**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSIS NYERI AKUT *RHEUMATOID*** ***ARTHRITIS*** **DI**

**WILAYAH KELURAHAN DESA GEMURUNG**

**SIDOARJO**



**Disusun Oleh :**

**MUHAMMAD MASRUR SUYUTHI S.Kep**

**NIM. 193.0055**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSIS NYERI AKUT *RHEUMATOID*** ***ARTHRITIS*** **DI**

**WILAYAH KELURAHAN DESA GEMURUNG**

**SIDOARJO**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat**

**untuk memperoleh gelas Ners (Ns)**



**OLEH :**

**MUHAMMAD MASRUR SUYUTHI S.Kep**

**NIM. 193.0055**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini Muhammad Masrur Suyuthi S.Kep NIM.1930055 dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |  |
| --- | --- |
| Surabaya, Juli 2020Penulis |  |
| **WhatsApp Image 2020-10-12 at 12.42.39.jpeg****NIM. 193.0055** |

#  HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Muhammad Masrur Suyuthi, S.Kep

NIM : 193.0055

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. M Dengan Diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* Di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung Sidoarjo

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 2020**

|  |
| --- |
|  **Pembimbing** |
| **Hidayatus S., S.Kep.,Ns., M.Kep.** **NIP.03026** |

#  HALAMAN PENGESAHAN

Proposal dari :

Nama : Muhammad Masrur Suyuthi, S.Kep

NIM : 193.0055

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. M Dengan Diagnosa

*Rheumatoid* *Arthritis* Di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung

Sidoarjo

Telah dipertahankan di hadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners” pada prodi pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : **Yoga K., M.Kep.,Ns. Sp. Kep. Kom**

**NIP. 03042**

****

****

Penguji II : **Hidayatus S., S.Kep.,Ns., M.Kep**

**NIP. 03026**

Ditetapkan : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

#  KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

 Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Wiwiek Lestyaningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Hidayatus S., S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang penuh keabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ini.
5. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
6. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Juli 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

Cover Dalam i

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc46277727)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc46277728)ii

[HALAMAN PENGESAHAN iiv](#_Toc46277729)

**LEMBAR PERSEMBAHAN v**

[KATA PENGANTAR iv](#_Toc46277730)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc46277731)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc46277732)i

**DAFTAR GAMBAR xii**

**BAB I PENDAHULUAN**

[1.1 Latar Belakang Masalah 1](#_Toc46277733)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc46277734)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc46277735)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc46277736)

[1.3.2 Tujuan Khusus 5](#_Toc46277737)

[1.4 Manfaat Karya Ilimiah Akhir 5](#_Toc46277738)

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

[2.1 Konsep Lansia 7](#_Toc46277739)

[2.1.1 Pengertian Lansia 7](#_Toc46277740)

[2.1.2 Batasan-batasan lanjut usia 8](#_Toc46277741)

[2.1.3 Perubahan yang terjadi pada lansia 8](#_Toc46277742)

[2.1.4 Kebutuhan Dasar Lansia 10](#_Toc46277743)

[2.2 Konsep Medis 13](#_Toc46277746)

[2.2.1 Pengertian *Rheomatoid Arthritis* 13](#_Toc46277747)

[2.2.2 Patofisiologi 14](#_Toc46277748)

[2.2.3 Etiologi 21](#_Toc46277749)

[2.2.4 Manifestasi Klinis 22](#_Toc46277750)

[2.2.5 Penatalaksanaan 23](#_Toc46277751)

[2.2.6 Konsep Asuhan Keperawatan 38](#_Toc46277752)

[2.2.7 Pengkajian Keperawatan 38](#_Toc46277753)

[2.2.8 Diagnosa Keperawatan 39](#_Toc46277754)

[2.2.9 Perencanaan Keperawatan 40](#_Toc46277755)

[2.2.10 Asuhan keperawatan pasien dengan *Rhemathoid atrithis* 40](#_Toc46277756)

[2.2.11 Pengkajian 40](#_Toc46277757)

**BAB III TINJAUAN KASUS**

[3.1 Pengkajian Keperawantan 28](#_Toc46277758)

[3.1.1 Identitas Pasien 28](#_Toc46277759)

[3.1.2 Riwayat Kesehatan 28](#_Toc46277760)

[3.1.3 Status Fisiologis 31](#_Toc46277761)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe)* 31](#_Toc46277762)

[3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia 34](#_Toc46277763)

[3.1.6 Pengkajian Psikososial 34](#_Toc46277764)

[3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan 35](#_Toc46277765)

[3.1.8 Pengkajian Lingkungan 35](#_Toc46277766)

[3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck 36](#_Toc46277767)

[3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga 36](#_Toc46277768)

[3.1.11 Masalah Emosional 36](#_Toc46277769)

[3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ 36](#_Toc46277770)

[3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE 37](#_Toc46277771)

[3.1.14 Indeks Barthel 37](#_Toc46277772)

[3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ 37](#_Toc46277773)

[3.2 Pemeriksaan Penunjang 38](#_Toc46277774)

[3.3 Analisa Data 39](#_Toc46277775)

[3.4 Prioritas Masalah 41](#_Toc46277776)

[3.5 Perencanaan 28](#_Toc46277777)

[3.6 Tindakan keperawatan 32](#_Toc46277778)

**BAB IV PEMBAHASAN**

[4.1 Pengkajian 38](#_Toc46277779)

[4.2 Diagnosis Keperawatan 41](#_Toc46277780)

[4.3 Perencanaan Keperawatan 43](#_Toc46277781)

[4.4 Implementasi Keperawatan 45](#_Toc46277782)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 47](#_Toc46277783)

**BAB V Kesimpulan dan saran**

[5.1 Simpulan 53](#_Toc46277784)

[5.2 Saran 53](#_Toc46277785)

**DAFTAR PUSTAKA**

# DAFTAR TABEL

[3.2 Pemeriksaan Penunjang 38](#_Toc46277774)

[3.3 Analisa Data 39](#_Toc46277775)

[3.4 Prioritas Masalah 41](#_Toc46277776)

[3.5 Perencanaan 28](#_Toc46277777)

[3.6 Tindakan keperawatan 32](#_Toc46277778)

**DAFTAR GAMBAR**

2.3 WOC *Arthritis rheumatoid* 26

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

# Latar Belakang Masalah

Lanjut usia adalah tahap akhir dari proses penuaan. Menjadi tua (aging) merupakan proses perubahan biologis secara terus menerus yang dialami pada semua manusia pada semua tingkat umur dan waktu. Masa usia lanjut memang masa yang tidak bisa dielakkan oleh siapapun khususnya bagi yang dikaruniai umur panjang, yang bisa dilakukan oleh manusia hanyalah menghambat proses menua agar tidak terlalu cepat, karena pada hakikatnya dalam proses menua menjadi suatu kemunduran dan penurunan (Suardiman, 2011).

Rematik adalah semua keadaan yang disertai dengan adanya nyeri dan kaku pada system musculoskeletal, dan ini termasuk juga gangguan atau penyakit yang berhubungan dengan jaringan ikat (Wiwied, 2016). Penyakit rematik sudah dikenal lama, lebih dari 355 juta jiwa penduduk dunia menderita rematik. Artinya satu dari enam orang didunia menderita rematik. Angka ini diperkirakan akan terus meningkat hingga 2025, dengan indikasi 25% mengalami kelumpuhan (Khomsan dan Yuni, 2015).

Dari segi pelayanan kesehatan bertambahnya jumlah lanjut usia dapat diartikan bertambah pula permasalahan kesehatan. Diantara berbagai masalah kesehatan pada lansia yang menjadi kondisi kronik adalah penyakit sendi/rematik, hipertensi, dan diikuti penyakit lainnya (Smeltzer,2011).

(Ann Crawford, PhD, RN, CNS, CEN, and Helene Harris, MSN, RN, 2015) Di dunia, rematik merupakan penyakit muskuloskeletal yang paling sering terjadi.

WHO (2019) mendata penderita gangguan sendi di Indonesia mencapai 81% dari populasi, hanya 24% yang pergi kedokter, sedangkan 71% nya cenderung langsung mengkonsumsi obat-obatan pereda nyeri yang terjual bebas. Angka ini menempatkan Indonesia sebagai Negara yang paling tinggi menderita gangguan sendi jika dibandingkan Negara-negara di Asia lainnya seperti Hongkong, Malaysia, Singapura, dan Taiwan. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit sendi adalah umur, jenis kelamin, genetik, obesitas dan penyakit metabolic, cedera sendi, pekerjaan dan olah raga. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 untuk penyakit sendi secara nasional pravalensinya berdasarkan diagnosis dokter umur 65-74 tahun (18.6%), umur >75 tahun (18.9%), berdasarkan jenis kelamin laki-laki (6.1%) perempuan (8.9%). Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten sidoarjo didapatkan jumlah 5 penyakit terbesar di Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2018 yang pertama adalah penyakit reumatik (67,51%), kemudian diikuti Jantung (66,09%), Cedera (62,83%), Dm (61,96%), Stroke (39,53%)

Berbagai gangguan fisik muncul pada lansia salah satunya adalah nyeri pada artritis reumatoid. Nyeri pada penderita artritis reumatoid adalah gejala yeng sering terjadi pada lansia. Nyeri pada penyakit pada penyakit artritis reumatoid terutama disebabkan oleh adanya inflamsi yang mengakibatkan dilepasnya mediator-mediator kimiawi, kinin dan mediator kimiawi lainya dapat merangsang timbulnya rasa nyeri. Prostaglandin berperan dalam meningkatkan dan memperpanjang rasa nyeri yang disebabkan oleh suatu rangsangan stimulus. Pada penderita artritis reumatoid bila tidak segera diatsasi, penyakit ini dapat menyebabkan penderita mengalami kesulitan untuk bergerak dan berjalan (Smeltzer & Bare, 2011). Ketidakmampuan yang dialami menimbulkan masalah baru seperti gangguan mobilitas, ketidakmampuan fisik, dan menurunya kemampuan melakukan perawatan diri sehingga dibutuhkan tingkat kemandirian yang baik untuk lansia (Handono&Isbagyo, 2016). Berbagai tindakan dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri pada artritis reumatoid, meliputi farmokologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis dengan menggunakan analgetik sedangkan terapi nonfarmakologis meliputi masase, kompres baik kopres dingin maupun kompres hangat (Potter & Perry, 2015). Imobilisai, distraksi, dan relaksasi. Relaksasi merupakan teknik merelaksasikan ketegangan otot atau pengendoran.

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan ispirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventrikel paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2011). Kemandirian untuk lansia dengan melakukan upaya tindakan preventif dengan melakukan olahraga secara teratur, melakukan pengaturan pola diet seimbang dengan mengurangi makanan yang mengandung tinggi purin dan tinggi protein. Bila nyeri muncul dilakukan sebuah tindakan dengan menggunakan terapi modalitas diantaranya melakukan kompres hangat (Brunner&Suddarth, 2002) dan bila ada kemerahan dan bengkak menggunakan kompres dingin (Meiner&Luekenotte, 2014).

Berdasarkan latar belakang di atas maka perlu kami memberikan asuhan keperawatan rhemathoid atritis pada lamsia di desa gemurung

# Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, dikemukakan rumusan masalah penelitian adalah: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik, Pada Ny. M dengan diagnosa medis *Rhematoid Atritis* di desa Gemurung ?

# Tujuan Penulisan

# Tujuan Umum

Tujuan umum karya ilmiah akhir ini adalah untuk mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan Gerontik pada klien dengan masalah *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung

# Tujuan Khusus

Melakukan pengkajian pada klien dengan diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung

1. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung
2. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung
3. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Rheumatoid* *Arthritis* di Wilayah Kelurahan Desa Gemurung

# Manfaat Karya Ilimiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan kejadian *disability* dan mortalitas pada klien dengan masalah *Rheumatoid* *Arthritis*

1. Secara Praktis
2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan Gerontik pada klien dengan masalah *Rheumatoid* *Arthritis* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

1. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada klien tentang deteksi dini *Rheumatoid* *Arthritis* sehingga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan Gerontik pada klien dengan *Rheumatoid* *Arthritis* Sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

**BAB II**

**TINJAUN PUSTAKA**

# Konsep Lansia

# Pengertian Lansia

Menurut World Health Organisation (WHO), lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 keatas. Lansia merupakan kelompok usia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan mengalami Aging Process atau proses penuaan (Maryam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedi, & Batubara, 2015). Proses penuaan adalah dimana proses menurunnya fungsi tubuh yang dikarenakan berkurangnya atau rusaknya sel-sel yang ada di dalam tubuh. Proses penuaan ini akan terjadi apabila seseorang telah melewati tahap dewasa akhir. Seiring dengan proses menua maka tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan termasuk mengalami penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif umumnya akan menyerang fisik lansia, termasuk menyerang sistem musculoskeletal pada lansia. Proses menua umumnya akan membuat cairan tulang menurun sehingga rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor, tendon mengkerut dan mengalami sklerosis (Maryam et al., 2014). Masalah yang sering dijumpai pada lansia dikarenakan menurunnya fungsi tubuh dan terganggunya psikologis pada lansia. Masalah yang sering terjadi diantaranya mudah jatuh, mudah lelah, dan sesak nafas saat beraktivitas fisik serta nyeri pada persendian. Rheumatoid arthritis merupakan salah satu radang sendi yang dialami lansia (Aspiani, 2014).

# Batasan-batasan lanjut usia

Menurut *World Health Organitation* (WHO) lansia meliputi :

1. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60 sampai 74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75 sampai 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas usia 90 tahun

Menurut Departemen Kesehatan RI (2014) pengelompokkan lansia menjadi :

1. Virilitas (*prasenium*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
2. Usia lanjut dini (*senescen*) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
3. Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

# Perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut Nugroho (2013), perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya adalah :

1. Perubahan fisik seperti perubahan sel, sistem pernafasan, sistem pendengaran,sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, sistem pencernaan, sistem endokrin, sistem integument, dan muskuloskeletal.

Perubahan mental dipengaruhi beberapa faktor berawal dari perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), dan lingkungan. Biasanya lansia akan menunjukkan perubahan mental pada memori (kenangan) dimana kenangan jangka panjang lebih dominan dibandingkan kenangan jangka pendek. Intelegensi akan menurun dengan bertambahnya usia seseorang. Beberapa perubahan seperti perkataan verbal, berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan serta perubahan daya imajinasi.

