun, turunnya system imun menibulkan peningkatan pada usia berhubungan dengan meningkatnya insiden penyakit. Sedangkan kekebalan tubuh memandang proses penuaan akibat penurunan system secara bertahap, hingga tubuh tidak dapat mempertahan diri pada luka, sel imun atau penyakit.
2. Adaptasi stress, merupakan proses menua adaptasi terhadap stress yang berasal dari dalam atau luar berupa fisik, psikologi atau sosial. Menurut toeri psikososial semakin lanjut usia maka akan memperhatikan dirinya dari arti hidup kurang memperhatikan peristiwa atau isu yang terjadi.
   * 1. **Teori Proses Penuaan**

Menurut Aspiani (2014) ada beberapa teori berkaitan dengan proses penuaan teori biologi, psikososial dan teori lingkungan:

1. Teori Biologi

Perubahan terjadi dalam struktur dan fungsi tubuh selama masa hidup, perubahan kondisi tingkat structural sel atau organ tubuh adalah pengaruh patologis. Dalam teori ini berfokus pada determinan menghambat proses penurunan fungsi organisme dalam konteks sistemik dapat mempengaruhi dampak terhadap organ tubuh lainnya dan berkembang sesuai tingkat usia kronologis.

1. Teori Genetik Clock

Proses menua terjadi karena program jam genetic didalam nuclie jam ini berputar pada waktu tertentu bila jam berhenti berputar akan menyebabkan berhenti proses miotsis radiasi zat kimia memperpendek umur karena terjadi mutase progresif DNA sel kromatik menyebabkan penurunan kemampuan fungsi sel tersebut.

1. Teori Error

Proses menua dikaitakn dengan menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia karena kesalahan akan mengakibatkan metabolisme dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan. Sejalan dengan umur sel tubuh terjadi perubahan alami pada sel DNA dan RNA merupakan susbstansi pembangunan atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel nucleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

1. Teori Autoimun

Adanya penurunan fungsi system imun lebih tampak pada limposit-T disamping perubahan juga terjadi pada limposit –B perubahan yang terjadi meliputi penurunan system imun humoral yang dapat menjadi faktor predisposisi orang tua.

1. Teori Free Radical

Proses menua terjadi akibat kurang efektifnya fungsi tubuh dipengaruhi oleh adanya berbagai radikal bebas dalam tubuh radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia hingga menjadi salah satu hasil kerja metabolisme tubuh.

1. Teori Kolagen

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel pada tubuh rusak.

1. Wear Teori Biologi

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

1. Teori Psikososial
2. Activity Theory (teori aktivitas)

Individu mampu eksis dan aktif dalam kehidupan sosial, aktivitas dalam teori ini mempertahankan rasa kepuasan pribadi yang positif.

1. Contiunitas Theory (teori kontiunitas)

Kondsi tua adalah kondisi yang terjadi pada orang dengan lanjut usia, kepribadian lanjut menyebabkan adanya pola perilaku meningkatkan stress.

1. Disanggement Theory

Putusnya hubungan dunia luar seperti denganmasyarakat, hubungan dengan individu lain.

1. Teori Stratifikasi Usia

Karena orang yang digolongkan dengan usia tua mempersepat proeses tua.

1. Teori Kebutuhan Manusia

Dapat mencapai aktualisasi 5 % dan tidak semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.

1. Jung Theory

Terdapat tingkatan hidup mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.

1. Course of Human Life Theory

Seorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimumnya.

1. Development Task Theory

Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

1. Teori Lingkungan
2. Radiation Theory

Setiap hari manusia terpapar dengan adanya radiasi baik karena sinar eltravialet dalam bentuk gelombang mikro dapat mengakibatkan perubahan susunan DNA dalam sel hidup ataupun mati.

1. Stress Theory

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

1. Pollution Theory

Tercemarnya lingkungan dapat mengakibatkan tubuh mengalami gangguan pada system psikoneuroimunologi yang seterusnya mempercepat terjdinya proses menua dengan perjalanan yang masih rumit unuk di pelajari.

1. Exposure Theory

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

* 1. **Konsep Lansia** 
     1. **Definisi**

Lansia adalah suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa, semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua adalah kehidupan yang terakhir. Manusia mengalami kemunduran secara fisik, mental dan sosial secara bertahap (azizah,2011). Semua makhul hidup memiliki kehidupan menjadi tua diawali dengan proses kelahiran, tumbuh dewasa, berkembang biak, menjadi tua dan akhirnya meninggal. Pada dasarnya proses menua adalah terjadi kemunduran atau penurunan (suardiman,2011).

* + 1. **Klasifikasi lansia**

Menurut WHO (dalam Maryam, 2008) klasifikasi lansia dikelompokkan menjadi 4:

1. usia pertengahan atau *middle age* usia 45-59 tahun.
2. Lanjut usia atau *elderly* usia 60-74 tahun.
3. Lanjut usia tua atau *old* usia 75-90 tahun.
4. Usia sangat tua atau *very old* usia > 90 tahun.
   * 1. **Perubahan yang dihadapi lansia**

Menurut Aspiani (2014) perubahan yang terjadi pada lanisa yaitu:

1. Perubahan Fisik
   1. System Endokrin

Kelenjar buntu dalam tubuh manusi yang memproduksi hormone, perubahan hormone pertubuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan dan metabolism organ tubuh.

* 1. Sel

Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurang cairan intraseluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati. Jumlah sel otak menurun.

* 1. System Kardiovakuler

Kemmapuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Kehilangan elastisitas pembuluh darah kurangnya aktivitas pembuluh drah perifer untuk organisasi perubahan posisi dari tidur ke duduk atau sebaliknya menyebabkan tekanan darah menurun, tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningktnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

* 1. System Pernafasan

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menkjadi kaku, menurunya aktivitas cilia, alveoli ukurannya melebar dari biasanya dan jumlahnya berkurang. Kemampuan untuk batuk berkurang kemampuan diding dada menurun seiring bertambahnya usia.

* 1. System Persyrafan

Berat otak menurun 10-20%, respon lambat dan waktu bereaksi juga lambat, menurunnya saraf panca indra kurang sensitive terhadap sentuhan.

* 1. Sistem Gastrointestinal

Kehilngan gigi, indra pengecap menurun, esophagus melebar, pada lambung rasa lapar menurun, asam lambung menurun, fungsi absorpsi melemah, liver makin mengecil.

* 1. System genitourinaria

Ginjal merupkan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh memlalui urin pada otot veiska urinaria melemah kapasitas meurun menjadi 200 ml, pemebsaran prostat kurang lebih 75% dialami oleh pria diatas usia 65 tahun.

* 1. System Indra: Pendengaran, penglihatan perabaan

Organ sensori pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba dan penghirup mmeumngkinkan kita berkomunikasi dengan lingkungan. Pesan yang diterima membuat mempunyai orientasi, ketertarikan dan pertentangan kehilngan sensorik akibat penuaan merupakan saat dimana lansia menjadi kurang kinerja fisinya dan lebih banyak duduk.

* 1. System Integumen

Fungsi kulit meliputi proteksi, peruahan suhu, sensasi dan ekskresi dengan bertambahnya usia terjadilah perubahan intrinsic yang mempengaruhi penampilan kulit.

* 1. System Muskuloskeletal

Tulang kehilangan denstisy makin rapuhdan osteoporosis, pingang dan lutut dan jari-jari pergelngan terbatas. Persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan mengalami sclerosis.

* 1. System Reproduksi dan Seksualitas

Fungsi seksual cenderung menurun dan secara bertahap tiap tahun, selaput lendir vagina menurun. Atrofi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

1. Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif pada lansia dapt berubah sikap semakin egosentrik, mudah curiga, tambah pelit, cenderung ingin memperahankan hak dan hartanya, serta igin tetap berwibawa. Mereka tetap ingin memiliki peran dalam keluarga ataupun masyarakat.

1. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialami lansia erat kaitannya dengan keterbatasan produktifitas kerjanya, seorang lansia memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan finansial, jabatan, kehilangan aktivitas.

* 1. **Konsep Penyakit *Rheumatoid Arthritis*** 
     1. **Definisi**

Rheumatoid arthritis adalah penyakit autoimun yang ditandai oleh peradangan dan pembengkakan synovial sendi , tulang rawan dan kerusakan tulang, dan fitur sistemik termasuk gangguan kardiovaskular, paru, psikologis dan tulang, penyebabnya tidak diketahui tetapi ada resiko yang diturunkan, serta peningkatan resiko dari beberapa paparan lingkungan dan infeksi (Mclnness, 2011).

Arthritis rheumatoid merupakan penyakit yang menyerang persendian dan struktur disekitarnya, jika tidak segera di tangani dapat membuat anggota tubuh tidak berfungsi dengan normal, mulai dari benjol, kaku pada sendi, sulit berjalan dan juga bisa cacat seumur hidup (Biomedis, 2009)

Yang berarti rheumatoid arthritis adalah inflamasi sistemik yang mempengaruhi jaringan dan organ, yang menyerang synovial sendi. Proses respon inflamasi dari sinovium sekunder pembengkakan sel synovial dan pengembangan jringan fibrosa di synovium.

* + 1. **Anatomi Fisiologi**

Sendi atau artikulasio adalah istilah yang digunakan untuk pertemuan antara dua atau beberapa tulang rangka, terdapat tiga jenis sendi utama:

1. Sendi fibrus aladalah sendi yang yang tak dapat bergerak maka tidak mungkin ada gerakan di antara tulang-tulangnya
2. Sendi tulang rawan atau amfiartroses adalah sendi dengan gerakan sedikit dan permukaannya dipisahkan bahan antara dan hanya sedikit gerakannya misalnya pada simfisis pubis, sendi antara manubrium dan badan sternum. Sendi temporer atau sendi tulang rawan.
3. Sendi synovial atau diatrosis persendian ini bergerak bebas dan terdapat banyak ragamnya, semua memiliki ciri yang sama. Terdapat enam jenis yaitu, sendi datar atau sendi geser, sendi putar, sedndi engsel, sendi kondiloid, sendi berporos atau sendi putar dan sendi pelana atau sendi yang timbal balik menerima (Pearce, 2011).
   * 1. **Patofisiologi**

Pada rheumatoid atrhitis reaksi autoimun terutama terjadi pada jaringan synovial, proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, poliferasi membrane synovial dan akhirnya membentuk panus, panus akan menghancurkan tulang rawan dan dan menimbulkan erosi tulang, akibat menghilangkan permukaan sendi yang akan menganggu gerak sendi. Otot akan terut terkena serabut otot akan mengalami perubahan generative dengan kehilangan elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot. Membaran sinovial rusak akibat inflamasi dan imun. Membrane sinovial membengkak akibat infiltrasi leukosit menebal karena karena sel berpoliferasi dan membesar secara abnormal. Prostaglandin memicu fase dilatasi dan sel sinovial dan jaringan menjadi hiperaktif. Pembuluh darah baru tumbuh untuk menyokong hyperplasia sinovial, membentuk jaringan glanulasi vascular disebut pannus (Lemone, 2015).