1. Perubahan psikososial seperti pensiun maka lansia akan mengalami berbagai kehilangan yaitu kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman atau relasi, dan kehilangan pekerjaan , merasakan atau sadar akan kematian (sense of awareness of mortality), kehilangan pasangan, berpisah dari anak dan cucu, perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan, dan penyakit kronis dan ketidakmampuan. Melihat proses penuaan dan perubahan yang terjadi pada lansia maka dapat mempengaruhi pengetahuan dan memori lansia. Lansia akan mengalami perubahan kognitif, afektif, dan psikomotor (Christensen, 2006). Perubahan kognitif yang terjadi pada lansia dapat dilihat dari penurunan intelektual terutama pada tugas yang membutuhkan kecepatan dan tugas yang memerlukan memori jangka pendek serta terjadi perubahan pada daya fikir akibat dari penurunan sistem tubuh, perubahan emosi, dan perubahan menilai sesuatu terhadap suatu objek tetentu merupakan penurunan fungsi afektif. Sedangkan penurunan psikomotor dapat dilihat dari keterbatasan lansia menganalisa informasi, mengambil keputusan, serta melakukan suatu tindakan (Nugroho, 2014).

# Kebutuhan Dasar Lansia

Kebutuhan lanjut usia adalah kebutuhan manusia pada umumnya, yaitu kebutuhan makan, perlindungan makan, perlindungan perawatan, kesehatan dan kebutuhan sosial dalam mengadakan hubungan dengan orang lai, hubungan antar pribadi dengan keluarga, teman-teman sebaya dan hubungan dengan organisasi-organisasi sosial, dengan penjelasan sebagai berikut:

# Kebutuhan utama, yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis/biologis seperti, makanan yang bergizi, seksual, pakaian, perumahan/tempat beribadah.
2. Kebutuhan ekonomi berupa penghasilan yang memadai.
3. Kebutuhan kesehatan fisik, mental, perawatan pengobatan.
4. Kebutuhan psikologis, berupa kasih sayang adanya tanggapan dari orang lain, ketentraman, merasa berguna, memiliki jati diri, serta status yang jelas.
5. Kebutuhan sosial, berupa peranan dalam hubungan-hubungan dengan orang lain, hubungan pribadi dalam keluarga, teman-teman dengan organisasi-organisasi sosial

# Kebutuhan sekunder, yaitu:

1. Kebutuhan dalam melakukan aktivitas.
2. Kebutuhan dalam mengisi waktu luang/rekreasi.
3. Kebutuhan yang bersifat politis, yaitu meliputi status, perlindungan hukum, partisipasi dan keterlibatan dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan dan
4. negara atau pemerintah. Kebutuhan yang bersifat kegamaan/spiritual, seperti memahami akan makna keberadaan diri sendiri di dunia dan memahami hal-hal yang tidak diketahui/diluar kehidupan termasuk kematian.

# Perubahan Fisiologis pada Lansia

Menua merupakan suatu hal yang wajar dialami oleh setiap manusia. Menjadi tua atau menua akan mengakibatkan turunnya fungsi tubuh atau terjadinya perubahan fisiologis. Pada lansia perubahan fisiologis terjadi secara menyeluruh, baik fisik, sosial, mental, dan moral spiritual, yang keseluruhannya saling berkaitan dan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Perubahan fisiologisyang umum terjadi pada lansia yakni perubahan pada system kardiovaskuler, system gastrointestinal, system respiratori, system endokrin, system integument, system neurologi, system genetourinari, system sensori, dan perubahan system musculoskeletal (Padila, 2013).

Perubahan system musculoskeletal pada usia lanjut antara lain penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh penurunan masa otot, ukuran otot mengecil, sel otot yang mati digantikan oleh jaringan ikat dan lemak, kekuatan atau jumlah daya yang dihasilkan oleh otot menurun dengan bertambahnya usia, serta kekuatan otot ekstrimitas bawah berkurang sebesar 40% antara usia 30 sampai 80 tahun (Padila, 2013). Lanjut usia juga akan mengalami penurunan cairan tulang yang mengakibatkan tulang menjadi mudah rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor, tendon mengkerut dan mengalami sklerosis (Artinawati, 2014).

Penurunan pada massa tulang merupakan hal yang umum dialami oleh lansia. Penurunan itu sendiri dapat diakibatkan oleh ketidakaktifan fisik, perubahan hormonal dan resorpsi tulang. Efek dari penurunan ini adalah tulang menjadi lemah, kekuatan otot menurun, cairan sinovial mengental dan terjadi klasifikasi kartilago (Artinawati, 2014). Penyakit tulang yang umum dijumpai pada lanjut usia adalah rheumatoid arthritis. Rheumatoid arthritis merupakan penyakit inflamasi sistemik kronik atau penyakit autoimun dimana rheumatoid artritisini memiliki karakteristik terjadinya kerusakan pada tulang sendi, ankilosis dan deformitas. Penyakit ini adalah salah satu dari sekelompok penyakit jaringan penyambung difus yang diperantarai oleh imunitas (Ningsih & Lukman, 2013).

Lansia yang menderita rheumatoid arthritis umumnya mengeluh nyeri dan kaku pada pagi hari. Nyeri yang dirasakan lansia dengan rheumatoid arthritis dimulai dari adanya faktor pencetus, yaitu berupa autoimun atau infeksi, dilanjutkan dengan adanya poliferasi makrofag dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskular dan terjadi proliverasi sel-sel endotel, yang mengakibatkan terjadinya neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlibat mengalami oklusi oleh bekuan-bekuan kecil atau sel-sel inflamasi. Inflamasi didukung oleh sitokin yang penting dalam inisiasi yaitu TNF (tumor necrosis factor), interleukin-1 dan interleukin-6, selanjutnya akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan iregular pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Substansi vasoaktif (histamin, kinin, prostaglandin) dilepaskan pada daerah inflamasi, sehingga mengakibatkan meningkatknya aliran darah dan permeabilitas pembuluh darah, hal ini menyebabkan edema, rasa hangat, erythema dan rasa sakit/nyeri (Suarjana, 2009)

# Konsep Medis

# Pengertian *Rheomatoid Arthritis*

*Arthritis rheumatoid* adalah penyakit autoimun yang disebabkan karena adanya peradangan atau inflamasi yang dapat menyebabkan kerusakan sendi dan nyeri. Nyeri dapat muncul apabila adanya suatu rangsangan yang mengenai reseptor nyeri. Penyebab *Rheumatoid* *Arthritis* belum diketahui secara pasti, biasanya hanya kombinasi dari genetic, lingkungan, hormonal, dan faktor system reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus (Yuliati, et.a., 2013). *Rheumatoid* *Arthritis* (RA) adalah autoimun sistemik yang kronis penyakit yang melibatkan peradangan dan degenerasi sendi yang mempengaruhi diperkirakan 1% orang di seluruh dunia. RA adalah penyakit yang tak tersembuhkan, dan tanda-tanda yang melemahkan dan gejala biasanya berdampak negatif kualitas hidup seseorang. (Ann Crawford, PhD, RN, CNS, CEN, and Helene Harris, MSN, RN, 2015)

# Patofisiologi

Kerusakan sendi yang dialami oleh penderita rheumatoid arthritis dimulai dari adanya faktor pencetus, yaitu berupa autoimun atau infeksi, dilanjutkan dengan adanya poliferasi makrofag dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskular dan terjadi proliverasi sel-sel endotel, yang mengakibatkan terjadinya neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlibat mengalami oklusi oleh bekuan-bekuan kecil atau sel-sel inflamasi.Inflamasi didukung oleh sitokin yang penting dalam inisiasi yaitutumor necrosis factor (TNF), interleukin-1 dan interleukin-6, selanjutnya akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan iregular pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Substansi vasoaktif (histamin, kinin, prostaglandin) dilepaskan pada daerah inflamasi, meningkatkan aliran darah dan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema, rasa hangat, erythema dan rasa sakit, serta membuat granulosis lebih mudah keluar dari pembuluh darah menuju daerah inflamasi. Inflamasi kronik pada jaringan lapisan sinovial menghasilkan poliferasi jaringan sehingga membentuk jaringan pannus. Pannus menginvasi dan merusak rawan sendi dan tulang. Berbagai macam sitokin, interleukin, proteinase dan faktor petumbuhan dilepaskan, sehingga mengakibatkan destruksi sendi dan komplikasi sistemik (Suarjana, 2009).

# Proses Menua

# Definisi Menua

Menua adalah sautu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang hanya di mulai dari satu waktu tertentu, tapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menua merupakan proses ilmiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan-gerakan lambat, dan postur tubuh yang tidak proforsional (Nugroho, 2016).

Menurut Nugroho (2016) menua dapat disimpulkan bahwa manusia secara perlahan mengalami kemunduran struktur dan fungsi organ. Kondisi ini jelas menunjukkan bahwa proses menua itu merupakan kombinasi dan bermacam-macam faktor yang saling berkaitan yang dapat mempengaruhi kemandirian dan kesehatan lanjut usia, termasuk kehidupan seksualnya.

Menurut Pudjiastuti & Utomo (2003), bahwa penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Bila seseorang mengalami penuaan fisiologis (physiological aging), diharapkan mereka tua dalam keadaan sehat (healthy aging).

Bertambah tua atau lansia selalu berhubungan dengan penurunan tingkat aktivitas fisik. Hal ini disebabkan oleh 3 hal, yaitu:

1. perubahan pada struktur dan jaringan penghubung (kolagen dan elastin) pada sendi,
2. tipe dan kemampuan aktivitas pada lansia berpengaruh sangat signifikan terhadap struktur dan fungsi jaringan pada sendi
3. patologi dapat mempengaruhi jaringan penghubung sendi, sehingga menyebabkan Functional Limitation atau keterbatasan fungsi dan disability. Faktor- faktor lain yang dapat mempengaruhi penurunan tingkat aktivitas fisik lansia adalah genetik, kebiasaan hidup sebelumnya, trauma atau kecelakaan, dan lain-lain (Gruccione, 2015).

# Perubahan - Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Nugroho (2015) lansia pada umumnya mengalami beberapa perubahan yaitu perubahan fisik/fisiologis, perubahan mental/psikologis dan perubahan psikososial. Pada proses menua, perubahan fisiologis akan terjadi pada sistem muskuloskeletal, saraf, kardiovaskuler, respirasi, indra, dan integumen. Terkait dengan tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berhubungan dengan sistem muskuloskeletal, maka pada penulisan ini akan di bahas perubahan fisiologis pada sistem muskuloskeletal (Pudjiastuti & Utomo, 2015).

Perubahan pada sistem muskuloskeletal pada lansia seperti tulang kehilangan kepadatannya sehingga mudah rapuh, kyphosis (tubuh membungkuk), persendian besar dan kaku (Nugroho, 2016)

# Perubahan Fisiologis Penuaan

Menurut Pudjiastuti (2015), perubahan pada sistem muskuloskeletal antara lain sebagai berikut:

1. Jaringan penghubung (kolagen dan elastin).

Kolagen sebagai protein pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan cross linking yang tidak teratur. Bentangan yang tidak teratur dan penurunan hubungan tarikan linier pada jaringan kolagen merupakan salah satu alasan penurunan mobilitas pada jaringan tubuh. Setelah kolagen mencapai puncak fungsi atau daya mekaniknya karena penuaan, daya elastisitas dan kekakuan dari kolagen menurun karena mengalami perubahan kualitatif dan kuantitatif sesuai penuaan. Perubahan pada kolagen itu merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok, dan berjalan, dan hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

1. Kartilago.

Jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif. Proteoglikan yang merupakan komponen dasar matriks kartilago berkurang atau hilang secara bertahap. Setelah matriks mengalami deteriorasi, jaringan fibril pada kolagen kehilangan kekuatannya, dan akhirnya kartilago cenderung mengalami fibrilasi. Perubahan tersebut sering terjadi pada sendi besar penumpu berat. Akibat perubahan itu sendi mudah mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak, dan terganggunya aktivitas sehari-hari.

1. Tulang

Berkurangnya kepadatan tulang adalah bagian dari penuaan fisiologis. Trabekula longitudinal menjadi tipis dan trabekula transversal terabsorbsi kembali. Sebagai akibat perubahan itu, jumlah tulang spongiosa berkurang dan tulang kompakta menjadi tipis. Perubahan lain yang terjadi adalah penurunan estrogen sehinggga produksi osteoklas tidak terkendali, penurunan penyerapan kalsium di usus, peningkatan kanal Haversi sehingga tulang keropos. Berkurangnya jaringan dan ukuran tulang secara keseluruhan menyebabkan kekakuan dan kekuatan tulang menurun.

1. Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi. Penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung, dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Dampak dari efek negatif tersebut adalah penurunan kekuatan, penurunan fleksibilltas, peningkatan waktu reaksi, dan penurunan kemampuan fungsional otot.

1. Sendi

Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen, dan fasia mengalami penurunan elastisitas. Ligamen, kartilago, dan jaringan periartikular mengalami penurunan daya lentur dan elastisitas. Terjadi degenerasi, erosi, dan kalsifikasi pada kartilago dan kapsul sendi. Sendi kehilangan fleksibilitasnya sehingga terjadi penurunan luas gerak sendi.

 Beberapa kelainan akibat perubahan pada sendi yang banyak terjadi pada lansia antara lain osteoartritis, artritis reumatoid, gout, dan pseudogout. Kelainan tersebut dapat menimbulkan gangguan berupa bengkak, nyeri, kekakuan sendi, keterbatasan luas gerak sendi, gangguan jalan, dan aktivitas keseharian lainnya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa usia lanjut adalah tahap akhir dari siklus kehidupan manusia di dunia ini dimana pada tahap ini akan terjadi perubahan anatomi dan penurunan berbagai sistem fisiologis dalam tubuh manusia yang pada akhirnya akan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk menjalankan aktivitas kehidupannya.

Selain secara fisiologis menua juga dapat terjadi secara patologis yaitu dengan adanya berbagai macam penyakit, diantaranya yang terkait dengan perubahan muskuloskeletal yaitu penyakit Reumatoid Artritis.

# Konsep Medis

# Pengertian *Rheomatoid Arthritis*

*Arthritis rheumatoid* adalah penyakit autoimun yang disebabkan karena adanya peradangan atau inflamasi yang dapat menyebabkan kerusakan sendi dan nyeri. Nyeri dapat muncul apabila adanya suatu rangsangan yang mengenai reseptor nyeri. Penyebab *Arthritis rheumatoid* belum diketahui secara pasti, biasanya hanya kombinasi dari genetic, lingkungan, hormonal, dan faktor system reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus (Yuliati, et.a., 2013). *Arthritis rheumatoid* (RA) adalah autoimun sistemik yang kronis penyakit yang melibatkan peradangan dan degenerasi sendi yang mempengaruhi diperkirakan 1% orang di seluruh dunia. RA adalah penyakit yang tak tersembuhkan, dan tanda-tanda yang melemahkan dan gejala biasanya berdampak negatif kualitas hidup seseorang. (Ann Crawford, PhD, RN, CNS, CEN, and Helene Harris, MSN, RN, 2015)

# Patofisiologi

Kerusakan sendi yang dialami oleh penderita rheumatoid arthritis dimulai dari adanya faktor pencetus, yaitu berupa autoimun atau infeksi, dilanjutkan dengan adanya poliferasi makrofag dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskular dan terjadi proliverasi sel-sel endotel, yang mengakibatkan terjadinya neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlibat mengalami oklusi oleh bekuan-bekuan kecil atau sel-sel inflamasi.Inflamasi didukung oleh sitokin yang penting dalam inisiasi yaitutumor necrosis factor (TNF), interleukin-1 dan interleukin-6, selanjutnya akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan iregular pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Substansi vasoaktif (histamin, kinin, prostaglandin) dilepaskan pada daerah inflamasi, meningkatkan aliran darah dan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema, rasa hangat, erythema dan rasa sakit, serta membuat granulosis lebih mudah keluar dari pembuluh darah menuju daerah inflamasi. Inflamasi kronik pada jaringan lapisan sinovial menghasilkan poliferasi jaringan sehingga membentuk jaringan pannus. Pannus menginvasi dan merusak rawan sendi dan tulang. Berbagai macam sitokin, interleukin, proteinase dan faktor petumbuhan dilepaskan, sehingga mengakibatkan destruksi sendi dan komplikasi sistemik (Suarjana, 2016).

# Etiologi

Penyebab *Rheumatoid* *Arthritis* masih belum diketahui secara pasti walaupun banyak hal mengenai patologis penyakit ini telah terungkap. Penyakit ini belum dapat dipastikan mempunyai hubungan dengan faktor genetik. Namun, berbagai faktor (termasuk kecenderungan genetik) bisa memengaruhi reaksi autoimun. Faktor-faktor yang berperan antara lain adalah jenis kelamin, infeksi, keturunan, dan lingkungan. dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit *Rheumatoid* *Arthritis* adalah jenis kelamin, keturunan, lingkungan, dan infeksi. Ada beberapa teori yang dikemukakan mengenai penyebab rheumatoid atritis, yaitu: infeksi streptokokkus hemolitikus dan streptokokus non-hemolitikus, endokrin, autoimun, metabolic, faktor genetic serta faktor pemicu lingkungan. Pada saat ini, rheumatoid atritis diduga disebabkan oleh faktor autoimun dan infeksi. Autoimun ini bereaksi terhadap kalogen tipe II: faktor injeksi mungkin disebabkan oleh virus dan organisme mikroplasma atau group difteroid yang menghasilkan antigen kolagen tipe II dari tulang rawan sendi penderita.

*Rheumatoid* *Arthritis* adalah penyakit autoimun yang terjadi pada individu rentan setelah respons imun terhadap agen pemicu yang tidak diketahui. Agen pemicunya adalah bakteri, mikroplasma, atau virus yang tidak diketahui. Agen pemicunya adalah bakteri, mikroplasma atau virus yang menginfeksi sendi atau mirip sendi secara antigenik. Biasanya respons antibodi awal terhadap mikroorganisme diperantai oleh IgG. Walaupun respons ini berhasil menghancurkan mikroorganisme, individu yang mengalami RA mulai membentuk antibodi lain, biasanya IgM atau IgG, terhadap antibodi IgG awal.

# Manifestasi Klinis

Gejala awal terjadi beberapa sendi sehingga disebut poli athritis rhomatoid. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, sendi lutut, sendi siku, pergelangan kaki, sendi bahu, serta sendi panggul dan biasanya bersifat bilateral atau simetris. Tetapi kadang-kadang hanya terjadi pada satu sendi disebut *Rheumatoid* *Arthritis* mono-artikular.

Gejala *Rheumatoid* *Arthritis* tergantung pada tingkat peradangan jaringan. Ketika jaringan tubuh meradang, penyakit ini aktif. Ketika jaringan berhenti meradang, penyakit ini tidak aktif. Remisi dapat terjadi secara spontan atau dengan pengobatan dan pada minggu-minggu terakhir bisa bulan atau tahun, orang-orang pada umumnya merasa sakit ketika penyakit ini aktif lagi (kambuh) atau pun gejala kembali (Reeves, 2014).

Ketika penyakit ini aktif gejala dapat termasuk kelelahan, kehilangan energi, kekurangan nafsu makan, demam, nyeri otot dan sendi dan kekakuan. Otot dan kekakuan sendi biasanya paling sering di pagi hari. Disamping itu juga manifestasi klinis RA sangat bervariasi dan biasanya mencerminkan stadium serta beratnya penyakit. Rasa nyeri, pembengkakan, panas, eritemia dan gangguan fungsi merupakan klinis yang klasik untuk *Rheumatoid* *Arthritis* (Smeltzer & Bare, 2015).

Adapun tanda dan gejala yang umum ditemukan atau sangat serius terjadi pada lanjut usia (Buffer,2010) yaitu: sendi terasa nyeri dan kaku pada pagi hari, bermula sakit dan kekakuan pada daerah lutut, bahu, siku, pergelangan tangan dan kaki, juga jari-jari, mulai terlihat bengkak setelah beberapa bulan, bila diraba akan terasa hangat, terjadi kemerahan dan terasa sakit atau nyeri, bila sudah tidak tertahan dapat menyebabkan demam, dapat terjadi berulang (Junaidi, 2016).

*Rheomatoid Arthritis* muncul secara akut sebagai poliarthritis, yang berkembang cepat dalam beberapa hari. Pada sepertiga pasien, gejala mula-mula monoarthritis lalu poliarthritis. Terjadi kekakuan paling parah pada pagi hari, yang berlangsung sekitar 1 jam dan mengenai sendi secara bilateral. Episode-episode peradangan diselingi oleh remisi. Rentang gerak berkurang, terbentuk benjolan rematoid ekstra sinovium (Junaidi, 2016).

# Penatalaksanaan

Langkah pertama dari program penatalaksanaan *Rheumatoid* *Arthritis* adalah memberikan pendidikan kesehatan yang cukup tentang penyakit kepada klien, keluarganya, dan siapa saja yang berhubungan dengan klien. Pendidikan kesehatan yang diberikan meliputi pengertian tentang patofisiologi penyakit, penyebab dan prognosis penyakit, semua komponen program penatalaksanaan termasuk regimen obat yang kompleks, sumber-sumber bantuan untuk mengatasi penyakit, dan metode-metode yang efektif tentang penatalaksanaan yang diberikan oleh tim kesehatan. Proses pendidikan kesehatan ini harus dilakukan secara terus-menerus. Pendidikan dan informasi kesehatan juga dapat diberikan dari bantuan klub penderita, badan-badan kemasyarakatan, dan dari orang-orang lain yang juga menderita *Rheumatoid* *Arthritis* serta keluarga mereka. Penyakit ini menyebabkan banyak keluhan yang diderita oleh pasien diantaranya nyeri yang dapat menyerang lutut, pergelangan tangan, kaki, dan diberbagai persendian lainnya. Keluhan yang disebabkan penyakit ini sering menyebabkan kualitas hidup pasien menjadi sangat menurun. Selain menurunkan kualitas hidup, rematik juga meningkatkan beban sosial ekonomi bagi para penderitanya (Wenni, 2014). Teknik nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri pada penderita rematik diantaranya yaitu dengan massage kutenus atau pijat, kompres panas atau dingin, teknik relaksasi dan istirahat. Tindakan nonfarmakologi itu dapat dilakukan sendiri dirumah dan caranya sederhana. Selain itu tindakan nonfarmakologi ini dapat digunakan sebagai pertolongan pertama ketika nyeri menyerang (wenni, 2014). Sebelum melakukan kompres panas kering lansia bisa mengatur posisi senyaman mungkin, penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan memungkinkan dapat turut menurunkan nyeri. Panas lembab dapat menghilangkan kekakuan pada pagi hari akibat *Rheumatoid* *Arthritis* (Smeltzer, 2015)

Penderita *Arthritis rheumatoid* tidak memerlukan diet khusus karena variasi pemberian diet yang ada belum terbukti kebenarannya. Prinsip umum untuk memperoleh diet seimbang sangat penting. Penyakit ini dapat juga menyerang sendi temporomandibular, sehingga membuat gerakan mengunyah menjadi sulit. Sejumlah obat-obat tertentu dapat menyebabkan rasa tidak enak pada lambung dan mengurangi nutrisi yang diperlukan. Pengaturan berat badan dan aktivitas klien haruslah seimbang karena biasanya klien akan mudah menjadi terlalu gemuk disebabkan aktivitas klien dengan penyakit ini relatif rendah. Namun, bagian yang penting dari seluruh program penatalaksanaan adalah pemberian obat.

Obat-obat dipakai untuk mengurangi nyeri, meredakan pradangan, dan untuk mencoba mengubah perjalanan penyakit. Nyeri hampir tidak dapat dipisahkan dari *Rheomatoid Arthritis*, sehingga ketergantungan terhadap obat harus diusahakan seminimum mungkin. Obat utama pada *Rheumatoid* *Arthritis* adalah obat-obatan antiinflamasi nonsteroid (NSAID).

Obat antiinflamasi nonsteroid bekerja dengan menghalangi proses produksi mediator peradangan. Tepatnya menghambat sintesis prostaglandin atau siklo-oksigenase. Enzim-enzim ini mengubah asam lemak sistemik endogen, yaitu asam arakidonat menjadi prostaglandin, prostasiklin, tromboksan, radikal-radikal oksigen.

# Konsep Dasar Nyeri pada Rheumatoid Arthritis

# Pengertian nyeri

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

Persepsi yang diakibatkan oleh rangsangan yang potensial dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang disebut nosiseptor, yang merupakan tahap awal proses timbulnya nyeri. Reseptor yang dapat membedakan rangsang noksius dan non-noksius disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan terminal yang tidak tediferensiasi serabut a-delta dan serabut c. Serabut a-delta merupakan serabut saraf yang dilapisi oleh mielin yang tipis dan berperan menerima rangsang mekanik dengan intensitas menyakitkan, dan disebut juga high-threshold mechanoreceptors, sedangkan serabut c merupakan serabut yang tidak dilapisi mielin (Setiyohadi, Sumariyono, Kasjmir, Isbagio, & Kalim, 2015).

# Nyeri kronis

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

# Tanda dan gejala nyeri kronis

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

# Penyebab nyeri kronis

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan system saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotansmiter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiyaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

# Sifat nyeri

Nyeri bersifat sangat individual dan subjektif. McMahon tahun 1994 menyatakan bahwa terdapat empat atribut pasti dalam pengalaman nyeri yakni nyeri yang bersifat individu, tidak menyenangkan yakni suatu kekuatan yang dominan, bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013).

# Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mendalamifaktor yang mempengaruhi nyeri agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap pasien yang mengalami nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain (Andarmoyo, 2013):

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya padalansia. Kebanyakan lansia hanya menganggap nyeri yang dirasakan sebagai bagian dari proses menua. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia dapat mempengaruhi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri. Beberapa lansia enggan memeriksakan nyerinya karena takut bahwa itu menjadi sebuah pertanda mengalami sakit yang serius. Nyeri yang dialami lansia harus dikaji dengan teliti oleh perawat karena terkadang sumber nyeri yang dirasakan lansia lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda justru menimbulkan gejala yang sama. Tidak semua lansia berperan aktif dalam mencari pengobatan untuk mengatasi nyeri, beberapa lansia justru pasrah ketidaknyamanan yang dirasakan

1. Jenis kelamin

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

1. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai – nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Masyarakat kebanyakan menganggap anak laki-laki lebih kuat dalam menangani nyeri dibandingkan anak perempuan, hal ini tentu saja hanya kebudayaan masyarakat yang terbiasa memandang laki-laki lebih kuat daripada perempuan

1. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan menilai nyeri dari sudut pandang masing-masing. Cara memaknai nyeri pasa setiap orang berbeda-beda

1. Perhatian

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

1. Ansietas

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

1. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Nyeri yang berlebihan juga dapat menyebabkab keletihan

1. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Nyeri yang dirasakan terdahulu hanya sebagai gambaran pada nyeri yang dirasakan saat ini

1. Gaya koping

Pasien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, pasien merasa tidak berdaya. Koping yang diambil cenderung lebih ke koping individu. Koping ditentukan dengan bagaimana pasien menanggapi nyeri

1. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang – orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

# Pengukuran nyeri

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

1. Pengukuran nyeri secara kategorikal

Pengukuran nyeri tipe ini disebut sebagai pengukuran satu dimensi (one imensional) dan baik pasien maupun dokter dapat menggunakannya dengan mudah. Umumnya pengukuran kategorikal ini menempatkan pasien pada beberapa kategori yang umum dipakai yaitu tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri hebat. Tidak adanya nyeri tentunya diartikan pasien tidak mengalami nyeri, nyeri ringan umumnya diartikan sebagai nyeri siklik dan tidak mengganggu aktivitas, apabila pasien mengalami nyeri hingga mengganggu aktivitas sehari-hari maka dapat dikategorikan sebagai nyeri hebat



1. Pengukuran nyeri secara numerikal

Numerical rating scale (NRS) merupakan pengukuran nyeri dimana pasien diminta memberikan angka 1 sampai 10. Nol diartikan sebagai pasien tidak mengalami nyeri dan angka 10 berarti pasien mengalami nyeri hebat yang tidak tertahankan. Pengukuran ini juga dianggap mudah dimengerti oleh pasien. Bentuk diatas dapat diubah menjadi bentuk lainyang dikenal dengan 11-points box scale, dimana angka-angka diletakkan dalam kotak berjajar serial pasien diminta memberi tanda silang pada intensitas nyeri yang dirasakan.



1. Visual analogue scale

VAS adalah instrument pengukuran nyeri yang paling banyak dipakai dalam berbagai studi klinis dan diterapkan pada berbagai jenis nyeri. Metoda ini terdiri satugaris lurus 10 cm. Garis paling kiri menunjukan tidak ada nyeri sama sekali, sedangkan garis paling kanan menandakan rasa nyeri paling hebat. Pasien diminta membuat satu garis lurus yang menandakan derajat nyerinya. Pengukuran dengan VAS pada nilai dibawah 4 dikatakan sebagai nyeri ringan, nilai 4-7 dikatakan nyeri sedang, dan nilai diatas 7 dianggap nyeri hebat.