* + 1. **Tanda dan Gejala**

1. Kekakuan pada sendi yang berlansgung selama 20-30 menit pada pagi hari.
2. Bengkak pada beberpa sendi pada saat yang bersamaan.
3. Bengkak dari nyeri pada umumnya terjadi pada sendi-sendi tangan.
4. Bengkak dan nyeri biasanya terjadi secara bersamaan pada keduanya dan umumnya terjadi pada tangan.
5. Sakit atau radang dan terkadang bengkak dibagian persendian pergelangan jari, tangan, kaki, bahu, lutut, pingang, pungung dan sekitar leher.
6. Dapat berpindah-pindah tempat dan bergantian dan bahkan sekaligus berbagai persendian.
7. Muncul saat makan makanan seperti sayur bayam, kangkung, kelapa, santan dan lain-lain (Haryono, 2013)
   * 1. **Manifestasi**

Gejala klinis tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena itu penyakit ini memiliki gejala yang sangat berfariasi

1. Gejala-gejala konstisutional, seperti lelah, anoreksia, berat badan turun dan demam.
2. Poliaritis simetris terutama pada sendi perifer termasuk sendi-sendi pada legan, hampir semua sendi diatrodial dapat terserang.
3. Nyeri ul akibat aktivitas dan hilang setelah istirahat serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang saat melakukan aktivitas.
4. Kekakuan sendu pada pagi hari lebih dari 1 jam, dapat bersifat generalist tetapi terutama menyerang sendi- sendi, kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
5. Atritis erosif merupakan ciri khas penyakit pada gambaran kardiogenik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi ditepi tulang.
6. Deformitas kerusakan dari struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Deformitas tangan yang sering di jumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (benjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari sirkulasi metatarsal. Sendi – sendi yang besar juga dapat terangsang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.
7. Nodula rheumatoid lokasi paling dari deformitas ini kaku sendi atau disepanjang trauma ekstensor dari lengan, nodula-nodula ini juga dapat timbul pada tempat-tempat lainnya.
8. Manifestasi ekstra articular, rheumatoid arthritis dapat menyerang organ lain selain sendi. Jangtung (pericarditis), paru-paru (pleuritis), mata dan pembuluh darah dapat rusak (Aspiani, 2014).
   * 1. **Komplikasi**
9. System respiratori

Biasanya terjadi nyeri tenggorokan, nyeri telan yang terasa lebih berat pada pagi hari, pada rheumatoid arthritis dapat di juga terjadi efusi pleura dan fibrosis paru yang lebih luas.

1. System kardiovaskular

Jarang di jumpai pericarditis berupada nyeri dada atau gangguan faal jantung, pada beberapa pasien dapat juga di jumapai gejala pericarditis berat. Lesi inflamasif menyerupai nodul rheumatoid dapat dijumapai miokardium dan katup jangtung, lesi ini dapat menyebabkan disfungsi katub, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortitis dan kardiomiopati.

1. System gastrointestinal

Kelainan system pencernaan yang sering di jumapai adalah gastritis dan ulkus peptic merupakan komplikasi utama pada pencernaan. Obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat mengubah perjalanan penyakit *disease modiflying antirheumatoid drugs* (DMARD) menjadi factor penyebab morbiditas dan mortalitas utama rheumatoid arthritis.

1. System persyarafan

Komplikasi neurologis yang sering dijumpai umumnya tidak memberikan gambaran yang jelas sehingga sukar untuk membedakan komplikasi neurologis lesi articular dari lesi neuropatik. Komplikasi neurologis pada umumnya berhubungan dengan melopati akibat instabilitas vertabre, servikal, neuropati jepitan dana tau neuropati iskemik akibat vasculitis.

1. System perkemihan

Jarang dijumpai kelainan glomerular, jika pada pasien rheumatoid atrhitis dijumpai proteinuria, umumnya hal ini lebih sering disebabkan karena efek samping pengobatan seperti garam emas dan D-penisilamin atau terjadi sekunder akibat amyloidosis. Penggunaan OAINS yang tidak terkontrol dapat menimbulkan nekrosis papilar ginjal.

1. System hemotologis

Anemia akibat penyakit kronik yang di tandai dengan gambaran eritrosit normositik-normokromik (hipokromik ringan) yang disertai dengan kadar besi serum yang rendah serta kapasitas peningkatan besi yang normal atau rendah merupakan gambaran umum yang sering dijumpai pada rheumatoid atrhitis. Anemia akibat akibat penyakit kronik harus dibedakan dari anemia defisiensi besi yang juga dapat dijumpai pada rheumatoid arthritis akibat penggunaan OAINS atau DMARD yang menyebabkan erosi mukosa lambung (Aspiani, 2014).

* + 1. **Penatalaksanaan**

1. Medikamentosa, obat anti inflamasi nonsteroid ( OAINS) bekerja hanya sebagi analgesic dan mengurangi peradangan, tidak mampu menghentikan proses patologis. Analgesic yang dapat di pakai asetaminofen dosis 2,6- 4 g/hr atau propeksifen HCL, asam salisilat juga cukup efektif namun perhatikan efek samping pada saluran cena dan ginjal.
2. Perlindungan sendi dengan koreksi postur tubuh yang buruk, penyangga untuk lordosis lumbal, menghindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit, dan pemakaian alat-alat untuk meringankan kerja sendi.
3. Diit untuk menurnkan berat badan dapat mengurangi timbulnya keluhan.
4. Dukungan psikososial
5. Fisioterapi dengan pemakaian panas dan dingin, serta program lahitan yang tepat.
6. Operasi dengan pertimbangan pada sendi dengan nyeri menetap dan kelemahan fungsi (Khalid, 2012).
   1. **Asuhan Keperawatan** 
      1. **Pengkajian**

Anamnesis dilakukan untuk mengetahui nama, jenis kelamin, pada penderita ehumatoid arthtritis lebih sering terjadi pada perempuan, usia paling tinggi terjadi pada 65 tahun, lamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan pekerjaan, asuransi, golongan darah nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosis medis. Pada umunya keluhan utama rheumatoid arthritis adalah nyeri pada sendi yang mengalami masalah, pengkajian nyeri menggunakan PQRST. Provoking incident menjadi factor presipitasi nyeri adalah peradangan, Quaility of paint nyeri yang dirasakan atau digambarakan bersifat seperti menusuk, region nyeri dapat menyebar dan menjalar dan nyeri terjadi pada sedni yang mengalami masalah, savarity nyeri yang dirasakan ada di antara 1-3 pada rentang skala pengukuran 0-4 atau bagaimana tingkat keparahan atau intensitas nyri. Time berapa lama nyeri berlagsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

Riwayat penyakit sekarang pengumpilan data dilakukan sejak keluhan muncul pada rheumatoid arthritis stadium awal ditandai dengan keadaan umum malaise, penurunan berat badan, rasa capek, sedikit panas dan anemia. Gejala local yang terjadi berupa pembengkakan, nyeri dan gangguan gerak pada sendi metakarpofalangeal. Perlu dikaji kapan gangguan sensorik muncul. gejala awal terjadi pada sendi, persendian yang paling sering terkena sendi tangan, pergelangan tangan, dan pergelangan kaki dan biasanya bersifat simetris. Riwayat penyakit dahulu ditemukan kemungkinan penyebab mendunkung terjadi rheumatoid arthritis, penyakit tertentu seperti penyakit diabetes menghamat proses penyembuhan rheumatoid arthritis masalah yang lain perlu ditanyakan adalah apakah klien pernah dirawat dengan masalah yang sama. Riwayat penyakit keluarga kaji tentang apakah keluarga dari generasi terdahulu ada yang mengalami hal yang sama.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

Setelah anamnesis pemeriksaan fisik sangat mendukung data anamnesis pemeriksaa fisik dilakukan persistem mulai dari B1 samapai dengan B6 terkait dengan keluhan klien.

1. B1 *breathing* : tidak menujukkan kelainan system pernapasan pada inspeksi, palpasi thoraks menukkan taktil fremitus simbang kanan dan kiri. Pada aukultasi tidak ada suara napas tambahan.
2. B2 *blood* : tidak ada iktus kordis jantung pada palpasi, nadi mungkin meningkat, iktus tidak teraba. Pada auskultasi ada S1 dan S2 tunggal dan tidak ada murmur.
3. B3 *brain*: kesadaran biasanya komposmentis pada kasus yang lebih parah klien dapat mengeluh pusing dan gelisah. Kepala dan awajah ada sianosis, mata sklera biasanya tidak ikterik, leher biasanya JVP dalam batas normal, telinga tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal tidak lesi atau nyeri tekan, hidung tidak ada deformitas tidak ada pernafasan cuping hidung, mulut dan faring tidak ada pemebesaran tonsil gusi tidak terjadi perdarahan dan mukusa mulut tidak pucat, status mental penampilan dan perilaku biasanya tidak mengalami perubahan.

Pemeriksaan saraf kranial :

Saraf I olfaktorius: biasanya pada pasien rheumatoid arthtritis tidak ada kelainan dan fungsi penciuman.

Saraf II optikus: tes ketajaman penglihatan normal

Saraf III okulomotorius, Saraf IV troklearis, Saraf VI trigeminus. Biasanya tidak ada gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor.

Saraf V abdusens: umumnya tidak terjadi paralisi pada otot wajah dan reflex kornea biasanya tidak ada kelainan.

Saraf VII fasialis : persepsi pengecapan dalam batas normal dan wajah simetris.

Saraf VIII akustikus: tidak di temukan tuli kondusif atau tuli persepsi.

Saraf IX glosofaringeus dan Saraf X vagus: kemampuan menelan baik.

Saraf XI aksesoris: tidak ada atrofi otot sternokleudomatoideus dan trapezinus.

Saraf XII hipoglosus: lidah simetris tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi, indra pengecapan normal.

1. B4 *bledder* : produksi urin biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada system perkemihan.
2. B5 *bowel* : umumnya tidak mengalami gangguan eliminasi, meskipundemikian perlu dikaji frekuensi, konsistensi, warna sera bau feses. Fekuensi berkemih, kepekatan urin, warna bau dan jumlah urin juga dikaji. Gangguan gastrointestinal yang sering adalah mual, nyeri lambung, yang menyebabkan klien tidak nafsu makan terutama klien yang menggunakan obat reumatik dan NSAID. Peristaltic yang menurun menyebabkan klien jarang defekasi.
3. B6 *bone* : *look* didapatkan pembengkakan yang tidak biasa (abnormal) deformitas pada sendi tangan, pergelangan kaki, adanya degenerasi serabut otot memungkinkan terjadi pengecilan, atrofi otot yang disebabkan oleh tidak digunakannya otot akibat inflamasi sendi. *Feel* nyeri tekan pada sendi yang sakit. *Move* ada gangguan mekanis dan fungsional pada sendi yang sakit. Klien sering mengalami kelemahan fisik sehingga menganggu aktifitas hidup sehari-hari (Muttaqin,2008).

Aktivitas istirahat gejala nyeri tejadi akibat pergerakan, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat dan pekerjaan. Tanda malaise keterbatasn rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktur atau kelainan pada sendi dan otot. Kardiovaskular gejala fenomena pucat intermiten, sianotik, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna menjadi normal. Makanan dan cairan gejala ketidak mampuan mengkonsumsi makanan atau cairan adekuat, mual, anoreksia dan kesulitan untuk mengunyah. Tanda penuruan berat badan dan membrane mukosa kering. Higine gejala berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri, ketergantungan pada orang lain. Neurosensory gejala kesemutan pada tangan dan kaki, hilangya sensasi pada jari tangan, gejala pemebngkakan sendi simetris. Nyeri atau kenyamanan gejala fase akut dari nyeri diseratai atau tidak disertai dengan pemebengkakan jaringan lunak pada sendi, rasa nyeri kronis dan kekuan terutama pada pagi hari. Keamanan gejala kulit mengilat, tegang, nodus subkutaneus, lesi kulit, ulkus kaki (Ningsih, 2009).