1. Pengukuran skala nyeri Bourbanis

Kategori pengukuran dalam skala nyeri Bourbanis hampir sama dengan pengukuran numerical, Bourbanis memiliki 5 kategori dengan menggunakan skala 0-10. Nol berarti pasien tidak mengalami nyeri. Skala 1-3 menunjukan nyeri ringan dimana secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik. Skala 4-6 menunjukan nyeri sedang yakni pasien mendesis, menyeringai, serta dapat menyebutkan lokasi nyeri. Skala 7-9 menunjukan nyeri berat, pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi mampu merespon tindakan, tidak mampu mendeskripsikan nyeri, serta tidak dapat diatasi dengan teknik nafas dalam. Skala 10 menunjukan nyeri yang sangat berat, pasien sudah tidak mampu berkomunikasi.



1. Pengukuran nyeri secara multi-dimensional

Pengukuran nyeri dengan cara ini memberikan skala pada berbagai dimensi yang berbeda. Skala 3 dimensi yaitu sensorik, afektif dan evaluative, apabila dikaitkan dengan arthtritis, maka arthritis impact measurement scales atau AIMS yang umumnya dipakai

1. Pengukuran nyeri menggunakan alat electromekanikal atau alat mekanis

Dolorimeter merupakan alat mekanis yang dipakai untuk kuantifikasi ambang nyeri baik pada sendi maupun jaringan lunak. Alat yang paling banyak dipakai adalah chatillon dolorimeter yang merupakan bentuk penyempurnaan dari dolorimeter kuno. Dua jenis chatillon dolorimeter yaitu dengan tekanan 10 pounds dan 20 pounds. Analogi ibu jari digantikan dengan rubber stopper setebal 1,5 cm pada alat tersebut, selanjutnya alat ini memiliki pula pegas lingkar dan reading pointer yang akan memberikan pembacaan pada skala tertentu. Pasien diminta untuk memberitahukan manakala ambang rasa nyeri tercapai dengan dilakukannya tekanan sebesar 5 pounds/ detik atau 2 kg/detik.

# Dampak nyeri

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

1. Dampak fisik

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

1. Dampak perilaku

Seseorang yang sedang mengalami nyeri cenderung menunjukkan respon perilaku yang abnormal. Respon vokal individu yang mengalami nyeri biasanya mengaduh, mendengkur, sesak napas hingga menangis. Ekspresi wajah meringis, menggigit jari, membuka mata dan mulut dengan lebar, menutup mata dan mulut, dan gigi yang bergemeletuk. Gerakan tubuh menunjukkan perasaan gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan menggosok dan gerakan melindungi tubuh yang nyeri. Dalam melakukan interaksi sosial individu dengan nyeri menunjukkan karakteristik menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, perhatian menurun, dan fokus hanya pada aktifitas untuk menghilangkan nyeri

1. Pengaruh terhadap aktifitas sehari-hari

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

# Pengalaman nyeri

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

1. Fase antisipasi

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

1. Fase sensasi

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

1. Fase akibat

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

# Nyeri pada Rheumatoid Artritis

Faktor pencetus nyeri pada rheumatoid arthritisyakni autoimun atau infeksi, dilanjutkan dengan adanya poliferasi makrofag dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskular dan terjadi proliverasi sel-sel endotel, yang mengakibatkan terjadinya neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlibat mengalami oklusi oleh bekuan-bekuan kecil atau sel-sel inflamasi. Inflamasi didukung oleh sitokin yang penting dalam inisiasi yaitu tumor necrosis factor (TNF), interleukin-1 dan interleukin-6, selanjutnya akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan iregular pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Substansi vasoaktif (histamin, kinin, prostaglandin) dilepaskan pada daerah inflamasi, meningkatkan aliran darah dan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema, rasa hangat, erythema dan rasa sakit atau nyeri.(Suarjana, 2014).

# Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik yang mengalami Rheumatoid Artritis

# Pengkajian Keperawatan

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area yang perawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda).. Pengkajian dapat didasarkan pada teori keperawatan tertentu seperti yang dikembangkan oleh Sister Callista Roy, Wanda Horta, atay Dorothea Orem, atau pada kerangka pengkajian standar seperti Pola Kesehatan Fungsional Menurut Marjory Gordon. Kerangka ini menyediakan cara mengategorikan data dalam jumlah besar ke dalam jumlah yang dikelola berdasarkan pola atau kategori data terkait. Dasar dari diagnosis keperawatan adalah penalaran klinis. Penalaran klinis diperlukan untuk membedakan yang normal dari data abnormal, mengelompokkan data terkait, menyadari data yang kurang, mengidentifikasi data yang tidak konsistensi, dan membuat kesimpulan (Alfaro Lefebre, 2015). Penilaian klinis adalah “interpretasi atau kesimpulan tentang kebutuhan pasien, keprihatinan, atau masalah kesehatan, dan atau keputusan untuk mengambil tindakan (Tanner, 2015, hal.204). Isu-isu kunci, atau fokus, mungkin jelas di awal penilaian (misalnya integritas kulit diubah, kesepian) dan memungkinkan perawat untuk memulai proses diagnostik. Sebagai contoh, pasien dapat melaporkan rasa sakit atau menunjukkan agitasi sambil memegang bagian tubuh. Perawat akan mengenali ketidaknyamanan klien berdasarkan laporan klien atau prilaku sakit. Perawat ahli dapat dengan cepat mengidentifikasi kelompok karateristik klinis dari data pengkajian dan mulus maju ke diagnosis keperawatan. Perawat pemula mengambil proses yang lebih berurutan dalam menentukan diagnosis keperawatan yang tepat.

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penelitian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Perawat mendiagnosis masalah kesehatan, menyatakan resiko, dan kesiapan untuk promosi kesehatan.

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Masalah yang lazim muncul (Nanda 2015):

1. Nyeri akut b.d perubahan patologis oleh *Arthritis rheumatoid*
2. Gangguan citra tubuh b.d perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok,
3. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi
4. Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal (penurunan kekuatan otot)
5. Ansietas b.d kurangnya informasi tentang penyakit, penurunan produktifitas (status kesehatan dan fungsi peran)

# Perencanaan Keperawatan

Pembuatan kriteria hasil dan perencanaan tindakan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan. Setelah perawat mengkaji kondisi klien dan menetapkan diagnosis keperawatan, perawat perlu membuat rencana tindakan dan tolok ukur yang akan digunakan untuk mengevaluasi perkembangan klien (DeLaune dkk, 2014).

1. Bersifat individual, bergantung pada kebutuhan dan kondisi klien.
2. Bisa dikembangkan bersama-sama dengan klien, tenaga kesehatan lain, atau orang yang ada di sekitar klien.
3. Harus terdokumentasi.
4. Berkelanjutan.

# Asuhan keperawatan pasien dengan *Rhemathoid atrithis*

# Pengkajian

Sumber data pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan *Artritis* *Rhemathoid* meliputi:

* + - 1. Riwayat keperawatan.

Dalam pengkajian riwayat keperawatan, perawat perlu mengidentifikasi adanya :

* + - * 1. Rasa nyeri/sakit tulang punggung (bagian bawah), leher dan pinggang
				2. Berat badan menurun
				3. Biasanya di atas 45 tahun
				4. Jenis kelamin sering pada wanita
				5. Pola latihan dan aktivitas
				6. Keadaan nutrisi (mis, kurang vitamin D dan C, serta kalsium)
				7. Merokok, mengonsumsi alkohol dan kafein
				8. Adanya penyakit endokrin: diabetes mellitus, hipertiroid, hiperparatiroid, Sindrom Cushing, akromegali, Hipogonadisme.
1. Pemeriksaan fisik :
	* + - 1. Lakukan penekanan pada tulang punggung terdapat nyeri tekan atau nyeri pergerakan
				2. Periksa mobilitas pasien
				3. Amati posisi pasien yang nampak membungkuk
2. Riwayat Psikososial.

Penyakit ini sering terjadi pada wanita. Biasanya sering timbul kecemasan, takut melakukan aktivitas, dan perubahan konsep diri. Perawat perlu mengkaji

1. Riwayat Psikososial.

Penyakit ini sering terjadi pada wanita. Biasanya sering timbul kecemasan, takut melakukan aktivitas, dan perubahan konsep diri. Perawat perlu mengkaji masalah-masalah psikologis yang timbul akibat proses ketuaan dan efek penyakit yang menyertainya.

1. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, diagnosis keperawatan untuk klien osteoartritis sebagai berikut :

* + - 1. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan proses penyakit.
			2. Gangguan konsep diri : perubahan citra tubuh dan harga diri yang berhubungan dengan proses penyakit.
			3. Nyeri yang berhubungan dengan fraktur dan spasme otot
			4. Risiko terhadap cedera : fraktur, yang berhubungan dengan tulang osteoartritis.
			5. Kurang pengetahuan mengenai proses osteoartritis dan program terapi.
1. Tujuan

Sasaran umum pasien dapat meliputi dapat meningkatkan mobilitas dan aktivitas fisik, dapat menggunakan koping yang positif, nyeri reda, cedera tidak terjadi, dan memahami osteoartritis dan program pengobatan.

1. Intervensi

Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditemukan, meliputi :

1. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan proses penyakit

Intervensi :

* 1. Gunakan matras dengan tempat tidur papan untuk membantu memperbaiki posisi tulang belakang
	2. Bantu pasien menggunakan alat bantu walker atau tongkat
	3. Bantu dan anjarkan latihan ROM setiap 4 jam untuk meningkatkan fungsi persendian dan mencegah kontraktur
	4. Anjurkan menggunakan brace punggung atau korset, pasien perlu dilatih menggunakannya dan jelas tujuannya
	5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik, ekstrogen, kalsium, dan vitamin D
	6. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam program diet tinggi kalsium serta vitamin C dan D
	7. Kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam memantau kadar kalsium
1. Gangguan konsep diri : perubahan citra tubuh dan harga diri yang berhubungan dengan proses penyakit Intervensi :
2. Bantu pasien mengekspresikan perasaan dan dengarkan dengan penuh perhatian. Perhatian sungguh-sungguh dapat meyakinkan pasien bahwa perawat bersedia membantu mengatasi masalahnya dan akan tercipta hubungan yang harmonis sehingga timbul koordinasi
3. Klasifikasi jika terjadi kesalahpahaman tentang proses penyakit dan pengobatan yang telah diberikan. Klasifikasi ini dapat meningkatkan koordinasi pasien selama perawatan Bantu pasien mengidentifikasi pengalaman masa lalu yang
4. menimbulkan kesuksesan atau kebanggan saat itu. Ini dapat membantu upaya mengenal diri kembali
5. Identifikasi bersama pasien tentang alternative pemecahan masalah yang positif. Hal ini akan mengembalikan rasa percaya diri
6. Bantu untuk meningkatkan komunikasi dengan keluarga dan teman.
7. Nyeri yang berhubungan dengan fraktur dan spasme otot Intervensi :
8. Anjurkan istirahat di tempat tidur dengan posisi telentang atau miring
9. Atur posisi lutut fleksi, meningkatkan rasa nyaman dengan merelaksasi otot
10. Kompres hangat intermiten dan pijat pungung dapat memperbaiki otot
11. Anjurkan posisi tubuh yang baik dan ajarkan mekanika tubuh
12. Gunakan korset atau brace punggung, saat pasien turun dari tempat tidur
13. Kolaborasi dalam pemberian analgesik untuk mengurangi rasa nyeri
14. Risiko terhadap cedera : fraktur, yang berhubungan dengan tulang osteoartritis. Intervensi :
15. Anjurkan untuk melakukan aktivitas fisik untuk memperkuat otot, mencegah atrofi, dan memperlambat demineralisasi tulang progresif
16. Latihan isometrik dapat digunakan untuk memperkuat otot batang tubuh
17. Anjurkan pasien untuk berjalan, mekanika tubuh yang baik, dan postur tubuh yang baik
18. Hindari aktivitas membungkuk mendadak, melengok, dan mengangkat beban lama.
19. Lakukan aktivitas di luar ruangan dan dibawah sinar matahari untuk memperbaiki kemampuan tubuh menghasilkan vitamin D.
20. Kurang pengetahuan mengenai proses osteoartritis dan program terapi
21. Jelaskan pentingnya diet yang tepat, latihan, dan aktivitas fisik yang sesuai, serta istirahat yang cukup
22. Jelaskan penggunaan obat serta efek samping obat yang diberikan secara detail
23. Jelaskan pentingnya lingkungan yang aman. Misalnya, lantai tidak licin, tangga menggunakan pegangan untuk menghindari jatuh
24. Anjurkan mengurangi kafein, alcohol, dan merokok
25. Jelaskan pentingnya perawatan lanjutan
26. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan :

1. Aktivitas dan mobilitas fisik terpenuhi
2. Melakukan ROM secara teratur
3. Menggunakan alat bantu saat aktivitas
4. Menggunakan brace / korset saat aktivitas
5. Koping pasien positif
6. Mengekspresikan perasaan
7. Memilih alternatif pemecah masalah
8. Meningkatkan komunikasi

# 2.5 WOC Artritis Reumatoid

Pannus

Reaksi peradangan

**Defisit perawatan diri**

**Hambatan mobilitas fisik**

Kekuatan sendi

Ankilosis tulang

Keterbatasan gerak sendi

**Resiko cedera**

Ankilosis fibrosa

Hilangnya kekuatan otot

Adhesi pada permukaan sendi

Tendon dan legamen melemah

Mudah luksasi dan subluksasi

Erosi kartilago

Kerusakan kartilago dan tulang

**Gangguan body image**

Kartilago nekrosis

Hambatan nutrisi pada kartilago

Deformitas sendi

**Defisiensi pengetahuan Ansietas**

infiltrasi dalam os. subcondria

Nodul

Kurangnya informasi tentang proses penyakit

Synovial menebal

**Nyeri**

Kekakuan sendi

Reaksi faktor R dengan antibody, faktor metabolik, infeksi dengan kecenderungan virus

**Hambatan Mobilitas fisik**

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien Ny. M dengan diagnosa *Arthritis rheumatoid,* maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 15 Juli 2020 dengan data sebagai berikut :

# Pengkajian Keperawantan

# Identitas Pasien

Nama Ny. M bertempat tinggal di Sidoarjo dari suku jawa berjenis kelamin Perempuan, berumur 61 tahun dan beragam Islam dan tingaal Bersama suaminya yang Tn. S yang berpendidkan SMP, berumur 63 Tahun dimana mereka berdua mempunyai penghasilan dari menjaga toko dirumahnya. Pasien sudah menikah. Pendidikan terakhir Pasien SD. Pasien tinggal di Rumah Bersama suami dan anaknya Pasien sudah bekerja Tn. H berusia 28 Tahun dan sudah memilik istri Ny. K berusia 27 Tahun sebagai ibu rumah tangga dan memiliki 1 anak laki-laki berusia 2 tahun An. M.

# Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Ny. M mengatakan lutut kanan nyeri, kemeng-kemeng, sakit, kalau ditekuk tidak bisa, kaku dan terasa sakit sekali
2. Keluhan yang diarasakan tiga bulan terakhir : Pasien mengatakan lutut kanan nyeri, kemeng-kemeng, sakit,kalau ditekuk tidak bisa di buat gerak, sudah 1 minggunan, pada hari kamis, 2 Juli 2020 pasien terpeleset jatuh di kamar mandi dan saat itu lutut kanan merasakan sakit yang luar biasa.
3. Penyakit Saat ini : *Arthritis rheumatoid,*

# RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

## *Provocative/ palliative*

* 1. Apa penyebabnya

Klien mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah sehingga membuat klien sulit untuk beraktivitas.

* 1. Hal-hal yang memperbaiki keadaan

Klien mengatasi masalahnya dengan minum obat dari warung dan meminta anjuran obat dari apotek saja.

## *Quantity/Quality*

1. Bagaimana dirasakan

Klien mengatakan bahwa:”kakinya terasa berat dan nyeri untuk bergerak sehingga klien harus dibantu untuk mandi”.

1. Bagaimana dilihat

Klien terkadang duduk lama dikursi dan berbaring di tempat tidur. Klien dapat berjalan sendiri dengan alat bantu tongkat dan menyeret kakinya ketika berjalan.

## *Region*

* 1. Dimana lokasinya

Bagian ekstremitas bawah (kaki).

* 1. Apakah menyebar

Klien mengatakan:” yang dialaminya tidak menyebar”.

## *Severity (Menggangu aktivitas)*

Klien mengatakan:” saat ini kelemahan pada ekstremitas bawah”.Dengan skala kekuatan otot 1 yang mengakibatkan sulit untuk melakukan mobilisasi fisik.

1. *Time*

Kelemahan terjadi sejak 7 bulan tetapi sudah banyak mengalami perubahan pergerakan.

# Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Ny. M yaitu membungkuk

2. Tanda-tanda vital dan status gizi

1. Suhu : 36,0 oC
2. Tekanan Darah : 130/60 mmHg
3. Nadi : 85 x/menit
4. Respirasi : 23 x/menit
5. Berat Badan : 55 kg
6. Tinggi badan : 155 cm

# Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe)*

1. Kepala

Pada Ny. M kepala bersih, tidak terdapat benjolan. Rambut bersih dan berwarna hitam keputih-putihan. Tidak ada keluhan

1. Mata

Pada Ny. M konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus

1. Hidung

Pada Ny. M bentuk hidung simetris, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

1. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny. M kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, terdapat kesulitan mengunyah dan menelan.

1. Telinga

Pada Ny. M kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran.

1. Leher

Pada Ny. M tidak ditemukan pembesaran kalenjar thyroid, tidak terdapat lesi

1. Dada

Pada Ny. M bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing. Ictus cordis 4-5 mid clavicula

1. Abdomen

Pada Ny. M bentuk perut datar, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12 x/menit, tidak ada massa.

1. Genetalia

Pada Ny. M kebersihan area genetalia terjaga dengan baik dan tidak ada keluhan di daerah anus.

1. Ekstermitas

Pada Ny. M ditemukan pada kaki dan tangan kiri masuk skala 2 yaitu Ny. M, tidak dapat menggerakkan kaki dan tanggan kiri tetapi masih ada kontraksi. Pada kaki dan tanggan kanan masuk skala 5 yaitu Ny M, mampu melawan gravitasi dengan kekuatan penuh .Postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak terbatas karena pasien bed rest. Tidak terdapat edema di area kaki pasien. Kekuatan otot

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 5 |
| 1 | 5 |

1. Integumen

Pada Ny. M terjaga kebersihannya dengan baik, kulit dibagian kaki pucat, dan kulitnya kering, turgor kulit baik, terdapat gangguan pada kulit gatal-gatal. 1111/5555

 1111/5555

1. Sistem Neurologis
2. Nervus Olfaktoris/N I

Klien masih mampu mengidentifikasi aroma (bau).

1. Nervus Optikus/N II

Klien mampu melihat dengan jelas tanpa alat bantu.

1. Nervus Okulomotoris/N III,Trochlearis/N IV,Abdusen/N VI

Klien mampu mengerakan bola mata kiri dan kanan.

1. Nervus Trigeminus/N V

Klien mampu untuk membedakan panas/dingin, tajam/tumpul pada ekstremitas bawah.

1. Nervus Fasalis/N VII

Klien sudah mampu mengerakan otot wajahnya, tetapi jika berbicara cepat kata- kata klien menjadi salah

1. Nervus Vestibulocochlearis/N VIII

Klien masih bisa mendengar suara dengan baik seperti ketika kita memanggil namanya klien menoleh kearah sumber suara/bunyi.

1. Nervus Glossopharingeus/N IX, Vagus/N X

Klien mampu untuk menelan,mengunyah dan membuka mulutnya

1. Nervus Aksesorius/N XI

Klien mampu menggerakkan kedua tangannya dan kedua bahu simetris.

1. Nervus Hipoglossus/N XII

Pasien mampu sepenuhnya menggerakkan bagian lidah dijulurkan kedepan

Fungsi Motorik

1. Pasien mengalami kelemahan dibagian ekstremitas bawah (kaki)

2. Klien merasa sulit berjalan

3. Klien dapat menyentuh hidung

4. Klien mampu membalik-balikkan kedua telapak tangan

5. Klien mampu berdiri walaupun dengan bantuan

# Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Pasien tidak bisa melakukan test keseimbangan dikarenakan pasien hanya bad rest dan pasien ada hemiparesis sehingga tidak bisa dilakukan uji keseimbangan.

# Pengkajian Psikososial

Pada Ny. M ditemukan data pasien mampu berinteraksi dengan anaknya yang lain dengan baik, mampu bekerjasama dengan keluarga, pasien selalu berinteraksi dengan anaknya setiap hari. pasien memiliki emosi yang stabil dan mampu memotivasi diri sendiri untuk selalu senang. pasien senang di temani setiap hari oleh anak-anak.

# Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Ny.M makan 3 kali/hari dan selalu habis 1 porsi. Ny.M minum air putih sekitar 3 gelas tiap hari dikarenakan pasien hanya minum ketika haus. Pasien tidur dengan jumlah waktu tidur 7-8 jam tiap hari dan pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien hanya tidur di tempat tidur untu mengisi waktu santai. Frekuensi BAB Ny.M yaitu 1x/6 hari dengan konsistensi lembek, BAB yaitu konstipasi dan frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari dan tidak ada gangguan saat kencing. Ny.M mandi 2 kali/ hari, pasien tidak pernah sikat gigi dikarenakan sudah tidak punya gigi, pasien ganti pakaian 2x/hari.

# Pengkajian Lingkungan

* 1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m2 dengan bentuk bangunan rumah permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di rumah memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di rumah menggunakan air sumur dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

* 1. Fasilitas

Di rumah tidak terdapat peternakan, perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah ( mushola).

* 1. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan. Memiliki kendaraan mobil keluarga serta memiliki jalan rata rata.

* 1. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi tatapan muka dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

# Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Pada Ny.M didapatkan bahwa Ny.M memiliki penilaian 3 dan masuk kategori depresi tidak ada atau minimal

# Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada Ny.M didapatkan bahwa Ny.M mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan hanya saja sejak mengalami penyakit ini Ny.M banyak menghabiskan waktu di dalam rumah dan bedrest total

# Masalah Emosional

Pada Ny.M didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

# Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Pada Ny.M didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 7 pertanyaan dengan baik dan masih memiliki fungsi intektual utuh.

# Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Pada Ny.M didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 10 pertanyaan dari 10 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan hasil tidak ada gangguan kognitif.

# Indeks Barthel

Pada Ny.M didapatkan interpretasi “60” pasien tidak bisa melakukan secara mandiri dikarenakan pasien hanya bed rest.

# Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Pada Ny.M didapatkan skore “G” bahwa pasien tidak mampu mandiri dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi, dll.

# Pemeriksaan Penunjang

1. Terapi

**Tabel 3.1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Indikasi |
| Myonal  | 3x1 | Untuk mengatasi gangguan kejang atau kram otot yang disebebabkan oleh nyeri bahu dan kram otot tulang  |
| Divoltar | 3x1 | Untuk menggobati peradangan ringan yang timbul karena gesekan ujung ujung tulang peryusun sendi (osteotritis)  |
| Omeprazol  | 3x1  | Untuk mengatasi gangguan lambung seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung. |

#

# Analisa Data

**Tabel 3.2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data subjektif | Masalah | Penyebab |
| 1 | Ds: Pasien menyatakan nyeri dilutut kanan sejak 1 minggu sebelum dirawat di RS.P: habis jatuh dari kamar mandi Q: nyeri cekot-cekotR: dipaha sebelah kananS: 6 (1-10)T: Hilang Timbul selama 10 menitDo : - Pasien tampak meringis kesakitan-TD: 130/60 mmHg-N: 85x/ menit-RR:23x/ menit-S:36,0 oC | Nyeri akut | Agen pencedera fisik SDKI,2017 (D.0077) |
| 2 | Ds : Pasien mengatakan lutut kanan sakit untuk ditekuk atau digerakkanDo : pasien hanya bed rest -Kekuatan otot -Score Indeks KATZ:G (ketergantungan untuk semua fungsi )-Score Indeks  Barthel: 60 (ketergantungan berat atau sangat tergantung ) - OLD : 61 tahunTB: 155cmBB:55kg* ADL dibantu keluarga
* Tingkat aktivitas = Tingkat 4 (semua tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan )
 | Gangguan kekakuan sendi  | Gangguan mobilitas fisik ditempat tidurSDKI,2017 (D.0054) |
| 3 | Ds : Klien mengatakan pernah jatuh dikamar mandiDo : - Klien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan- Status fungsional klien ketergantungan sebagian- Skala morse fallscaleSkor 45 (resiko tinggi jatuh ) | Riwayat jatuh | Resiko jatuhSDKI,2017 (D.0143) |

# Prioritas Masalah

**Tabel 3.3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan**  | **Teratasi**  |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik | 2 -7-2020 |  | Masrur  |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan Gangguan kekakuan sendi  | 2 -7-2020 |  |  Masrur |
| 3. | Resiko jatuh berhubungan dengan Riwayat jatuh | 2 -7-2020 |  | Masrur |

# Perencanaan

**Tabel 3.4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN | TUJUAN DAN KRITERIA HASIL | INTERVENSI | RASIONAL |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri dapat berkurang/hilangKriteria Hasil:1. Kemampuan mengenali nyeri meningkat
2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
3. wajah rileks
 | 1. Membina hubungan saling percaya
2. Observasi TTV dan tingkatan nyeri Px
3. Identifikasi skala nyeri
4. Identifikasi respon nyeri non verbal
5. mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam
6. kolaborasi pemberian analgesic Therapi

- Myonal - Divoltar - Omeprazol | 1. untuk mempermudah melakukan asuhan keperawatan
2. mengetahui keadaan umum px dan tindakan selanjutnya
3. untuk mengetahui tindakan selanjutnya yang akan diberikan
4. untuk mengetahui status keadaan umum pasien
5. untuk membantu menguranggi nyeri
6. untuk menguranggi nyeri
 |
| 2.  | Gangguan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan Gangguan kekakuan sendi  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilisasi fisik pasien kembali normalKriteria Hasil:1. Pergerakan ekstermitas meningkat
2. Kekuatanotot meningkat
3. Rentang gerak ROM pasien meningkat
 | 1. Kaji faktor penyebab penyakit yang melemahkan: artitis themathoid
2. Kaji kekuatan otot pasien

1111/55551. Kaji skala nyeri untuk menurunkan rasa nyeri yang di derita pasien
2. Tingkatkan mobilitas ektermitas :
3. Mengintruksikan pasien untuk melakukan latihan room aktif pada ektermitas yang sehat
4. Lakukan room pasif pada ektermitas yang sakit
5. Upayakan memasukan latihan room ke jadwal kesehatan pasien
6. Berikan kompres hangat untuk meredahkan rasa nyeri
7. Lakukan mobilisasi progresif
8. Bantu pasien bangkit keposisi duduk secara perlahan
9. Berikan kesempatan pasien menggantungkan tungkainya di sisi tempat tidur selama beberapa menit sebelum berdiri
 | 1. untuk mengetahui faktor penyebab terjadinya penyakit
2. mengidentifikasi kekuatan yang dapat memberikan informasi mengenai pemulihan pasien
3. untuk menurunkan rasa nyeri yang di derita pasien
4. Untuk mebantu mempertahankan itegritas sendi
5. Pemanasan peregangan yang dilakukan perlahan sebelum memulai latihan penguatan dan daya tahan tubuh.
 |
| 3. | Resiko jatuh berhubungan dengan Riwayat jatuh | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak akan pernah jatuh lagi Kriteria Hasil:1. jatuh saat di kamar mandi menurun
2. jatuh saat berdiri menurun
3. jatuh saat berjalan menurun
4. jatuh saat di pindahkan menurun
 | 1. kaji ulang adanya faktor faktor resiko jatuh pada pasien
2. lakukan modifikasi lingkungan agar lebih aman (memasang pinggiran tempat tidur )
3. ajarkan keluarga pasien tentang upaya pencegahan cedera (meggunakan pencahayaan yang baik, memasang penghalang tempat tidur, menepatkan benda berbahaya di tempat yang aman
4. anjurkan keluarga untu mengawasi px dan memenuhi kebutuhan pasien
5. anjurkan untuk menata lingkungan rumah dan meyingkirkan menutup jalan
 | 1. untuk mengetahui faktor faktor resiko jatuh pada pasien
2. modifikasi lingkungan dapat menunrunkan resiko jatuh pada pasien
3. meningkatkan kemandirian keluarga pasien untuk mencegah resiko jatuh
4. menciptakan lingkungan yang aman untuk klien
5. memberi pemahaman keluarga px untuk mengetahui cara keluarga menghindari resiko jatuh
 |