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

1. Laju endap darah (LED) meningkat (80-100 mm/h) kembali (v) sewaktu gejala-gejala meningkat.
2. Protein c-reaktif: positif
3. Sel darah putih meningkat pada waktu timbul proses inflamasi 500-50.000 mm/h
4. Reaksi aglutinasi : lebih dari 50%
5. Ig (Ig M dan E) hasil menujukkan peningkatan proses autoimun
6. Sinar x dari sendi yang sakit menujukkan pembengkakan pada jaringan luna, erosi sendi dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan berkembang menjadi formasi kist tulang. Memperkecil jarak sendi dan sublukasio.
7. Scan radio nuklida identifikasi peradangan synovium
8. Arthropi langsung aspirasi cairan synovial
9. Biopsy membrane synovial menujukkan inflamasi dang perkembangan panas.
   * 1. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan menurut (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017)

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054).
2. Nyeri kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078).
3. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (D.0083).
4. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109).
5. Anseatas b.d kurang terpapar informasi (D.0080).
   * 1. **Intervensi Keperawatan**

**Tabel 2.1 Intevensi Keperawtan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1. | Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017) | Setelah di lakukan tindakan keperawatan 7x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042) (Persatauan Perawat Nasional Indonesia, 2019):   1. Pergerakan ektermitas 5 (meningkat) 2. Kekuatan otot 5 (meningkat) 3. Rentang gerak (ROM) 5 (meningkat) 4. Nyeri 5 (menurun) 5. Kaku sendi 5 (menurun) 6. Gerakan terbatas 5 (menurun) 7. Kelemahan fisik 5 (menurun) | Intervensi utama  Dukungan Mobilisasi (I.05173) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018)  Observasi :   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.   Terapeutik :   1. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu.   Edukasi :   1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. | 1. Mengetahui kondisi klien, saat melakukan pengkajian awal. 2. Mengetahui kemampuan pergerakan pada klien. 3. Mengurangi resiko terjadinya cedera pada klien. 4. Membantu klien dalam beraktivitas. 5. Memberikan pengetahuan kepada klien terkait prosedur mobilisasi. 6. Melatih klien agar tidak menjadi kaku. |
| 2. | Nyeri kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078) | Setelah dilakukan tindakan keprawatan 7x24 jam di harapkan tingkat nyeri menrun dengan kriteria hasil (L.08066) :   1. Kemampuan menuntaskan aktivitas 5 (meningkat) 2. Keluhan nyeri 5 (menurun) 3. Meringis 5 (menurun) 4. Sikap protektif 5 (menurun) 5. Gelisah 5 (menurun) 6. Kesulitan tidur 5 (menurun) | Intervensi utama  Manajemen Nyeri (I.08238)  Observasi :   1. Identoiifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.   Terapeutik :   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri.   Edukasi :   1. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri   Kolaborasi :   1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu. | 1. Mengetahui keadaan klien tentang kondisi yang di rasakan. 2. Untuk mengetahui nilai nyeri yang dirasakan oleh klien 3. Untuk mengetahui keadaan yang memperberat status nyeri yang dirasakan oleh klien 4. Dapat dilakukan selain mengkonsumsi obat farmakologi untuk merekan nyeri yang dirasakan. 5. Memberikan pengetahuan kepada klien untuk cara merekan nyeri yang dirasakan. 6. Untuk meredakan rasa nyeri yang disrasakan oleh klien. 7. Membantu mengurangi rasa nyeri dengan cara farmakologi. |
| 3. | Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (D.0083)(Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017) | Setelah dilakukan tindakan keprawatan 3x24 jam di harapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil (L.09067) (Persatauan Perawat Nasional Indonesia, 2019);   1. Melihat bagian tubuh 5 (membaik) 2. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh 5 ( menurun) 3. Verbalisasi perubahan gaya hidup 5 (menurun) | Intervensi utama  Promosi Citra Tubuh (I.09305) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018):  Observasi :   1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan. 2. Monitor frekuensi pertanyaan kritik terhadap diri sendiri. 3. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah.   Terapeutik :   1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya. 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri. 3. Diskusikan cara pengembangan harapan citra tubuh secara realistis.   Edukasi :   1. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh. 2. Latih fungsi tubuh yang dimiliki. 3. Latih peningkatan penampilan diri. | 1. Untuk mengetahui pandangan diri dari klien. 2. Mengetahui frekuensi klien mengkritik dirinya sendiri. 3. Mengetahui kondisi yang sudah berubah pada klien 4. Mengetahui perubahan dan dan fungsi pada tubuh klien saat ini 5. Membuat klien menerima keadaanya saat ini 6. Membantu klien menerima kadaan saat ini yang ada pada klien 7. Mengetahui gambaran diri yang dirasakan oleh klien 8. Membuat klien percaya diri terhadap keadaannya saat ini 9. Meningkatkan kepercayaan diri pada klien |
| 4. | Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik (D.0109) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017) | Setelah di lakukan tindakan keperawan 1x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.11103) (Persatauan Perawat Nasional Indonesia, 2019):   1. Kemampuan makan 5 ( meningkat) 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 5 (meningkat) 3. Mempertahankan kebersihan diri 5 (meningkat) | Intervensi utama  Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018):  Observasi :   1. Identivikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.   Terapeutik :   1. Sediakan lingkungan yang terapiutik. 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 3. Fasilitasi kemandirian, jika tidak mampu melakukan perawatan diri.   Edukasi :   1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | 1. Mengetahui kebiasaan perawatan diri pada klien. 2. Mengetahui kemampuan klien melakukan kemandirian dalam melakukan perawatan diri 3. Mengetahui apakah klien tau tentang kebutuhan kebersihan diri 4. Untuk memberikan situasi yang nyaman 5. Membantu dalam melakukan perawatan diri agar nantinya klien dapat melakukannya sendiri. 6. Membantu klien dalam melakukan perawatan diri. 7. Agar perawatan diri meningkat menjadi lebih baik. |
| 5. | Anseatas b.d kurang terpapar informasi (D.0080) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil (L.09093) (Persatauan Perawat Nasional Indonesia, 2019):   1. Verbalisasi kebingungan 5 (menurun) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 5 (menurun) 3. Perasaan keberdayaan 5 (membaik) | Intervensi utama  Reduksi Ansietas (I.09314) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018):  Observasi :   1. Identifikasi saat ansietas berubah. 2. Iidentifikasi pengambilan keputusan. 3. Monitor tanda-tanda ansietas.   Terapeutik :   1. Pahami situasi yang mebuat ansiteas. 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.   Edukasi :   1. Anjurkan mengunkapkan perasaan dan persepsi. 2. Latih teknik relaksasi   Kolaborasi :   1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika diperlukan. | 1. Mengetahui keadaan ansietas. 2. Mengetahui cara klien dalam mengambil keputusan saat ansietas muncul 3. Mengetahui keadaan seperti apa yang terjadi pada klien saat ansietas muncul. 4. Mengetahui keadaan klien yang memicu timbulnya ansietas pada klien. 5. Membuat klien nyaman dan aman, tidak menambah kecemasan pada klien 6. Membantu mengurani rasa cemas 7. Membantu klien meluapkan apa yang dirasakannya 8. melatih klien untuk tenang agar tidak menimbulkan kecemasan yang berlebih 9. mengurangi rasa cemas yang dirasakan oleh klien dengan farmakologi. |

**2.5 Konsep MAP**

Inflamsi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, metabolic, dan faktor genetic, serta faktor lingkungan

Rheumatoid arthritis

Gambaran khas nodul subkutan

Kelianan pada jaringan ekstra articular

Kelainan pada tulang

Tenosinovilis

sinovitis

Erosi tulang & kerusakan pada tulang rawan

Invasi kolagen

Kelenjar limfe

Hiperemia dan pembengkakan

Inflamsi keluar ekstra artikular

Saraf

Sistemik

Miopati

Rupture tendon secara parsial atau total

Anemia osteoporosis generalista

Splenomegali

Atrofi otot

Instabilitas dan deformitas sendi

Nekrosis dan kerusakn dalam ruang sendi

**Gangguan mobilitas fisik**

Neuropati perifer

Gangguan mekanis dan fungsional pada sendi

Kelemahan fisik

**Nyeri**

**Gangguan sensorik**

**Defisit perawatan diri**

**Resiko trauma**

**Ansietas**

**Kebutuhan informasi**

Gambaran khas nodul subkutan

**Gangguan konsep diri/ citra diri**

Peruban bentuk tubuh pada tulang dan sendi

Pericarditis, miokarditis, dan radang katub jantung

Kegagalan fungsi jantung

**Gambar 2.1 Pathway Reumatoid Arthritis**

**2.6 Instrumen**

**2.6.1 Pengkajian Keseimbangan Pada Lansia**

Keseimbangan merupakan kemampuan untuk mempertahankan pusat gravitasi dalam posisi tegak, keseimbangan juga dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mempertahankan pusat grafitasi atas dasar dukungan pada bidang tumpuh (Mauk, 2010). Penyebab terjadinya ketidak seimbangan adalah infeksi, bakteri, virus, kegemukan, trauma kepala, gangguan sirkulasi darah, faktor usia. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur keseimbangan pada lansia yaitu:

1. TUGT (Time Up and Go test
2. The stan one one leg test
3. The sharpened Romberg
4. Berg balance scale

**2.6.2 Pengkajian Psikososial**

Psikososial merupakan suatu kodisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial, istilah kata psikososial menyingung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikologis (Chaplin, 2011). Masalah psikososial menurut (Nanda,2012):

1. Berduka
2. Keputus asaan
3. Ansietas
4. Ketidak berdayaan
5. Gangguan citra tubuh
6. Koping keluarga tidak efektif

**2.6.3 Pengkajian Afektif**

Pemeriksaan status mental yaitu, memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan status mental merupakan pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan, Bahasa, ingatan Bahasa, keterampilan menghitung dan menulis.

**2.6.4 Pengkajian Status Sosial APGAR**

APGAR (adaptation, pattnership, growthafection,resolve) merupakan alat skiring singkat untuk mengkaji fungsi sosial lanjut usia, hubungan dengan keluarga merupakan peran sentral, informasi tentang jaringan pendukung, butuh dukungan fisik dan emosional keluarga.

**2.6.5 Masalah Emosional**

Adanya perasaan tidak enak yang harus dihadapi oleh lansia seperti merasa tersisih, merasa tidak dibutuhkan lagi, penyakit yang tidak kunjung sembuh atau kematian pasangan yang menimbulkan rasa tidak percaya diri, depresi katkutan sehingga lanisa menyelesaikan suatu masalah dan melakukan penyesuaian diri.

**2.6.6 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ**

Mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual, terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampaun perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis, rusak atau salah berniali 1 poin dan bila rusak atau benar poin 0.