# Tindakan keperawatan

**Tabel 3.5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****DX** | **Waktu** **(tgl&jam)**  | **Tindakan Keperawatan**  | **Paraf** | **Waktu** **(tgl&jam)** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1,2,3 1111222331,2,332221 3 311,2,33322121,2 31,2,3232 2 3 2 1 21,2,3 3 | **Rabu, 15/7/20**07.0007.1007.3507.4008.0008.1008.2008.3009.0009.1009.2012.3012.4014.00**Kamis , 16/7/20**07.0007.3008.0008.2009.0009.1509.4010.1012.0012.3013.00**Jumat , 17/7/20**07.0007.1507.2007.3508.0008.2010.1510.3510.4012.3012.4013.10**Sabtu , 18/7/20**07.0007.1507.2007.3508.0008.2010.1510.3510.4012.3012.4013.10 | 1. Membina hubungan saling percaya Pengkajian dengan Ny. MObservasi tanda-tanda vitalTD: 130/60 mmHgN: 85x/ menitRR: 23x/ memitS: 36,0 oCMenganjurkan klien mandi dengan air panas atau hangat Mengatur posisi pasien semifowlerMenganjurkan pasien untuk makan secara perlahanMemberikan diit pasien (nasi)Memberikan obat myonal, divoltar 3x1Mengkaji tingkat nyeri pasienMengajarkan teknik relaksasi nafas dalamMengatur posisi supinasi untuk memberikan kenyamanan pada pasienMengkaji kemempuan pasien dalam mobilisasiMembantu pasien mobilisasi miring kanan dan miring kiriMelakukan latihan ROM aktif dan pasifMengatur posisi pasien, kmudian di beri penyangga untuk kenyamanan pasien Memberikan diit pasien (nasi)Mengatur posisi supinasi pasien untuk kenyamanan pasienObservasi Tanda-Tanda VitalTD:130/70 mmHgN: 86x/menitRR: 22x/menitS:36,7 oCMengatur posisi pasien semifowlerMemberikan diit pasien (bubur)Memberikan obat oral myonal, divoltar 3x1Mengatur posisi pasien supinasiMembantu pasien mobilisasi miring kanan dan miring kiriMelakukan latihan ROM aktif dan pasifMemberikan massage pada kaki yang sakit Mengingatkan untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saat terjadi nyeriMengatur posisi semifowler Memberikan diit pasien (bubur)Observasi tanda-tanda vitalTD: 130/80 mmHgN: 83x/ menitRR: 22x/ memitS: 36,0 oCMengatur posisi pasien semifowlerMenganjurkan pasien untuk makan secara perlahanMemberikan diit pasien (bubur)Memberikan obat divoltar 3x1Verbed kamar pasienLatihan duduk di tempat tidur dalam 10 menit Melakukan latihan ROM aktif dan pasifMembantu pasien mobilisasi miring kanan dan miring kiriMenginggatkan untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saat terjadi nyeriMengatur posisi pasien semifowlerMemberikan diit pasien (bubur)Mengatur posisi supinasi untuk kenyamanan pasienObservasi tanda-tanda vitalTD: 140/80 mmHgN: 87x/ menitRR: 21x/ memitS: 36,8 oCMenganjurkan klien mandi dengan air hangat Mebersihkan tempat tidur pasien Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahanMemberikan diit pasien (bubur)Memberikan obat divoltar 3x1Latihan duduk di tempat tidurdalam 15 menit Melakukan latihan ROM aktif dan pasifMembantu pasien mobilisasi miring kanan dan miring kiriMenginggatkan untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saat terjadi nyeriMengatur posisi pasien semifowlerMemberikan diit pasien (bubur)Mengatur posisi supinasi untuk kenyamanan pasien | Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur Masrur | **Rabu, 15/7/20**14.00**Kamis , 16/7/20**14.00**Jumat , 17/7/20**14.00**Sabtu , 18/7/20** | **Dx1:**S: Pasien mengatakan nyeri di lutut kanan  P: habis jatuh dari kamar mandi  Q: nyeri cekot cekot  R: dipaha sebelah kiri S: 6 (1-10) T: hilang timbul selama 10 menitO: pasien tampak meringis kesakitanA: Masalah belum teratasiP: lanjutkan itervensi 1,2,3**Dx2:**S: pasien mengatakan lutut kanan sakit untuk di tekukuk atau di gerakan O: -Pasien hanya bed rest-Kekuatan otot-Score Indeks KATZ: G -Score Indeks Barthel: 0A: masalah belum teratasiP: lanjutkan intervensi 1,2,3**Dx3:**S: pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi O: - pasien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan -status fungsional klien ketrgantungan sebagian  - Skala morse fallscale Skor 45 (resiko tinggi jatuh )A: masalah belum teratasiP: lanutkan intervensi 1,2,3**Dx1:**S: Pasien mengatakan nyeri di lutut kanan  P: habis jatuh dari kamar mandi  Q: nyeri cekot cekot  R: dipaha sebelah kiri S: 6 (1-10) T: hilang timbul selama 10 menitO: pasien tampak meringis kesakitanA: Masalah belum teratasiP: lanjutkan itervensi 1,2,3**Dx2:**S: pasien mengatakan lutut kanan sakit untuk di tekukuk atau di gerakan O: -Pasien hanya bed rest-Kekuatan otot-Score Indeks KATZ: G -Score Indeks Barthel: 0A: masalah belum teratasiP: lanjutkan intervensi 1,2,3**Dx3:**S: pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi O: - pasien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan -status fungsional klien ketrgantungan sebagian  - Skala morse fallscale Skor 45 (resiko tinggi jatuh )A: masalah belum teratasiP: lanutkan intervensi 1,2,3**Dx1:**S: Pasien mengatakan nyeri di lutut kanan  P: habis jatuh dari kamar mandi  Q: nyeri cekot cekot  R: dipaha sebelah kiri S: 5 (1-10) T: hilang timbul selama 10 menitO: pasien tampak meringis kesakitanA: Masalah belum teratasiP: lanjutkan itervensi 1,2,3**Dx2:**S: pasien mengatakan lutut kanan sakit untuk di tekukuk atau di gerakan O: -Pasien hanya bed rest-Kekuatan otot-Score Indeks KATZ: G -Score Indeks Barthel: 0A: masalah belum teratasiP: lanjutkan intervensi 1,2,3**Dx3:**S: pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi O: - pasien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan -status fungsional klien ketrgantungan sebagian  - Skala morse fallscale Skor 45 (resiko tinggi jatuh )A: masalah belum teratasiP: lanutkan intervensi 1,2,3**Dx1:**S: Pasien mengatakan nyeri di lutut kanan  P: habis jatuh dari kamar mandi  Q: nyeri cekot cekot  R: dipaha sebelah kiri S: 4 (1-10) T: hilang timbul selama 10 menitO: pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan lagi A: Masalah belum teratasiP: lanjutkan itervensi 1,2,3**Dx2:**S: pasien mengatakan lutut kanan sudah merasa bisa di tekukuk atau di gerakan demi sedikit O: -Pasien hanya bed rest-Kekuatan otot2 5 1 5-Score Indeks KATZ: F -Score Indeks Barthel: 5A: masalah belum teratasiP: lanjutkan intervensi 1,2,3**Dx3:**S: pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi O: - pasien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan -status fungsional klien ketrgantungan sebagian  - Skala morse fallscale Skor 45 (resiko tinggi jatuh )A: masalah belum teratasiP: lanutkan intervensi 1,2,3 | Masrur Masrur masrur Masrur MasrurMasrurMasrurMasrurMasrurMasrurMasrurMasrurMasrur |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Pada tahap ini penulis membandingkan antara teori dan hasil yang di dapatkan di keluarga Ny. M di Kelurahan Desa Gemurung. Beberapa hal yang ditemui selama pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

# Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 15 juli 2020 dalam pengkajian penulis melakukan pengumpulan data. Data diperoleh dengan menggunakan format pengkajian dan teknik pengumpulan data dengan cara wawancara dengan klien maupun keluarga, observasi dan pemeriksaan fisik. Setelah penulis melakukan pendekatan untuk menjalin hubungan saling percaya keluarga Ny. M dapat menerima kedatangan penulis. Dalam pengkajian tidak ditemukan kesulitan dikarenakan keluarga Ny. M yang kooperatif keluarga Ny. M menjawab semua pertanyaan yang diajukan oleh penulis sehingga mempermudah mendapatkan informasi dengan kontrak waktu yang sudah disepakati dengan yang bersangkutan agar dapat bertemu. Selain itu penulis terbantu dengan adannya format pengkajian. Untuk tipe keluarga Ny. M adalah keluarga inti. Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena Ny. M tinggal dengan anaknya. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Friedman, 2010) dalam (Fajri, 2017).yaitu Kelurga dengan orang tua tunggal adalah keluarga yang dibentuk karena ikatanperkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri,dan anak-anak karena kelahiran (natural) maupun adopsi. Penulis berasumsi bahwa keluarga inti merupakan faktor utama terbentuknya sebuah pola asuh dan karateristik perilaku anak dalam berkehidupan. Keluarga merupakan tempat pertama pendidikan didalam kehidupan.

Peran keluarga Ny. M berperan sebagai penjaga took Anak pertama perempuan sudah ikut suaminya di luar kota, kedua masih tinggal dalam satu rumah dengan Ny. M Bersama menantunya dan cucunya.

Pada keluarga Ny. M tugas perkembangan keluarga saat ini berada pada tahap keluarga dengan anak dewasa (Tahap VI), dimana keluarga Ny. M mempunyai anak pertama yang berumur 55 tahun / mempunyai rumah sendiri. Tn. H yang berusia 57 tahun juga sudah menikah dan mempunyai anak satu berusia 2 tahun.

Fungsi keluarga Ny. M dalam aspek fungsi afektif seperti saling mengasuh, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, saling menghargai sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Friedman, 2010) dalam (Manurung, 2018) dibuktikan dengan Ny. M sangat menyayangi kedua anaknya, memberikan kebebasan kepada kedua anaknya untuk berteman dan bersosialisasi dengan siapapun , Ny. M juga selalu mengajarkan norma-norma yang ada dilingkungan tempat tinggal kepada kedua anaknya.

Dari tanda dan keluhan yang muncul dari responden Ny. M adalah Pasien mengatakan lutut kanan nyeri, kemeng-kemeng, sakit,kalau ditekuk tidak bisa di buat gerak, sudah 1 minggunan, pada hari kamis, 2 Juli 2020 Pada responden nyeri muncul saat terpeleset jatuh di kamar mandi dan saat itu lutut kanan merasakan sakit yang luar biasa.

*World Health Organization* (WHO), tekanan darah normal bila kurang dari 135/85 mmHg. Namun untuk orang Indonesia, tekanan darah yang ideal adalah sekitar 110-120/80-90 mmHg (Robins, 2015).

Ketika penyakit ini aktif gejala dapat termasuk kelelahan, kehilangan energi, kekurangan nafsu makan, demam, nyeri otot dan sendi dan kekakuan. Otot dan kekakuan sendi biasanya paling sering di pagi hari. Disamping itu juga manifestasi klinis RA sangat bervariasi dan biasanya mencerminkan stadium serta beratnya penyakit. Rasa nyeri, pembengkakan, panas, eritemia dan gangguan fungsi merupakan klinis yang klasik untuk *Arthritis rheumatoid* (Smeltzer & Bare, 2015).

Pada Ny. M muncul keluhaan yang sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Smeltzer & Bare, 2015). yaitu Ny. M nyeri lutut kanan, kemeng-kemeng kalua ditekuk tidak bisa dibuat bergerak.

Selain itu Ny. M memiliki kebiasaan makan Ny.M makan 3 kali/hari dan selalu habis 1 porsi. Ny.M minum air putih sekitar 3 gelas tiap hari dikarenakan pasien hanya minum ketika haus. Pasien tidur dengan jumlah waktu tidur 7-8 jam tiap hari dan pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien hanya tidur di tempat tidur untu mengisi waktu santai. Frekuensi BAB Ny.M yaitu 1x3 hari dengan konsistensi lembek, BAB yaitu konstipasi dan frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari dan tidak ada gangguan saat kencing. Ny.M mandi 2 kali/ hari, pasien tidak pernah sikat gigi dikarenakan sudah tidak punya gigi, pasien ganti pakaian 2x/hari.

Menurut Abraham Maslow dalam (Qibtiyah, 2017) terdapat kebutuhan dasar manusia yaitu, fisiologis (oksigen, cairan (minum), nutrisi (makan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, istirahat tidur, serta kebutuhan seksual), rasa aman nyaman, kebutuhan rasa dicintai, harga diri, kebutuhan aktualisasi diri, sedangkan pasa kasus Ny. M dari kebutuhan fisiologisnya tidak ditemukan gangguan pada Ny. M . kebutuhan dasar yang terganggu menurut teori maslow yang ada pada kasus Ny. M adalah kebutuhan rasa aman nyaman dan keselamatan, hal ini terjadi klien sering merasakan sakit kepala dan nyeri di bagian tengkuk belakang leher.

# Diagnosis Keperawatan

Dalam membuat diagnosa penulis sudah mengacu sesuai teori yaitu aktual, resiko, dan potensial. Dalam membuat diagnosa, ada sedikit kesenjangan teori dan kasus yaitu jika didalam teori sasarannya individu dan keluarga, sedangkan dalam kasus penulis sasarannya lebih sering pada individu. Didalam keluarga Ny. M terdapat masalah yaitu *Arthritis rheumatoid*. Pada kasus keluarga Ny. M mendapatkan 3 masalah keperawatan keluarga yang kemudian dilakukan scoring untuk menentukkan prioritas masalah yaitu:

1. Nyeri Akut (SDKI, 2017) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada kasus keluarga Ny. M didapatkan bahwa Ny. M merasa nyeri cekot-cekot di paha sebelah kanan sehabis jatuh dari kamar mandi.
2. Gangguan mobilitas fisik (SDKI, 2017) merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Sedangkan menurut Herdman (2015) hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Ditandai Ny. M mengatakan lutut kanan sakit saat ditekuk dan digerakkan , dan pasien hanya bed rest. Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu dengan *Arthritis rheumatoid* dapat disebabkan oleh trauma. Trauma yang dimaksud adalah adanya benturan yang menyebabkan ibu merasa nyeri. Dari luka yang dialami oleh ibu akan membuat mobilitas fisik ibu terganggu. Selain karena nyeri mobilitas fisik ibu disebabkan oleh kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, dan keengganan melakukan pergerakan (SDKI, 2017)

Resiko jatuh (SDKI, 2017) adalah beriko mengalami kerusakan fisik dengan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Pada keluarga Ny. M didadapatkan hasil wawancara dengan anaknya mengatakan bahwa Ibunya pernah jatuh dikamar mandi 1 minggu yang lalu, dan mengalami kelemahan otot kaki kanan TD 130/70 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 37,00C. Menurut (Friedman, 1998) dalam (Sitanggang dkk, 2013) mengatakan bahwa keputusan yang menyangkut penanganan penyakit dari seseorang anggota keluarga harus ditangani di rumah, di sebuah klinik medis atau rumah sakit.

# Perencanaan Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan ini dibuat bersama-sama dengan keluarga, dimana penulis melontarkan beberapa pilihan kepada keluarga untuk memilih bagaimana cara penyelesaian masalah yang tepat. Hal ini sejalan dengan teori Menurut Susanto (2012) dalam (Tadon, 2018) yaitu: perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan.Setelah dilakukan tahapan pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan maka selanjutnya adalah penyusunan rencana asuhan keperawatan keluarga yang akan dilaksanakan pada keluarga Ny. M

Diagnosa pertama yaitu Nyeri akut Pada Ny. M ditandai dengan Ny. M merasa nyeri dan pada lutut kanan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan rumah diharapkan keluarga Ny. M mampu mengontrol skala nyeri pada Ny. M dengan tujuan Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat, Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang lebih aman dan Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. M adalah melakukan manajemen nyeri dan edukasi nyeri. Metode manajemen nyeri dapat memberikan dampak yang baik terhadap kualitas hidup pasien (Sari, 2017). Menurut (Haruyama, 2013) Edukasi nyeri yang diberikan kepada pasien akan membuat pasien berfikir positif adalah syarat terbaik untuk membantu pengeluaran endofrin. Menurut (Hartanti dkk, 2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa terapi relaksasi nafas dalam dapat menurunkan skala nyeri. Edukasi manajemen nyeri seperti Jelaskan penyebab, periode,dan strategi meredakan nyeri Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri diperlukan untuk mengetahui seberapa faham anggota keluarga dalam mengenali masalah kesehatan dalam satu keluarga, sehingga dalam keluarga tersebut dapat mengambil keputusan yang tepat sesuai dengan kesehatan keluarga saat ini.

Dukung keluarga terlibat dalam pengobatan, Dukungan keluarga seperti harapan yang diinginkan oleh pasien dapat dilakukan dan didukung oleh anggota keluarganya masing-masing suapaya penderita mengalami dukungan secara verbal maupun non verbal ketika nyeri yang dakibatkan oleh penyakitnya tersebut kambuh. Keluarga menjadi support system dalam kehidupan pasien *Arthritis rheumatoid*, agarkeadaan yang dialami tidak senakin memburuk dan terhindar dari komplikasi akibat *Arthritis rheumatoid*. Jadi dukungan keluarga diperlukan oleh pasien *Artritis Reumatoid* yang membutuhkan perawatan dengan waktu yang lama dan terus menerus (Ningrum, 2012).

Diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik pada Ny. M ditandai dengan Ny. M tidak mampunya Ny. M menggerakkan lutut kanan yang nyeri akibat habis terjatuh. Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan rumah diharapkan keluarga Ny. M mampu meningkatkan mobilitas fisik pada Ny. M dengan tujuan Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat, Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang lebih aman dan Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan.

Diagnosis ketiga yakni resiko jatuh Ny. M dengan ditandai bahwa Ny. M pernah jatuh dikamar mandi 1 minggu yang lalu dan mengalamui kelemahan otot kaki sebelah kanan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan rumah diharapkan keluarga Ny. M mampu meningktkan ke hati-hatiannya saat berjalan baik dikamar mandi atau saat dimanapun berada untuk meminimalkan resiko terjatuh. , Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang lebih aman dan Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan.

# Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan keluarga Ny. M yang sebenarnya.

1. Nyeri Akut Pada Ny. M ditandai dengan Ny. M merasa nyeri kaki sebelah kanan.

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah keluhan Nyeri Akut ditandai dengan Ny. M mengatakan merasa nyeri pada kanan dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri cekot-cekot, hilang timbul, nyeri hilang ketika dibuat istirahat atau tidur, nyeri berlangsung 5-10 menit jika sudah diobati. Ny. M juga terlihat meringis kesakitan dan tampak memegangi bagian kakinya saat sakit.

Berdasarkan target pelaksanaan melakukan beberapa tindakan yaitu: menanyakan pada pasien mengenai cara cara mengurangi nyeri selama ini yang sudah dilakukan dan menanyakan mengenai pengobatan penyakit *Arthritis rheumatoid* sebelumnya. Melakukan observasi tanda-tanda vital untuk memastikan keadaan umum pasien. Melakukan pengkajian dan observasi terhadap lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan faktor pencetus nyeri pada Ny. M. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat menjadi pemicu ketidaknyamanan pasien dengan menanyakan kembali kepada pasien apakah kondisi ruangan sudah terasa nyaman bagi pasien. Mengajarkan teknik non farmakologi relaksasi napas dalam serta menganjurkan manajemen nyeri dengan metode yang diinginkan pasien untuk mengurangi nyeri kepala pasien.

1. Gangguan mobilisasi fisik pada Ny. M ditandai dengan lutut Ny. M sebelah kanan sakit untuk di tekuk dan degerakkan .

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah gangguan mobilisasi fisik ditandai dengan Tn. I mengatakan kaki sebelah kanan sakit dan cekot-cekot, kaki yang sebelah kanan terkadang sulit untuk bergerak apabila setelah terjatuh dari kamar mandi.

Berdasarkan target pelaksanaan melakukan beberapa tindakan yaitu Identifikasi persepsi tentang masalah kesehatan, Tingkatkan rasa tanggung jawab, Libatkan keluarga, Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika menjalani pengobatan, Diskusikan cara perawatan dirumah, Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konseling ke pelayanan kesehatan.

1. Reiko jatuh pada Ny. M dimana Ny. M pernah terjatuh saat dikamar mandi 1 minggu yang lalu.

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah resiko jatuh ditandai dengan Tn. S mengatakan bahwa istrinya pernah terjatuh saat ke kamar mandi seminggu yang lalu, dan kaki sebelah kanan terasa nyeri sampai sekarang.

Berdasarkan target pelaksanaan melakukan beberapa tindakan yaitu: Mengidentifikasi kemampuan, Menjelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit *Arthritis rheumatoid*, Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit *Arthritis rheumatoid*, Menjelaskan komplikasi yang sering terjadi pada penderita *Arthritis rheumatoid*, Meyakinkan keluarga bahwa anggota keluarganya akan diberikan pelayanan kesehatan, Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga, Memotivasi pegembangan sikap yang mendukung upaya kesehatan, Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan Puskesmas.

# Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan dari intervensi keperawatan hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Kowalak (2016), yang mengemukakan tentang implementasi keperawatan adalah suatu fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan berdasarkan terminology. implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

Nyeri Akut Pada Ny. M ditandai dengan Ny. M merasa nyeri pada kaki sebelah kanan pada hari pertama dengan tindakan manajemen nyeri didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada keluarga TnI adalah sebagai berikut: Ny. mengatakan sering merasa nyeri pada kaki sebelah kanan dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri cekot-cekot, hilang timbul, nyeri hilang ketika dibuat istirahat atau tidur, nyeri berlangsung 5-10 menit jika sudah diobati. Ny. M juga terlihat meringis kesakitan dan tampak memegang bagian kakinya. Masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilakukan seperti Jelaskan penyebab dan nyeri, Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit *Arthritis rheumatoid*, Jelaskan komplikasi yang sering terjadi pada penderita *Arthritis rheumatoid*.

Pada hari ketujuh didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Keluarga Ny. M adalah sebagai berikut: Ny. M mengatakan kondisinya sudah lebih enakan. Hal ini sesuai dengan metode manajemen nyeri yang dapat memberikan dampak yang baik terhadap kualitas hidup pasien (Sari, 2017). Penulis berasumsi bahwa manajemen nyeri dalam penanganan nyeri sangat diperlukan dan dianjurkan. Tidak hanya pasien yang harus mengeahui tentang manajemen nyeri, tetapi keluarga diharuskan untuk emngerti juga tentang manajemen nyeri suaya keluarga dapat mengontrol nyeri yang dialami anggota keluarga timbul kembali. Ny. M juga mengatakan sudah mencoba teknik manajemen nyeri dengan metode relaksasi autoogenik dan nafas dalam didapatkan hasilnya efektif serta terasa nyaman untuk pasien. (Hartanti dkk, 2016).

Pasien mengatakan semalam susah tidur tapi tidak tahu sebabnya. Ny. M tampak lebih rileks. Observasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah: 130/70 mmHg, suhu: 36,5C, nadi: 86x/menit, RR: 18 x/menit,. Masalah teratasi namun pertahankan intervensi, diarahakan untuk Ny. M supaya lebih teratur menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri jika timbul.

Dari semua rencana tindakan hingga implementasi perawatan tentang nyeri kronis yang diderita oleh Ny. M maka penulis berpendapat bahwa teknik manajemen nyeri dan edukasi perlu diimbangi dengan terapi nonfaramakologis seperti terapi relaksasi autogenik nafas dalam, perawatan kenyamanan, dukungan keluarga juga diperlukan untuk mendukung pasien dalam proses pengobatann dan perawatan pasien dengan *Arthritis rheumatoid*.

Gangguan mobilisasi fisik pada Ny. M ditandai dengan kakinya sebelah kanan Ny. M sulit digerakkan dan terasa kaku. Pada hari pertama didapatkan data bahwa Tn. I mengatakan kaki sebelah kanan cekot-cekot, kaki yang sebelah kiri terkadang sulit untuk bergerak Keluarga Ny. M mengatakan makanan Ny. M sama dengan keluarga yang lain Ny. M mengatakan sering kambuh-kambuh.

Pada hari ketujuh didapatkan evaluasi yaitu Ny. M melatih sedikit demi sedikit pada kakinya yang sakit maka didapatkan kekuatan ROM meningkat Masalah teratasi, dengan mempertahankan intervensi tingkatkan rasa tanggung jawab, anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, anjurkan pasien dan keluarga melakukan konseling ke pelayanan kesehatan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Sarampang, 2014). Peneliti juga berasumsi dengan mengikuti aturan dan patuh terhadap proses pengobatan dapat kekuatan ROM yang dialami oleh pasien.

Resiko jatuh , Pada hari pertama pengkajian didapatkan data bahwa Ny. M mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan.

Pada hari ketujuh didapatkan evaluasi yaitu Ny. M mengatakan jika akan berkunjung ke Puskesmas untuk memeriksakan penyakit *Arthritis rheumatoid* yang dideritanya. Keluarga tampak mengerti dan cara perawatan dan pengobatan *Arthritis rheumatoid* yang diderita Ny. M . Keluarga Ny. M akan bersedia mengantarkan Ny. M memeriksa kesehatan ke Puskesmas dikarenakan pasien sudah bisa ssedikit demi sedikit berjalan meskipun terkadang masih sakit sambal dibantu oleh anak atau menantunya saat control ke puskesmas.

Peneliti berasumsi bahwa dengan menurunnya resiko jatuh secara bersamaan antara anggota keluarga dalam satu rumah dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita *Arthritis rheumatoid* dan penderita tersebut akan merasa bersemangat karena banyak anggota keluarga yang mendukung baik didalam maupun diluar rumah. Ketika dirumah, Ty.S sudah mengetahui anjuran dan larangan yang disampaikan oleh pihak Puskemas terkait dengan pola hidup atau aktifitas pada penderita yang anggota keluarganya mengalami penyakit *Arthritis rheumatoid*.

Hasil pembahasan dari keluarga Ny. M yang menderita *Arthritis rheumatoid* didapatkan bahwa keluarga Ny. M sudah mampu mengenal tentang *Arthritis rheumatoid* dengan anggota keluarga Ny. M sudah mengerti tentang apa itu *Arthritis rheumatoid* dan dampaknya jika tidak segera ditangani. Keluarga Ny. M juga mengerti tentang cara pengobatan, pola makan pada penderita *Arthritis rheumatoid* seperti rajin kontrol ke Puskesmas serta keluarga akan selalu mendukung dan memotivasi Ny. M dan meyakinkan Ny. M bahwa penyakit *Arthritis rheumatoid* yang diderita saat ini bisa sembuh dan dikontrol dengan baik. Keluarga Ny. M sudah mampu untuk mengambil keputusan sendiri. Keluarga Ny. M sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara jika Ny. M penyakit *Arthritis rheumatoid*nya kambuh, maka keluarga akan meganjurkan Ny. M minum obat dan melakukan relaksasi nafas dalam. Keluarga Ny. M mampu memodifikasi lingkungan dengan hasil keluarga Ny. M sudah melakukan upaya untuk mengurangi kambuhnya penyakit *Arthritis rheumatoid* pada Ny. M dengan meminimalkan faktor pencetus timbulnya penyakit *Arthritis rheumatoid* kambuh kembali. Keluarga Ny. M sudah mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan cara ketika Ny.S atau anggota keluarga lainnya akan selalu mengantarkan Ny. M jika waktunya untuk kontrol dan berobat. Ny. M juga akan mematuhi aturan terkait dengan pengobatan yang dijalani saat ini dan berusaha semaksimal mungkin agar kesehatan Ny. M dapat dikontrol dengan baik. Penulis juga seependapat dengan (Sadia, 2013) yang mengatakan bahwa faktor keluarga memiliki peranan penting bagi seseorang individu karena keluarga merupakan lingkungan pertama bagi pengambil keputusan terkait masalah kesehatan anggota keluarganya.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga dengan anggota keluarga mengidap *Arthritis rheumatoid* di Kelurahan Gemurung Sidoarjo. Kemudian dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan diagnosis *Arthritis rheumatoid*.

# Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pengkajian terhadap Ny. M, ada 3 prioritas masalah keperawatan yang ditemukan yaitu, Nyeri, Gangguan Mobilisasi Fisik, dan Resiko Jatuh. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan Pasien menyatakan nyeri dilutut kanan sejak 1 minggu, lutut kanan sakit untuk ditekuk atau digerakkan, dan Klien mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan, TD: 120/90 mmHg, HR: 74x/menit, RR: 24x/menit, kekuatan otot 3. Kemudian dilakukan implementasi berdasarkan intervensi yang direncanakan selama 1 minggu dan hasil evaluasi yaitu klien sudah mampu berjalan lambat tanpa tongkat dan nyeri di kaki sedikit berkurang.