**2.6.7 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE**

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan Bahasa. Pemeriksaan bertujuan untuk melengkapi diagnostic berguna untuk mengkaji kemajuan klien.

**2.6.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Perilaku terhadap kesehatan merupakan usaha seseorang untuk memlihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit serta pemulihannya, perilaku peninhkatan kesehatan apabila seseroang dalam keadaan sakit.

**2.6.9 Tingkat Kemandirian Sehari-hari Indeks Barthel**

Indeks barthel merupakan pengukur untuk kualitas hidup seseorang di lihat dari kemampuan seseorang dalam kehidupan sehari-hari secara mandiri ( Shafi’I et al, 2016). Kemandirian dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien yang mengalami gangguan keseimbangan (aminoto, 2015)

**2.6.10 Pengkajian Lingkungan**

Lingkungan merupakan kondisi pendukung atau bahaya yang dapat mempengaruhi jatuhnya lansia (Prabuseso, 2006). Lingkungan yang sering dihungkan dengan resiko jatuh pada lansia seperti perlatan rumah tanga yang berserahkan, temapat tidur yang tinggi, kamar mandi yang lici, tanga tidak ada penyangga dan penerangan yang tidak baik.

**2.6.11 Resiko Jatuh**

Jatuh pada lansia disebabkan oleh perubahan usia dan kondisi lingkungan yang kurang aman, paada lansia biasanya disebabkan oleh faktor penyakit dan obat ( Miller, 2012). Jatuh merupakan kondisi medis yang serius yang mempengaruhi keksehatan lansia mengamcam kemandirian lansia (Kamel et al). fator resiko jatuh terjadi akibat usia, perubahan kognitif, riwayat penyakit, alat bantu jalan, dan lingkungan.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini menjelaskan tentang pengkajian, anilasa data, prioritas masalah, intervensi keperawatan, dan tindakan keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Rheumatoid Arthritis.

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Anamnesis**

Ny. S alamat Surabaya, jenis kelamin perempuan, usia 75 tahun, status janda, agama islam. Suku jawa , riwayat pendidikan pasien tidak sekolah, status pekerjaan tidak bekerja sumber pendapatan dari anak pertama, Keluhan utama nyeri sendi pada kaki keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir nyeri sendi .P: nyeri sendi , Q:nyeri seperti tertusuk, R: nyeri pada pergelangan kaki kanan S: 3 dari 0-10, T: muncul pada pagi hari. Status fisiologi pada postur tulang belakang sedikit membungkuk, TTV suhu 36,70c TD 130/90 mmHg, nadi 86x/menit, RR 20x/menit, BB 45 kg, TB 150 cm.

**3.1.2 Pemeriksaan fisik**

Pengkajian head to toe pada kepala bersih tidak ada kerontokan pada rambut, tidak ada keluahan yang di rasakan pada kepala. Mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada strabismus, penglihatan tidak kabur, tidak ada peradangan tidak ada riwayat katarak tidak ada keluhan, menggunakan kacamata. Pada hidung bentuk simetris tidak ada peradangan pemciuman tidak terganggu. Mulut dan tenggorokan kebersihan baik, mukosa kering, tidak ada peradangan gigi

ompog, tidak ada radang gusi, tidak ada kesulitan mengunyah tidak ada kesulitan menelan. Telinga kebersihan baik, tidak ada peradangan, pendengaran baik tidak ada keluhan pada telinga. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid tidak ada kaku kuduk pada leher. Pada pemeriksaan dada bentuk dada normol chest, tidak ada retraksi, tidak ada wheezing, tidak ada ronchi, tidak ada suara jantung tamabahan. Pada pemeriksaan abdomen bentuk flat, tidak ada nyeri tekan pada perut, tidak merasa kembung, tidak ada massa. Genetalia kebersihan baik, tidak ada hemoroid tidak ada hernia. Integument kebersihan baik, warna tidak pucat, kelembapan kering tidak ada gangguan pada kulit. Pemeriksaan ekstermitas kekuatan skala 4 melawan gravitasi dengan tahanan sedikit, retang gerak terbatas, tidak tremor tidak terlihat bengkak pada kaki.

* + 1. **Pengkajian Keseimbangan pada Lansia**

Klien tidak mampu bangun dari kursi, jika ingin berdiri klien menggunakan alat bantu yaitu kruk untuk membantunya berdiri. Duduk dikursi klien berpegangan pada peganggan kursi atau duduk perlahan-lahan dan berpengangan pada kruk, klien mampu menahan dorongan yang diberikan. Pada kaki kiri sangat bebas untuk digerakkan dan kaki sebelah kanan sangat terbatas untuk digerakkan karena terasa nyeri dan kaku pada sendi. Klien dapat menutup mata sesuai perintah, untuk berputar klien sedikit kesusahan dan memerlukan waktu bila berputar karena perlu bantuan kruk untuk membantunya berputar, pada posisi duduk klien mampu mengambil benda di lantai. Gaya berjalan klien memerlukan kruk untuk membantunya berjalan ketinggian langkah kaki kurang dari dua inch, panjang langkah kaki sebelah kiri lebih panjang di bandingkan kaki sebelah kanan karena kaki sebelah kanan terasa nyeri dan kaku pada sendi.

* + 1. **Pengkajian psikososial**

hubungan klien dengan teman dalam wisma sangat baik, klien mampu berinteraksi dengan penghuni wisma lain, klien sangat antusias bila berinteraksi dengan penghuni wisma lain. Klien sering mengunjungi temannya pada wisma lain, saat dilakukan pengkajian klien terlihat antusias dan menerima kehadiran penulis, klien menujukkan emosional yang stabil klien mampu melakuakan berbagai hal secara mandiri walaupun menggunakan alat bantu kruk untuk melakukan kegiatan sehari-harinya.

* + 1. **Pengkajian afektif**

Pada pengkajian afektif menujukkan skore 12 dimana skore tersebut menyatakan bahwa klien tidak mengalami depresi. Klien menerima keadaannya saat ini dan klien merasa beruntung masih diberikan kesempatan hidup sampai saat ini, klien tidak menganggap bahwa keadaannya ini membebankan dan membuat fikiran tetapi klien terima dengan ikhlas.

* + 1. **Pengkajian status sosial APGAR**

Klien mengatakatan puas jika dapat kembali pada keluarga dan bersyukur atas kehidupannya, pada fungsi hubungan klien senang bila dapat berdiskusi dengan teman-teman atau keluarga saat keluarga megunjungi, klien merasa puas dengan teman-teman yang menerima dan mendukung keinginananya melakukan aktivitas. Klien puas pada teman-teman yang merespon emosi seperti marah, sedih, dan lainya. Pada hasil skore pengkjian status sosial 10 dimana keluarga memiliki fungsi yang baik.

* + 1. **Masalah emotional**

Pada Ny.S tidak mengalami masalah pada emosional, klien tidak pernah merasa kesulitan pada saat igin tidur, klien tidak banyak pikiran, tidak murung dan merasa sedih. Tidak menggunakan obat tidur atau penenang untuk kebutuhan istirahat tidur, klien bukan orang yang senang mengurung diri.

* + 1. **Tingkat kerusakan intelektual SPMSQ**

Jumlah skore yang salah pada pengkajian tingkat kerusakan intelektual 4 dimana fungsi intelektual dalam fungsi intelektual ringan, klien dapat mejawab dengan benar tanggal, hari, dimana berada. Klien tidak dapat menyebutkan alamat rumah dengan lengkap, klien lupa tanggal lahirnya, klien salah menjawab nama presiden saat ini, jawaban benar pada pertanyaan umur berapa, nama presiden sebelmnya dan nama ibunya.

* + 1. **Identifikasi aspek kognitif MMSE**

Pengkajian aspek kognitif klien skore 24 menujukkan bahwa klien tidak ada gangguan pada kognitif. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan benar tahun, musim, hari, bulan, nama negara, provinsi, kota, saat ditanya dimana saat ini klien berada klien menjawab bahwa ini ada di panti jompo dan lupa pada nama wisma. Klien dapat menyebutkan nama obyek seperti kursi meja dan kertas pengurangan angka dari 100 dikurangi 7 klien mampu ditingkat ke 3. Klien dapat mengulang obyek yang sebelumna telah di sebutkan, klien mampu mengambil benda yang ada dilantai (bupoin dan buku). Pada pengulangan kata ada satu kata yang tidak disebutkan oleh klien, klien mampu mengikuti perintah untuk mengabil kertas, melipat kertas menjadi dua dan meletakkan kertas dilantai. Klien mampu mengikuti perintah untuk menutup mata tanpa ada keraguan, klien mampu menulis kalimat dan menyalin gambar yang dicontohkan.

* + 1. **Pengkajian perilaku terhadap kesehatan**

Kebiasaan merokok lien tidak tidak merokok, pada pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari untuk pola nurisi frekuensi makan klien 3 kali sehari habis ½ porsi, makanan tambahan terkadang dihabiskan bila masih kenyeang di simpan dan di makan saat merasa lapar. Pola pemenuhan cairan frekuensi minum lebih dari 3 gelas perhari jenisnya air putih, pola kebiasaan tidur lama tidur 4-6 jam, gangguan tidur terbangun di malam hari karena ingin BAK, pada kegiatan waktu luang klien di isi dengan kegiatan keagamaan, pola eliminasi BAB frekuensi BAB 1 kali sehari konsisensi lembek, tidak ada gangguan pada BAB. Pola BAK frekuensi BAK 4-6 kali dalam sehari warna urin kuning jernih dan tidak ada gangguan BAK. Pola aktivitas kegiatan produktif yang di lakukan klien adalah membantu kegiatan dapur, pola pemenuhan kebersihan diri klien mandi 2 kali sehari menggunakan sabun, sikat gigi 2 kali sehari menggunakan pasta gigi. Kebiasaan mengganti pakaian bersih 1 kali sehari.

* + 1. **Tingkat kemandirian sehari-hari Indeks Barthel**

Klien dapat makan dapat makan dan minum secara mandiri, berpindah memerlukan alat bantu, kerbersihan diri seperti sisir rambut, cuci muka dan toileting dapat dilakukan secara mandiri oleh klien. Klien mandi sendiri tanpa ada bantuan, mampu berjalan di jalan yang datar dengan alat bantu kruk, bila naik turun tangga klien memerlukan bantuan orang lain. Berpakaian dan menggunakan sepatu dapat dilakukan klien secara mandiri klien mampu mengontrol defekasi dan berkemih secara mandiri, olahraga kien memerlukan bantuan, pemanfaatn waktu luang dengan kegiatan keagamaan. Skore pada penkajian 85 termasuk dalam kategori ketergantungan ringan.

* + 1. **Pengkajian lingkungan**

Luas bagunan 525 m2 bentuk bagunan prmanen, atap menggunakan genting, dinding tembok, lantai kramik, ventilasi 15% , pencahayaan cukup baik, sumber air bersih PDAM, air minum galon aqua, jamban leher anggsa, pembuangan limbah lancar petugas sampah dikelola dinas, polusi udara rumah tangga. Fasilitas panti sarana ibadah ada Musholla, sarana hiburan TV dan permainan. Keamanan dan tranportasi di panti ada penanggulangan kebakaran, tranportasi kondisi jalanan panti rata tranportasi yang dimiliki mobil. Komunikasi ada sarana komunikasi, jenis komunikasi dalam panti telepon, cara peneybaran informasi secara langsung.

* + 1. **Resiko jatuh**

Skor pada Ny.S 42 dimana klien termasuk dalam resiko jatuh sedang, sebelumnya klien tidak pernah jatuh, diagnosa medis rheumatoid arthritis, alat bantu berpindah menggunakan walker, tidak menggunakan obat IV, cara berjalan berpindah lemah pada kaki kanan, keadaan mental klien mudah lupa.

* 1. **Analisa Data**

**Tabel 3.1 Analisa data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Penyebab | Masalah |
| 1. | Ds:  klien mengatakan merasakan sakit saat menekuk atau mengerakkan kaki sebelah kanan  Do:  -Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki.  - Kekuatan otot pada kaki kanan menurun  R L  5555 5555   1. 5555   - sendi pada kaki sebelah kanan kaku  -saat berjalan menggunakan alat bantu yaitu kruk | Kekakuan sendi | Gangguan Mobilitas fisik  (D.0054) |
| 2. | Ds:  klien mengatakan merasa nyeri pada kaki  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  Do:  klien tampak menahan sakit yang dirasakan,wajah tampak meringis saat memegang kakinya | Kondisi Muskuloskeletal Kronis | Nyeri Kronis  (D.0078) |
| 3. | Ds:  Klien mengatakan jika berjalan menggunakan alat bantu.  Do:  -klien terlihat berjalan mengguanakan alat bantu yaitu kruk.  -Hasil skala resiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale di dapatkan nilai 42 dimana nilai tersebut menujukkan bahwa klien resiko jatuh sedang | Penggunaan alat bantu berjalan | Resiko Jatuh  (D.0143) |

* 1. **Proritas Masalah**

**Tabel 3.2 Prioritas Masalah**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Ditemukan | Teratasi | TTD Perawat |
| 1. | Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054) | 13 Juli 2020 | - | Siti Harri |
| 2. | Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078) | 13 Juli 2020 | - | Siti Harri |
| 3. | Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143) | 13 Juli 2020 | - | Siti Harri |

* 1. **Rencana Keperawatan**

**Tabel 3.3 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1. | Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054) | Setelah di lakukan tindakan keperawatan 7x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042) (Persatauan Perawat Nasional Indonesia, 2019):   1. Pergerakan ektermitas 5 (meningkat) 2. Kekuatan otot 5 (meningkat) 3. Rentang gerak (ROM) 5 (meningkat) 4. Nyeri 5 (menurun) 5. Kaku sendi 5 (menurun) 6. Gerakan terbatas 5 (menurun) 7. Kelemahan fisik 5 (menurun) | Intervensi utama  Dukungan Mobilisasi (I.05173) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018)  Observasi :   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.   Terapeutik :   1. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu.   Edukasi :   1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. | 1. Mengetahui kondisi klien, saat melakukan pengkajian awal. 2. Mengetahui kemampuan pergerakan pada klien. 3. Mengurangi resiko terjadinya cedera pada klien. 4. Membantu klien dalam beraktivitas. 5. Memberikan pengetahuan kepada klien terkait prosedur mobilisasi. 6. Melatih klien agar tidak menjadi kaku. |
| 2. | Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078) | Setelah dilakukan tindakan keprawatan 7x24 jam di harapkan tingkat nyeri menrun dengan kriteria hasil (L.08066) :   1. Kemampuan menuntaskan aktivitas 5 (meningkat) 2. Keluhan nyeri 5 (menurun) 3. Meringis 5 (menurun) 4. Sikap protektif 5 (menurun) 5. Gelisah 5 (menurun) 6. Kesulitan tidur 5 (menurun) | Intervensi utama  Manajemen Nyeri (I.08238)  Observasi :   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.   Terapeutik :   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri.   Edukasi :   1. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri   Kolaborasi :   1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. | 1. Mengetahui keadaan klien tentang kondisi yang di rasakan. 2. Untuk mengetahui nilai nyeri yang dirasakan oleh klien 3. Untuk mengetahui keadaan yang memperberat status nyeri yang dirasakan oleh klien 4. Dapat dilakukan selain mengkonsumsi obat farmakologi untuk merekan nyeri yang dirasakan. 5. Memberikan pengetahuan kepada klien untuk cara merekan nyeri yang dirasakan. 6. Untuk meredakan rasa nyeri yang disrasakan oleh klien. 7. Membantu mengurangi rasa nyeri dengan cara farmakologi. |
| 3. | Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143) | Setelah dilakukan tindakan keprawatan 7x24 jam di harapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil (L.14138):   1. Jatuh saat berdiri 5 (menurun). 2. Jatuh saat duduk 5 (menurun). 3. Jatuh saat berjalan 5 (menurun) | Intervensi utama  Pencegahan Jatuh ( I.14540)  Observasi :   1. Identifikasi factor risiko jatuh. 2. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala   Terapeutik :   1. Gunakan alat bantu berjalan   Edukasi :   1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 2. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. | 1. mengetahui keadaan resiko jatuh yang dialami klien 2. untuk mengetahui seberapa besar skor klien dalam resiko jatuh 3. membantu klien dalam mobilisasi agar klien tidak jatuh 4. penggunaan alas kaki yang tepat sangat membantu klien saat berjalan agar tidak terjadi jatuh 5. konsentrasi dalam keseimbangan sangat di perlukan oleh klien untuk menjaga kestabilan dalam berjalan agar tidak jatuh |

* 1. **Tindakan keperawatan**

**Tabel 3.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanggal & Jam | No Diagnosis | Implementasi | Catatan Perkembangan | TTD |
| **Senin, 13 Juli 2020**  08.15  09.20  10.30 | 1  2  3 | * Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik pada klien:   klien mengatakan merasakan sakit saat menekuk atau mengerakkan kaki sebelah kanan  R L  5555 5555   1. 5555   - sendi pada kaki sebelah kanan  kaku  -saat berjalan menggunakan alat  bantu yaitu kruk   * Identifikasi nyeri yang rasakan klien   klien mengatakan merasa nyeri  pada kaki kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul   * Identifikasi resiko jatuh pada klien :   Klien menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk dan menghitung skala resiko jatuh pada klien menggunakan morse fall scale didapatkan nilai 42 dimana klien termasuk dalam resiko jatuh sedang. | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan saat di tekuk   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L  5555 5555   1. 5555   Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan,wajah tampak meringis saat memegang kakinya.   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.   **Diagnosa 3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)**  S :   * Klien mengatakan jika berjalan menggunakan alat bantu.   O :  -klien terlihat berjalan mengguanakan alat bantu yaitu kruk.  -Hasil skala resiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale di dapatkan nilai 42 dimana nilai tersebut menujukkan bahwa klien termasuk dalam resiko jatuh sedang.  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 3,4 & 5 di pertahankan  1. Identifikasi factor risiko jatuh. 2. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 3. Gunakan alat bantu berjalan 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 5. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. | Siti Harri  Siti Harri  Siti Harri |
| **Selasa, 14 Juli 2020**  08.20  \  09.16  10.25  10.30  11.15  11.20 | 1  1  1  2  2  3  3 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi berpindah dari tempat tidur ke ruang tv * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis * Menganjurkan klien untuk emnggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin * Mengingatkan klien pada saat berjalan untuk menjaga keseimbngan agar tidak terjatuh | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan masih meraskan nyeri pada kaki sebelah kanan saat di tekuk   O:   * Gerakan pada kaki terbatas. Kekuatan otot pada kaki kanan   R L   1. 5555   3333 5555  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.   **Diagnosa 3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)**  S :   * Klien berjalan menggunakan alat bantu kruk dan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin.   O :   * Klien berjalan menggunakan kruk * Skala resiko jatuh klien dalam kategori sedang. * Klien menggunakan alas kaki yang tidak licin * Klien berjalan pelan-pelan menjaga keseimbangan   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 3,4 & 5 di pertahankan  1. Identifikasi faktor risiko jatuh. 2. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 3. Gunakan alat bantu berjalan 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 5. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. | Siti Harri  Siti Harri  Siti Harri |
| **Rabu, 15 Juli 2020**  08.30  08.40  09.00  09.30  10.00 | 1  1  1  2  2  3  3 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi berpindah * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis * Menganjurkan klien untuk emnggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin * Mengingatkan klien pada saat berjalan untuk menjaga keseimbngan agar tidak terjatuh | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L   1. 5555   3333 5555  Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit tetapi sudah tidak terlihat menyeringai.   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.   **Diagnosa 3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)**  S :   * Klien mengatakan jika berjalan menggunakan alat bantu.   O :  -klien terlihat berjalan mengguanakan alat bantu yaitu kruk.  -Hasil skala resiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale di dapatkan nilai 42 dimana nilai tersebut menujukkan bahwa klien termasuk dalam resiko jatuh sedang.  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 3,4 & 5 di pertahankan  1. Identifikasi factor risiko jatuh. 2. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 3. Gunakan alat bantu berjalan 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 5. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. | Siti Harri  Siti Harri  Siti Harri |
| **Kamis, 16 Juli 2020**  08.00  08.15  08.30  09.16  09 40  10.30  11.00 | 1  1  1  2  2  3  3 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi berpindah * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis * Menganjurkan klien untuk emnggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin * Mengingatkan klien pada saat berjalan untuk menjaga keseimbngan agar tidak terjatuh | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan saat di tekuk   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L   1. 5555   3333 5555  Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan tetapi sudah tidak tampak menyeringai   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.   **Diagnosa 3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)**  S :   * Klien mengatakan jika berjalan menggunakan alat bantu.   O :  -klien terlihat berjalan mengguanakan alat bantu yaitu kruk.  -Hasil skala resiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale di dapatkan nilai 42 dimana nilai tersebut menujukkan bahwa klien termasuk dalam resiko jatuh sedang.  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 3,4 & 5 di pertahankan  1. Identifikasi factor risiko jatuh. 2. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 3. Gunakan alat bantu berjalan 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 5. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. | Siti Harri  Siti Harri  Siti Harri |
| **Jum’at, 17 Juli 2020**  08.00  08.40  08.50  10.15  11.15  11.30  11.36 | 1  1  1  2  2  3  3 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis * Menganjurkan klien untuk emnggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin * Mengingatkan klien pada saat berjalan untuk menjaga keseimbngan agar tidak terjatuh | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan saat di tekuk   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L   1. 5555   3333 5555  Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 3 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan,wajah tampak meringis saat memegang kakinya.   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.   **Diagnosa 3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)**  S :   * Klien mengerti tentang faktor yang menyebabkan resiko jatuh   O :  -klien terlihat berjalan mengguanakan alat bantu yaitu kruk.  -Hasil skala resiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale di dapatkan nilai 42 dimana nilai tersebut menujukkan bahwa klien termasuk dalam resiko jatuh sedang.  A:   * Masalah tertasi   P:   * Intervensi dihentikan | Siti Harri  Siti Harri  Siti Harri |
| **Sabtu, 18 Juli 2020**  08.30  09.00  09.15  09.20 | 1  1  1  2  2 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 2 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L   1. 5555   3333 5555  Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 2 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan,wajah tampak meringis saat memegang kakinya.   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. | Siti Harri  Siti Harri |
| **Minggu, 19 Juli 2020**  08.15  0830  09.00  09.30  11.25 | 1  1  1  2  2 | * Monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi * Klien berjalan perlahan-lahan dengan menggunakan kruk * Mengajarkan klien melakukakan ROM aktif * Identifikasi nyeri klien   klien mengatakan nyeri pada kaki  kanan :  P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 2 dari 0-10  T: hilang timbul   * Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis | **Diagnosa 1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)**  S:   * Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan   O:   * Terlihat klien terbatas dalam melakukan gerakan pada kaki. Kekuatan otot pada kaki kanan menurun   R L   1. 5555   3333 5555  Kaku pada sendi kaki kanan saat berjalan klien menggunakan kruk  A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervens 3,4,5 & 6 dipertahankan.  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan perhgerakan. 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.   **Diagnosa 2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)**  S:   * klien mengatakan nyeri pada kaki   P: nyeri sendi  Q : nyeri seperti tertusuk  R: nyeri pada pergelangan kaki  S: 2 dari 0-10  T: hilang timbul  O:   * klien tampak menahan sakit yang dirasakan,wajah tampak meringis saat memegang kakinya.   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Intervensi 2,3,4,5,6 & 7 dipertahankan  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri. 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. | Siti Harri  Siti Harri |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan pembahasan dari pengkajian, analisa data, prioritas masalah, intervensi keperawatan dan tindakan keperawatan pada Ny.s Dengan Diagnosa Medis Rhumatoid Athritis.

**4.1 Pengkajian**

Ny.S merasa nyeri pada sendi pada kakinya singga membuatnya merasa terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-harinya, bila igin berdiri ataupun berjalan Ny.s menggunakan alat bantu untuk melakukan aktifitasnya Ny.s igin dapat beraktivitas secara mandiri tanpa menggunakan alat bantu untuk berjalan.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

Pengkajian pada klien didapatkan bahwa klien mengeluhkan kakinya terasa nyeri dan aktifitasnya terbatas karena menggunakan alat bantu berjalan kruk. Reumotoid arthritis merupakan penyebab paling sering dari radang sendi yang kronis disbebkan oleh gangguan autoimun kronik menyebabkan proses inflamasi pada sendi serta adanya kelainan inflamasi terutama mengenai membran synovial yang di tandai dengan nyeri pada sendi, kaku pada sendi, penurunan mobilitas dan keleihan yang terjadi (Sya’diyah, 2018). Penulis berasumsi bahwa diagnosa yang muncul pertama adalah gangguan mobilitas fisik, klien mengeluh kakinya terasa nyeri dan jika berjalan menggunakan alat bantu kruk sangat membatasi aktivitasnya dalam keseharian. Gangguan mobilitas fisik perlu dilakukan intervensi dengan

cepat karena bila tidak ditangani terlebih dahulu klien akan mengalami komolikasi yang lebih parah dapat menyebabkan klien tidak dapat berjalan lagi karena sendi yang sangat kaku.

2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)

Keluhan utama nyeri sendi pada kaki keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir nyeri sendi .P: nyeri sendi , Q:nyeri seperti tertusuk, R: nyeri pada pergelangan kaki kanan S: 3 dari 0-10, T: muncul pada pagi hari. Reumatoid arthritis merupakan radang pada sendi disebabkan autoimun dimana persendian mengalami pembengkakan dan kemerahan, nyeri dan kerusakan pada bagian dalam sendi. Cara untuk menurunkan nyeri dengan tindakan farmakologi dan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu dengan nafas dalam dan kompres hangat (Tirsa, 2019). Penulis berpendapat bahwa pada pasien degan nyeri kronis tidak hanya dilakukan intervensi famakologi tetapi dengan nonfarmakologi juga dapat membantu klien untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, dengan nonfarmakologi juga dapat dilakukan secara mandiri jika klien dapat melakukannya, dengan relaksasi nafas dalam juga dengan kompres airhangat pada daerah yang dirasa nyeri.

3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)

Klien menggunkan alat bantu untuk berjalan dan melakukan aktifitas sehari-harinya. Kelemahan otot sering terjadi pada penderita rheumatoid arthritis sebagai akibat dari miopati atau neuropati meyeluruh, perubahan sensorik dan kelambatan dapat atau kesulitan menggerakkan sendi saat berdiri dan terdiam beberapa lama (Ahmad, 2019). Penggunaan alat bantu berjalan, alas kaki licin dan juga tidak ada keseimbangan saat berjalan sangat mempengaruhi resiko jatuh. Asumsi penulis resiko jatuh dapat dilakuakn penanganan dengan alat bantu berjalan, juga dapat menyarakan kepada klien untuk menganti alas kaki yag lebih nyaman dan aman agar tidak menyebabkan klien jatuh. Keseimbangan saat berjalan juga di perlukan agar tidak memperburuk keadaan klien sendiri.

**4.3 Rencana Keperawatan**

Perencanaan merupakan tujuan untuk merealisasikan tindakan keperawatan yang dapat didokumentasikan dan dipertaggung jawabkan. Rencana keperawatan disesuaikan kondisi klien dengan diagnosa yang telah di tegakkan:

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

Diharapkan selama pemberian asuhan keperawatan selama 7x24 jam mampu melakukan latihan ROM aktif untuk melatih gerak fisik pada anggota tubuh yang mengalami kelemahan sendi: ditandai dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meingkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat nyeri menurun, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun dan kelemahan fisik menurun. Intervensi keperawatan utama dukungan mobilisasi secara observasi dilakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada klien, intoleransi disik melakukan pergeranakan, monitor kondisi umum. Secara terapiutik memfasilitasi klien dengan alat bantu, dan sacara edukasi menjelaskan kepada klien untuk prosedur mobilisasi dan melakuka mobilisasi secara sederhana.

Tindakan keprawatan secara nonfarmakologi dapat melakukan latihan ROM Aktif, mobilisasi pada penderita kaku sendi untuk dapat mempertahankan ROM, memperbaiki pernafasan, sirkulasi peredaran darah dan memaksimalkan perawatan diri, bila terlambat dalam latihan ROM bisa saja terjadi atrofi sel otot, kekakuan sendi, penurunan kontraksi otot, nyeri saat pergerakan dapat berakibat tidak mampu bergerak dan beraktivitas (Murtaqib, 2013). Gangguan mobilitas fisik yang selama ini ditangani dengan menggunakan obat farmakologi dan dilakukan pemijatan yang dilakukan bukan memperbaiki keadaan tetapi dapat membuat keadaan semakin parah dan bisa saja tidak dapat disembuhkan. Kekakuan sendi lebih baik di tangani menggunakan latihan ROM aktif, latihan ROM aktif sendiri dapat dilakukan oleh klien secara mandiri tanpa bantuan perawat bisa dilakukan setiap hari dan dapat dilakukan setiap hari jika klien ingin sembuh dan tidak tergantung lagi pada alat bantu.

2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)

Rencana keperawatan disesuaikan kondisi klien dengan diagnosa yang telah di tegakkan. Setelah dilakukan tindakan keprawatan 7x24 jam di harapkan tingkat nyeri menrun dengan kriteria hasil : Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun dan Kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dapat dilakukan dengan klien dengan keluuhan nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mrgurangi rasa nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. Metode menghilangkan nyeri nonfarmakologi memiliki resiko lebih rendah dan tindakan yang dilakukan merupakan penganti untuk obat-obatan, tindakan dapat mempersingkat episode nyeri (Merlina, 2016). Tindakan keperawatan nonfarmakologi dapat membantu mengurangi keluhan yang dirasakan oleh klien sehingga klien dapat beraktifitas dengan nyaman dan tidak menganggu aktifitas secra mandiri.

3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7x24 jam di harapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : Jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun. Intervensi yang data dilakuakan adalah Identifikasi factor risiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin dan anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan. Faktor intrinsik pada resiko jauh pada lansia dapat meliputi sepetri, gangguan jantung, gangguan pada system anggota gerak, gangguan system syaraf gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran (Darmojo, 2004). Intervensi yang telah diberikan kepada klien dapat membantu klien dalam melaksanakan aktivitas secara mandiri, dengan menggunakan alat bantu kruk, menggunakan alas kaki yang tepat dan menjaga keseimabangan saat berjalan sehingga resiko jatuh pada klien dapat di minimalisir.

**4.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi**

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

Implementasi yang digunakan adalah identifikasi gangguan mobilitas fisik dalam melakukan pergerakan hasil dari hari pertama sampai hari ketujuh perkembangan klien membaik tetapi masih memerlukan bantuan menggunakan alat saat berjalan, klien sangat antusias saat melakukan ROM aktif yang di ajarkan klien berharap dapat segara berjalan tanpa menggunakan alat bantu yang selama ini digunakan.

Pada evalusai hari keenam dan ketujuh klien sudah dapat melakuan ROM aktif secara mandiri dan saat berjalan klien menggunakan alas kaki yang nyaman dan aman tidak licin. Masalah keperawatan yang ada belum dapat teratasi proses yang lama untuk dapat mengembalikan kekuatan otot, intervensi ROM aktif dapat dipertahankan agar klien dapat berjalan tanpa menggunakan alat bantu.

2. Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi nyeri yang dirasakan oleh klien dengan menggunakan teknik nonfarmakologi dan juga pemberian obat secara farmakologi, dari hari kehari nyeri yang di rasakan klien dapat berkurang dan klien merasa lega dan bersemangat dalam beraktifitas. Masalah keperawatan dapat teratasi dengan perlahan namun belum sepenuhnya hilang membutuhkan waktu agar nyeri yang dirasakan dapat hilang.

3. Resiko Jatuh d.d Penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)

Implementasi dengan mengi dentifikasi resiko jatuh pada klien dengan pada hari pertama klien masih tampak menahan rasa sakit jika ingin berdiri dan berjalan, penggunaan alas kaki yang kurang tepat dan kurang menjaga keseimbangan saat berjalan. Evaluasi mulai dari hari pertama hingga hari ketujuh klien semakin baik sudah menganti alas kaki dengan alas kaki yang tidak licin dan jalan perlahan-lahan menggunakan alat bantu dan dapat menjaga keseimbangan.

**BAB 5**

**SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini berisi tentang simpulan dan saran berdasarkan dari hasil pembasan pada kasus Ny. S dengan Diagnosa Medis *Rheumatoid Arthritis* dan masalah Keperawatan Utama Gangguan Mobilitas Fisikdi UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

* 1. **Simpulan**

Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan *Rheumatoid Arthritis* dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada hasil uraian asuhan keperawatan tersebut penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pada pengkajian klien mengalami gangguan mobilitas fisik sehingga aktifitas yang dilakukan oleh klien terbatas, sehingga perlunya klien dilakukan asuhan keperawatan agar klien dapat berjalan dengan baik tanpa menggunakan alat bantu dan dapat melakukan aktifitas secara leluasa. Diagnosa yang muncul dalam kasus ini adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, Nyeri Kronis berhubungan dengan Kondisi Muskuloskeletal Kronis, dan Resiko Jatuh ditandai dengan Penggunaan alat bantu berjalan. Rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperwatan dengan tujuan dapat mengatasi semua masalah yang dialami oleh klien. Evaluasi yang didapat mulai dari penentuan pegkajian, diagnosa, intervensi, implementasi muali hari pertama hingga hari terakhir dilakukan intervensi perkembangan yang diperlihatkan oleh klien semakin membaik setiap harinya.

* 1. **Saran**

Berdasarkan kesimpulan beberapa saran yang dapat penulis berikan adalah sebgai berikut :

1. Bagi lansia

Lansia dapat melakukan setiap hari latihan ROM Aktif yang telah diajarkan agar dapat dapat beraktifitas tanpa menggunakan alat bantu, dan juga mengurangi resiko jatuh hingga dapat memperparah keadaan.

1. Bagi panti

Panti dapat meningkatkan perhatian dalam mengajarkan lansia yang menderita gangguan mobilitas fisik untuk dapat melakukan ROM Aktif agar para lansia terbebas dari resiko jatuh yang dapat memperparah keadaan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Afnuhazi. (2018). Pengaruh senam rematik pada lansia. Retrieved from Manara Ilmu

Aspiani. (2014). *Buku ajar Asuhan Keperawatan Gerontik aplikasi NANDA, NIC dan NOC jilid 1*. Jakarta: Trans Infomedia.

Biomedis, P. (2009). Prevalensi dan l ) eterminan Penyakit Rematik di Indonesia.

Evalina & Bagus. (2015). Pengaruh Kompres hangat terhadap nyeri sendi pada lansia (60-74 tahun). Retrieved from Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan

Fatmah. (2010). *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga.

Febriana. (2015). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada kasus Rheumatoid arthritis ankle billateral di RSUD Saras Husada Purworejo Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhamadiyah Surakarta.

Haryono. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. yogyakarta: Rapha Pabhlishing.

Heidari. (2011). Knee Osteoarthritis prevalence, risk faktors, pathogenesis and features. Retrieved from Caspian J Intern Med

Hyulita. (2014). Pengaruh kompres serai hangat terhadap penurunan intensitas nyeri atritis rheumatoid pada lanjut usia di kelurahan Tarok Dipo Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Panjang Bukit Tinggi.

Khalid, M. (2012). *Keperawatan Gerontik*. yogyakarta: Pustaka pelajar.

Lemone. (2015). *Buku Ajar Medical Bedah*. Jakarta: EGC.

No Title. (2018), *2*(September).

No Title. (2019), *5*(2), 54–62.

Pearce, E. C. (2011). *Anatomi & fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Persatauan Perawat Nasional Indonesia. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indoneisa* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Pradana. (2012). *Sensitifitas dan spesitifitas kriteria ACR 1987 dan ACR/EULAR 2010 pada penderita artritis reumatoid di RSUP Dr.Kariadi Semarang*. Semarang: UNDIP.

Tjokroprawira. (2015). *Buku ajar ilmu penyakit dalam: Fakultas KEdokteran Universitas Airlangga Rumah sakit Pendidikan Dr. Soetomo surabaya.* Surabaya: Airlangga Universitty Press (AUP).

Lamiran 1

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Siti Harri Setia Ningrum

NIM : 1930082

Program studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Fakfak, 21 Maret 1996

Alamat : Kedung Rukem Gang 3 no.41 - Surabaya

Agama : Islam

Email : [sitiningrum090@gmail.com](mailto:sitiningrum090@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. Lulus TK Yapis Fakfak Tahun 2002
2. Lulus SD Madrasah Ibtidaiyah Asy-Syafi’iyah Fakfak Tahun 2008
3. Lulus SMP Negeri 1 Fakfak Tahun 2011
4. Lulus SMA Negeri 1 Fakfak Tahun 2014
5. Lulus D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2017
6. Lulus S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

Lampiran 2

**“MOTO”**

**Belajarlah dari kesalahan, maka akan membuat hidup kita**

**Menjadi lebih baik**

**Jangan pernah mengeluh dengan keadaan, berfikirlah bahwa masih**

**ada orang diluar sana yang lebih susah hidupnya.**

**“PERSEMBAHAN”**

**Ku persembahkan untuk :**

1. **Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran serta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.**
2. **Kedua orang tua ku tercinta, Bapak Alimun dan Ibu kuntamah yang selalu mendukung dan memberikan ku semangat serta tak lupa selalu memberikan ku doa dan tak henti-hentinya memberikan bantuan baik materi dan moril, motivasi kepadaku.**
3. **Kak Gatot dan mba nimas yang telah membantu untuk memberikan bantuan materi dan motivasi**
4. **Untuk dosen pembimbing Pak Yoga dan Doesn Penguji Bu Dhian Satya Karya Tulis Ilmiah ini.**
5. **Teman satu kelompok bimbingan , teman satu kelas dan teman-teman dari UKM yang pernah saya ikuti ayang selalu meberikan semangat dan selalu mendoakan.**
6. **Sahabat – sahabatku tersayang, Ika, Ifa, Amel , Hinda, Alfi, Masrur,Novan, april, dyah dan putu yang selalu ada untuk memberikan dukungan dan support dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.**
7. **Keluarga Besar Angkatan A10 yang telah memberi dukungan dan support.**

Lamiran 3

**PENGKAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA**

**(Tinneti, ME dan Ginter, SF, 1998)**

1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Bangun dari kursi (dimasukkan dalam analisis)\*(Normal/**Tidak**)

Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.

Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis)\*(Normal/**Tidak**)

Menujatuhkan diri di kursi, tidak duduk di tengah kursi

Keterangan ()\*: kursi yang keras dan tanpa lengan

Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali) (**Normal**/Tidak)

Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya (**Normal**/Tidak)

Mata tertutup (**Normal**/Tidak)

Sama seperti di atas (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangan)

Perputaran (Normal/**Tidak**)

Mengerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil

Gerakan menggapai sesuatu (**Normal**/Tidak)

Tidak/mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk Dungan

Membungkuk (**Normal**/Tidak)

Tidak/mampu untuk membungkuk, untuk mengambil obyek-obyek kecil (missal bullpen) dari lantai, memegang suatu obyek untuk bisa berdiri lagi, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun

1. Komponen gaya berjalan atau gerakan

Minta klien untuk berjalan pada tempat yang ditentukan ragu-ragu, tersandung memegang obyek untuk dukungan (**Normal**/Tidak)

Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki pada saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>2inch) (**Normal**/Tidak)

Setelah langkah-langkah awal, tidak konsisten memulai mengangkat salah satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.

Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien)

(Normal/**Tidak**)

Panjangnya langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang panjang : masalah dapat terdapat pada pinggu, lutut, pergelangan kaki atau otot sekitarnya)

Penyimpangan jalur pada saat berjalan ( lebih baik diobservasi dari belakang pasien)

(Normal/**Tidak**)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.

Berbalik (Normal/**Tidak**)

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan memegang obyek untuk dukungan.

Lamiran 4

**PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

Hubungan dengan orang lain dalam wisma:

1. Tidak dikenal
2. Sebatas kenal
3. Mampu berinteraksi ✓
4. Mampu bekerja sama

Hubungan dengan orang lain di luar wisma di dalam panti

1. Tidak dikenal
2. Sebatas kenal
3. Mampu berinteraksi ✓
4. Mampu bekerja sama

Kebiasaan berinterkasi ke wisma lainnya dalam panti

1. Selalu
2. Sering ✓
3. Jarang
4. Tidak pernah

Stabilisasi emosi

1. Labil
2. Stabil ✓
3. Irritable
4. Datar

Jelaskan saat di ajak ngobrol klien sangat antusias dan menerima orang baru yang dikenal.

Motivasi penghuni panti

1. Kemampuan mandiri✓
2. Terpaksa

Frekuensi kunjungan keluarga

1. 1 kali/bulan ✓
2. 2 kali/bulan
3. Tidak pernah

Lamiran 5

**PENGKAJIAN AFEKTIF *INVENTARIS DEPRESI BECK***

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi terkait dengan kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidak puasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari sosial, keraguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, keletihan, anoreksia.

0-4 depresi tidak ada atau minmal

5-7 depresi ringan

8-15 depresi sedang

>16 depresi berat

Bentuk singkat bisa menggunakan Skala Depresi Geriatrik Yesavage

1. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda? (**ya**/tidak)
2. Sudakah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda? (ya/**tidak**)
3. Apakah anda merasa hidup anda kosong? (ya/**tidak**)
4. Apakah anda sering bosan? (ya/**tidak**)
5. Apakah anda memiliki semangat yang baik setiap waktu? (**ya**/tidak)
6. Apakah anda merasa takut sesuatu akan terjadi pada anda? (**ya**/tidak)
7. Apakah anda merasa bahagia setiap waktu? (**ya**/tidak)
8. Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, dari pada pergi dan melakukan sesuatu yang baru? (**ya**/tidak)
9. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan dari pada yang lain? (ya/**tidak**)
10. Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini? (**ya**/tidak)
11. Apakah anda merasa saya sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang? (ya/**tidak**)
12. Apakah anda merasa penuh berenergi? (**ya**/tidak)
13. Apakah anda berfikir bahwa situasi anda tidak ada harapan? (ya/**tidak**)
14. Apakah anda berpikir bahwa banyak orang lebih baik dari pada anda? (ya/**tidak**)

Penilaian:

Jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dinilai point 1 ( nilai point 1 untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan)

Nilai 5 point lebih dpat menandakan depresi

Kesimpulan: Nilai klien menujuukan angka 12 dimana klien tidak mengalami depresi.

Lamiran 6

**PENGKAJIAN STATUS SOSIAL MENGGUNAKAN APGAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Fungsi | Uraian | Skore |
| 1 | Adaptasi | Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya membantu pada waktu sesuatu menyushkan saya | 2 |
| 2 | Hubungan | Saya puas dengan cara keluaraga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya | 2 |
| 3 | Pertumbuhan | Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru | 2 |
| 4 | Afeksi | Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan respon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai | 2 |
| 5 | Pemecahan | Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama | 2 |

Penilaian:

Jika pertanyaan yang di jawab: selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hampir tidak pernah (poin 0)

Nilai untuk setiap pertanyaan di atas kemudian dijumlahkan dengan mendapatkan hasil sebagai berikut (Stanhope,2007):

1. Nilai 7-10 : keluarga memilki fungsi yang baik
2. Nilai 4-6 : keluarag meiliki disfungsi tingkat menengah
3. Nilai 0-3 : keluarga mengalami disfungsi tingkat tinggi

Kesimpulan: Nilai yang pada klie 10 dimana keluarga memiliki fungsi yang baik

Lamiran 7

**MASALAH EMOSIONAL**

Pertanyaan tahap 1

1. Apakah klien mengalami susah tidur (ya/**tidak**)
2. Adakah masalah atau banyak pikiran (ya/**tidak**)
3. Apakah klien murung dan menangis sendiri (ya/**tidak**)
4. Apakah klien sering was-was atau kuatir (ya/**tidak**)

Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika jawaban ya 1 atau lebih

Pertanyaan tahap 2

1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam 1 tahun (ya/**tidak**)
2. Ada masalah atau banyak pikiran (ya/**tidak**)
3. Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter (ya/**tidak**)
4. Cenderung mengurung diri (ya/**tidak**)

Lebih dari 1 atau sama dengan jawaban ya, maka masalah emosional ada atau ada gangguan emosional

Gangguan emosional (tidak ada masalah pada emosional)

Kesimpulan : Ny.S tidak mengalami masalah pada emosional

Lamiran 8

**TINGKAT KERUSKAN INTELEKTUAL MENGGUNAKAN SPMSQ (*SHORT PORTABLE MENIAL STATUS QUESIONER*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Benar | Salah | Nomer | Pertanyaan |
| ✓ |  | 1 | Tanggal berapa hari ini? |
| ✓ |  | 2 | Hari apa sekarang? |
| ✓ |  | 3 | Apa nama tempat ini? |
|  | ✓ | 4 | Dimana alamat anda? |
| ✓ |  | 5 | Berapa umur anda? |
|  | ✓ | 6 | Kapan anda lahir? |
|  | ✓ | 7 | Siapa presiden Indonesia? |
| ✓ |  | 8 | Siapa presiden Indonesia sebelumnya? |
| ✓ |  | 9 | Siapa nama ibu anda? |
|  | ✓ | 10 | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun |
|  | Jumlah |  | 4 |

Interpretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh

Itepretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 fungsi intelektual kerusakan berat

Keterangan:

1. Bisa dumaklumi bila dari satu kesalahan bila subjek banyak berpendidikan sekolah dasar.
2. Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
3. Bisa di maklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk objek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama.

Kesimpulan: Ny.s Menujukkan bahwa fungsi intelektual dalam kerusakan ringan

Lamiran 9

**IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF MENGGUNAKAN MMSE**

**(*MINI MENTAL STATUS EXAM*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek Kognitif | Nilai maks | Nilai klien | Kriteria |
| 1. | Orientasi | 5 | 5 | Menyebutkan dengan benar  Tahun: 2020  Musim: Panas  Tanggal: 13  Hari: senin  Bulan: 7 |
| 2. | Orientasi | 5 | 3 | Dimana sekarang kita berada?  Negara: Indonesia  Propinsi: Jawa Timur  Kabupaten/kota: Surabaya  Panti: hanya menyebutkan panti jompo  Wisma: klien lupa |
| 3. | Registrasi | 3 | 3 | Sebutkan 3 nama objek, 1 detik untuk mengatakan masing-masing ( missal: kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien:   1. Kursi 2. Meja 3. Kertas   (beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar) kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya. |
| 4. | Perhatian dan kalkulasi | 5 | 3 | Seri 7”s. 1 point untuk setiap kebenaran  Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat  Jawaban:   1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65 |
| 5. | Mengingat | 3 | 3 | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke 2 (tiap poin nilai 1) |
| 6. | Bahasa | 9 | 8 | Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menujukkan benda tersebut) 2 point  1. Bulpoint  2. Buku  Minta klien untuk mengulangi kata berikut:  “tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point)  Klien menjawab: Jika ada,dan jika, tetapi  Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.  Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai (3 point)  1. klien mengambil kertas  2. klien melipat kertas menjadi 2  3. klien meletakkan kertas dilantai  Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point)  “tutup mata anda” (1 point)  Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar (2 point) |
|  | Total nilai : | 30 | 25 | Intrepetasi: tidak ada gangguan kognitif |

Inpretasi :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan: Nilai klien 24 poin dimana menujukkan bahwa klien tidak ada gangguan pada kognitifnya.

Lamiran 10

**PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN**

Kebiasaan Merokok

1. >3 batang sehari
2. <3 batang sehari
3. Tidak merokok ✓

Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi

Frekuensi makan

1. 1 kali sehari
2. 2 kali sehari
3. 3 kali sehari ✓
4. Tidak teratur

Jumlah makanan yang dihabiskan

1. 1 porsi dihabiskan
2. ½ porsi yang di habiskan ✓
3. < ½ porsi yang dihabiskan
4. Lain-lain

Makanan tambahan

1. Dihabiskan
2. Tidak dihabiskan
3. Kadang-kadang dihabiskan ✓

Pola pemenuhan cairan

Frekuensi minm

1. < 3 gelas sehari
2. > 3 gelas sehari ✓

Jika jawaban <3 gelas sehari alasan

1. Takut kencing malam hari
2. Tidak haus
3. Persediaan air minum terbatas
4. Kebiasaan minum sedikit

Jenis minuman

1. Air putih ✓ (2)The (3) kopi (4) susu (5)lainnya,…..

Pola kebiasaan tidur

Jumlah waktu tidur

1. <4 jam (2) 4-6 jam ✓ (3) > 6 jam

Gangguan tidur berupa

1. Insomnia (2) sering terbangun ✓ (3) sulit mengawali (4) tidak ada gangguan

Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur

(1)Santai (2) Diam saja (3) Keterampilan (4) Kegaitan Keagamaan ✓

Pola Eliminasi BAB

Frekuensi BAB

1. 1 kali sehari ✓
2. 2 kali sehari
3. Lainya, ……..

Konsistensi

1. Encer
2. Keras
3. Lembek ✓

Gangguan BAB

1. Inkotinensia
2. Konstipasi
3. Diare
4. Tidak ada ✓

Pola BAK

Frekuensi BAK

1. 1-3 kali sehari
2. 4-6 kali sehari ✓
3. > 6 kali sehari

Warna Urine

1. Kuning jernih ✓
2. Putih jernih
3. Kuning keruh

Gangguan BAK

1. Inkontinensia Urine
2. Retensi urine
3. Lainnya, tidak terdapat gangguan ✓

Pola Aktivitas

Kegiatan produktif lansia yang sering di Lakukan

1. Membantu kegiatan dapur ✓
2. Berkebun
3. Pekerjaan rumah tangga
4. Ketrampilan tangan

Pola pemenuhan kebersihan diri

Mandi

1. 1 kali sehari
2. 2 kali sehari ✓
3. 3 kali sehari
4. < 1 kali sehari

Memakai sabun

1. Ya ✓ (2) Tidak

Sikat gigi

1. 1 kali sehari
2. 2 kali sehari ✓
3. Tidak pernah, alasan ………

Menggunakan pasta gigi

1. Ya ✓ (2) Tidak

Kebiasaan berganti pakaian bersih

1. 1 kali sehari ✓
2. >1 kali sehari
3. Tidak Ganti

Lamiran 11

**TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM KEHIDUPAN SEHARI-HARI MENGGUNAKAN INDEKS *BARTHEL***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Aktivitas | Nilai |  | Penilaian |
|  |  | Bantuan | Mandiri |  |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. | Makan  Minum  Berpindah ke kursi roda ketempat kursi dan sebaliknya  Kebersihan diri : cuci muka, menyisir, mencukur, aktivitas di kamar mandi (toileting)  Mandi .  Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)  Naik turun tangga  Berpakaian termasuk mengenakan sepatu  Mengontrol defekasi  Mengontrol berkemih  Olahraga/latihan  Rekreasi/pemanfaatan waktu luang | 5  5-10  0  5  0  0  5  5  5  5  5  5 | 10  15  5  10  5  5  10  10  10  10  10  10 | 10  15  0  10  5  5  5  10  10  10  5  10 |

Intepretasi : 85 termasuk dalam ketergantungan ringan

60 : Ketergantungan penuh

65-125 : Ketergantungan ringan

130 : Mandiri

Lamiran 12

**PENGKAJIAN RESIKO JATUH *MORSE FALL SCALE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor risiko | Skala | Skor | Skor Klien |
| Riwayat jatuh | Pernah  Tidak pernah | 25  0 | 0 |
| Diagnosis penyerta | ada  Tidak ada | 15  0 | 15 |
| Alat bantu untuk berpindah | 1. Perabotan (kursi, meja, dll) 2. Walker 3. Tidak ada/ bed/kursiroda, perawat | 30  15  0 | 15 |
| Penggunaan obat IV atau Heparin | 1. Menngunakan 2. Tidak menggunakan | 20  0 | 0 |
| Cara berjalan atau berpindah | 1. Tidak mampu 2. Lemah 3. Normal, bedrest, imobiisasi | 20  10  0 | 10 |
| Keadaan mental status | 1. Mudah lupa 2. Orientasi baik | 2  0 | 2 |
| TOTAL |  |  | 42 |

Intepretasi : total skor 42 dimana klien termasuk dalam resiko jatuh sedang

Skor > 45 : Resiko tinggi

Skor 25-44 : Resiko sedang

Skor 0-24 : Resiko rendah

Lamiran 13

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**

**MELATIH ROM AKTIF**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pengertian** | ROM (Range of Motion) adalah latihan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot tonus otot. ROM Aktif adalah pergerakan yang dialakukan seseorang dengan menggunakan energy sediri. |
| **Tujuan** | * Melatih aktivitas seluruh sendi tubuh * Meningkatkan atau mempertahankan flesibilitas * Mencegah kekakuan sendi * Mencegah kelainan bentuk, kaku dan kotraktur * Merangsang sirkulasi darah * Mempertahankan fungsi jatung dan pernapasan |
| **Prosedur** | 1. **Persiapan** 2. **Persiapan pasien**  * Patikan identitas pasien * Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan * Pastikan pasien dalam posisi yang aman dan nyaman * Jaga privasi pasien  1. **Persiapan alat**  * Bantal * Goneometer * Tempat duduk/pegangan * Minyak pengahangat, bila perlu  1. **Persiapan perawat**  * Melakukan pengecekan program terapi * Cuci tangan * Tempatkan alat didekat pasien  1. **Penatalaksanaan** 2. Berikan salam, serta memperkenalkan diri 3. Jelaskan prosedeur tindakan 4. Bantu klien dalam posisi yang nyaman 5. Cuci tangan 6. Amati klien dan jaga keamanan gerak klien 7. Pelaksanaan:  * Panggul :  1. **Fleksi**: menggerakkan kaki dan tungkai depan dan keatas sejauh 900-1200 2. **Ektensi** : menggerakkan kembali kaki dan tungkai kesamping kesamping tungkai kaki lainnya sejauh 900-1200 3. **Hiperekstensi** : mengerakkan kaki dan tungkai kebelakang dan keatas sejauh 300-500 4. **Abduksi** : menggerakkan kaki dan tungkai kesamping luar tubuh sejauh 300-500 5. **Adduksi**: menggerakkan kaki dan tungkai ke arah tubuh sejauh 300-500 6. **Rotasi dalam** : memutarkan kaki dan tungkai kearah kaki lain sejauh 900 7. **Rotasi luar** : memutar kaki dan tungkai keluartubuh menjauhi tungkai lain sejauh 900 8. **Sirkumduksi** : menggerakkan kaki dan tungkai memutar 3600  * Lutut  1. **Fleski** : keraha belakang paha sejauh 1200-1300 2. **Ekstensi** : menggerakkan kembali tumit ke lantai lurus sejauh 1200-1300  * Pergelangan kaki  1. **Dorsofleksi**: menggerakkan pungung kaki kearah bawah sejauh 200-300 2. **Planterfleksi**: mengerakkan punggung kaki kebawah sejauh 450-500 3. **Inversi** :memutar telak kaki kesamping dalam tubuh sejauh 100 4. **Eversi** : memutar telapak kaki kesamping dalam tubuh sejauh 100  * Jari-jari kaki  1. **Fleksi** : menggerakkan jari kebawah dengan rentang 300-600 2. **Ekstensi** : menggerakkan jari kaki kembali kekeadaan semula dengan rentang 300-400 3. **Abduksi**: gerakan jari kaki menjauh satu sama lain dengan rentang 150 4. **Adduksi** : merapatkan kembali jari kaki dengan rentang 150 5. Dokumentasi 6. Catat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan 7. Awasi tanda-tanda adanya gangguan system neurologi 8. Catat tingkat toleransi gerakan pasien |