# Saran

 Sesuai dari simpulan diatas, maka memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosis *Artritis Rheumatoid* seperti rutin memeriksakan kesehatan ke layanan kesehatan, Memberi support kepada anggota keluarga yang sakit dan tetap menganjurkan teknik relaksasi untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan, keluarga melakukan perawatan dirmah untuk anggota yang enderita *Arthritis rheumatoid* dengan baik.
2. Petugas kesehatan terutama di wilayah kerja Puskesmas agar dapat memperhatikan warganya yang memiliki penyakit tetapi tidak rutin kontrol, hendaknya sering melakuka pendekatan kepada masyarakat atau melakukan pendidikan kesehatan tentang pentingnya kontrol secara rutin penyakit *Arthritis rheumatoid* agar tidak terjadi komplikasi yang lebih parah.
3. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan keluarga dalam perawatan pada pasien dengan diagnosis *Arthritis rheumatoid*.

59

**DAFTAR PUSTAKA**

Alfaro lefebre. 2015. *Rheumatoid Arthritis*. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

Ali, Khomson, and Yuni Harlinawati. 2006. “Terapi Jus Untuk Rematik Dan Asam Urat.” Jakarta: Puspa Swara.

Andarmoyo, Sulistyo. 2013. “Konsep & Proses Keperawatan Nyeri.” ar-ruzzmedia.

Artinawati, Sri. 2014. “Asuhan Keperawatan Gerontik.” *Bogor: In Media*.

Aspiani, Reny Yuli. 2014. “Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik.” *Jakarta: Cv Trans Info Media*.

Azizah, Rohmatul, and Rita Dwi Hartanti. 2016. “Hubungan Antara Tingkat Stress Dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Wonopringgo Pekalongan.”

Chandler, J M. 1993. “Balance and Falls in the Elderly: Issues in Evaluation and Treatment.” *Geriatric. Physical Therapy*.

Christensen, Helen, Kathleen M Griffiths, and Ailsa Korten. 2002. “Web-Based Cognitive Behavior Therapy: Analysis of Site Usage and Changes in Depression and Anxiety Scores.” *Journal of Medical Internet Research* 4 (1): e3.

DeLaune, Sue, and Patricia Ladner. 2010. *Fundamentals of Nursing*. Nelson Education.

Edwards, Christopher J, Joëlle Monnet, Martin Ullmann, Pantelis Vlachos, Veranika Chyrok, and Vishal Ghori. 2019. “Safety of Adalimumab Biosimilar MSB11022 (Acetate-Buffered Formulation) in Patients with Moderately-to-Severely Active Rheumatoid Arthritis.” *Clinical Rheumatology* 38 (12): 3381–90.

Friedman, Marilyn M, Vicky R Bowden, and Elaine G Jones. 2010. “Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, Dan Praktek.” *Jakarta: Egc*, 5–6.

Handono, Sri, and S D Richard. 2013. “Upaya Menurunkan Keluhan Nyeri Sendi Lutut Pada Lansia Di Posyandu Lansia Sejahtera.” *Jurnal Stikes* 6 (1).

Harris, Helene, and Ann Crawford. 2015. “Recognizing and Managing Osteoarthritis.” *Nursing2019* 45 (1): 36–42.

Haruyama, Shigeo. 2011. “The Miracle of Endorphin: Sehat Mudah Dan Praktis Dengan Hormon Kebahagiaan.” *Bandung: Penerbit Kaifa*.

Herdman, T Heather. 2015. “Nanda Internasional Nic. Diagnosa Keperawatan: Definisi & Klasifikasi.” *Jakarta: EGC*.

Hill, Rachel Y. 2010. *Nursing from the Inside-out: Living and Nursing from the Highest Point of Your Consciousness*. Jones & Bartlett Publishers.

Isbagio, H, Y I Kasjmir, B Setyohadi, and N Suarjana. 2009. “Lupus Eritematosus Sistemik.” *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta, Interna Publishing*, 2565–79.

Junaidi, Iskandar. 2013. *Rematik Dan Asam Urat*. jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.

Kowalak, Jennifer P, William Welsh, and Brenna Mayer. 2011. “Buku Ajar Patofisiologi.” *Jakarta: EGC* 233.

Maryam, R S, M F Ekasari, and Jubaedi Rosidawati. 2009. “A., & Batubara, I.(2008).” *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*.

Maslow, Abraham Harold. 1981. *Motivation and Personality*. Prabhat Prakashan.

Maukani, Nuril. 2018. *Asuhan Keprawatan Pada Tn.N Dengan Hipertensi Di Jagir*. Edited by Stikes Hang Tuah. Surabaya.

Meiner, S E, and A G Lueckenotte. 2006. “Gerontological Nursing.” *St. Louis: Elsevier*.

Ningrum, Sasmi Rinto, and Sri Hendarsih. 2012. “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Makan Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir Sleman Yogyakarta.” STIKES’Aisyiyah Yogyakarta.

Ningsih, Nurna. n.d. “Lukman.(2009).” *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika*.

Nugraha, dedy setya. N.d. “gambaran karakteristik responden, riwayat penyakit yang menyertai dan jenis penyakit reumatik pada lansia di wilayah kerja puskesmas kecamatan.”

Padila, P. 2013. “Buku Ajar Keperawatan Gerontik.” *Yogyakarta: Nuha Medika*.

Potter, Patricia A, and Anne Griffin Perry. 2005. *Virtual Clinical Excursions 3.0 to Accompany Fundamentals of Nursing*. Mosby Incorporated.

PPNI, Tim Pokja SDKI. 2016. “Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1.” *Jakarta Selatan: DPP: Dewan Pengurus Pusat*.

Pudjiastuti, Sri Surini, and Budi Utomo. 2003. “Fisioterapi Pada Lansia.” Jakarta: EGC.

Reeves, Charlene J. et al. 2011. *Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Me. jakarta.

Ri, Depkes. 2014. “Farmakope Indonesia Edisi V.” *Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta*.

Sarampang, Yosprinto Tiku. 2014. “Hubungan Pengetahuan Pasien Hipertensi Tentang Obat Golongan Ace Inhibitor Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Pelaksanaan Terapi Hipertensi Di RSUP Prof Dr. RD Kandou Manado.” *PHARMACON* 3 (3).

Sari, Andriana, Fauzia Lolita, and Fauzia Fauzia. 2017. “Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta Menggunakan European Quality of Life 5 Dimensions (Eq5d) Questionnaire Dan Visual Analog Scale (VAS).” *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina* 2 (1): 1–12.

Smeltzer, S. 2011. “Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.” In , edited by EGC, 8th ed. Vol. 3. Jakarta.

Suardiman, Siti Partini. 2011. *Psikologi: Usia Lanjut*. Gadjah Mada University Press.

Susanto. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik*. jakarta: EGC.

Suzanne, Smeltzer C. n.d. “Brunner & Suddarth. 2002.” *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. EGC: Jakarta*.

Udiyani, Ritna. 2018. “Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Rematik Pada Lansia.” *Jurnal Kesehatan STIKES Darul Azhar Batulicin* 5 (1).

Wahyudi, Nugroho. 2013. “Lansia.”

Wenni. 2005. “Pemilihan Terapi Rematik Yang Efektif, Aman, Dan Ekonomis.”

#  LAMPIRAN 1

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Muhammad Masrur Suyuthi

Nim : 1930055

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Sidoarjo, 04 Februari 1995

Agama : Islam

Email : suyuthi14@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. MI Birul ulum’ulum Gedangan Sidoarjo Tahun 2007
2. SMP Bilinggual Terpadu Krian Sidoarjo Tahun 2010
3. MA Salafiah Syafiiyah Tebu Ireng Jombang Tahun 2013
4. D III Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun 2016
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

**Lembar persembahan**

**Puji syukur kepada allah SWT, atas segala rahmat dan hidayahnya yang telah memberikan kekuatan, kesehatan dan kesabaran untuk ku dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.**

**Aku persembahkan cinta dan sayangku kepada kedua orang tua ku dan adek ku (Naurah Izzatul Udhiyah) dan saudara ku dan teman teman ku yang sudah membantu yang telah memotifasi dan inspirasi dan tiada henti memberikan dukungan Doa nya baut aku**

**“ tanpa keluarga, manusia, sendiri di dunia, gemetar dalam dingin “**

**Terimah kasih tak terhingga buat dosen dosen ku, terutama pembimbingku yang tak pernah lelah dan sabar memberikan bimbingan dan arah kepada ku. Terimah kasih juga ku persembahkan para sahabatku ( Bramadyah, Dita astrid, Eka, Novan hariyanto, Alfi fadilatul, Hindayatus, Aprilia ) yang senantiasa menjadi penyemangat dan menemani disetiap hariku.” Sahabat merupakan salah satu sumber kebahagiaan di kala kita merasa tidak bahagia”**

**Untuk teman teman se angkatanku yang selalu membantu, berbagai keceriaan dan melewati setiap suka dan duka selama kuliah, terimah kasih banyak. Tiada hari yang indah tanpa kalian semua”.**

**Aku belajar, aku tegar, dan aku bersabar hingga aku berhasil.**

**Terima kasih untuk semua**

**BY. : MUHAMMAD MASRUR SUYUTHI**

**PENGUKURAN KUANTITAS NYERI**

# DASAR TEORI

1. Pengertian Nyeri

*The International Association for the Study of Pain* memberikan defenisi nyeri, yaitu: suatu perasaan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan suatu jaringan yang nyata atau yang berpotensi rusak atau tergambarkan seperti itu. Dari definisi ini dapat ditarik tiga kesimpulan, yakni: nyeri merupakan suatu pengalaman emosional berupa sensasi yang tidak menyenangkan. Nyeri terjadi karena adanya suatu kerusakan jaringan yang nyata seperti luka pasca bedah atau trauma akut, dan nyeri terjadi tanpa adanya kerusakan jaringan yang nyata seperti nyeri kronik atau proses penyembuhan trauma lama, nyeri *post herpetic*, *phantom* atau trigeminal. Dengan demikian pada prinsipnya nyeri terjadi karena ketidakseimbangan antara aktivitas supressor dibandingkan dengan depressor pada fase tertentu akibat gangguan suatu jaringan tertentu.

Ujung dari permasalahan muskuloskeletal yang sangat mengganggu seorang individu adalah timbulnya nyeri dengan segala deviasinya. Umumnya penderita baru akan merasa dirinya sakit dan tidak nyaman dalam hidupnya, kemudian mencari pertolongan bila rasa nyeri sudah terasa mengganggu.

1. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan durasi terjadinya, nyeri dibagi menjadi:

* 1. Nyeri akut
	2. Nyeri kronik
	3. Referred pain

Berdasarkan sifatnya, nyeri dibagi menjadi:

1. nyeri fisiologis adalah sensor normal yang berfungsi sebagai alat proteksi tubuh
2. nyeri patologis adalah sensor abnormal yang menderitakan seseorang. Berdasarkan sumbernya, nyeri dibagi menjadi:
3. Nyeri Kutan (*Cutaneus Pain*). Nyeri berasal dari kulit dan jaringan subkutan. Lokasi sumber nyeri biasanya diketahui dengan pasti dan nyeri biasanya tajam serta rasa terbakar.
4. Nyeri Somatis Dalam (*Deep Somatic Pain*). Nyeri berasal dari otot, tendon, sendi, pembuluh darah atau tulang. Sifat nyeri biasanya menyebar.
5. Nyeri Visera (*Visceral Pain*). Nyeri berasal dari organ internal, misalnya: Ulser pada lambung, appendicitis atau batu ginjal. Sensasi nyeri disalurkan dari organ melalui saraf simpatis atau parasimpatis ke susunan saraf pusat.
6. *Psychogenic Pain*; dipengaruhi oleh pengalaman fisik dan mental seseorang.

Berdasarkan penyebabnya, nyeri dibagi menjadi:

1. Neuropatik, berkaitan dengan adanya gangguan/masalah pada sistem saraf baik pusat maupun perifer, contohnya *post*-*stroke pain*
2. *Nosciceptive*, berkaitan dengan adanya gangguan/masalah pada jaringan tubuh (*musculoskeletal*, kutaneus, atau *visceral*), contohnya nyeri inflamasi
3. Campuran, berkaitan dengan komponen neuropati dan *nosciceptive*, contohnya LBP disertai *radiculopathy*.

3. Tujuan Pengukuran Nyeri

1. Mengetahui kuantitas nyeri
2. Menuntun menyusun pemilihan modalitas dan metode fisioterapi nyeri
3. Alat evaluasi
4. Membantu menegakkan diganosa fisioterapi

Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan *numerical rating scale* (NRS), *verbal rating scale* (VRS), *visual analog scale* (VAS) dan *faces rating scale.* VAS (*Visual Analogue Scale*) telah digunakan sangat luas dalam beberapa dasawarsa belakangan ini dalam penelitian terkait dengan nyeri dengan hasil yang handal, valid dan konsisten.VAS adalah suatu instrumen yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri dengan menggunakan sebuah tabel garis 10 cm dengan pembacaan skala 0–100 mm dengan rentangan makna:

|  |  |
| --- | --- |
| Skala VAS | Interpretasi |
| >0 - <10 mm | Tidak Nyeri |
| ≥10 – 30 mm | Nyeri Ringan |
| ≥30 – 70 mm | Nyeri sedang |
| ≥ 70 – 90 mm | Nyeri berat |
| ≥ 90 – 100 mm | Nyeri sangat berat |

Cara penilaiannya adalah penderita menandai sendiri dengan pensil pada nilai skala yang sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakannya setelah diberi penjelasan dari peneliti tentang makna dari setiap skala tersebut. Penentuan skor VAS dilakukan dengan mengukur jarak antara ujung garis yang menunjukkan tidak nyeri hingga ke titik yang ditunjukkan pasien.

Gambar Skala VAS untuk Pasien dan untuk Fisioterapis

1. Persyaratan melakukan pengukuran nyeri dengan menggunakan skala VAS
	1. Penderita sadar atau tidak mengalami gangguan mental/kognitif sehingga dapat berkomunikasi dengan fisioterapis
	2. Penderita dapat melihat dengan jelas, sehingga penderita dapat menunjuk titik pada skala VAS berkaitan dengan kualitas nyeri yang dirasakannya.
	3. Penderita kooperatif, sehingga pengukuran nyeri dapat terlaksana. Catatan: anak kecil, meskipun sadar, namun tidak kooperatif untuk berkomunikasi.

Agar pengukuran dapat berjalan sebagai mestinya, sebelum dilakukan pengukuran pasien diberi penjelasan mengenai pengukuran yang akan dilakukan beserta prosedurnya. Kemudian pasien diminta untuk memberi tanda pada garis sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

VAS merupakan metode pengukuran intensitas nyeri yang sensitif, murah dan mudah dibuat, VAS lebih sensitif dan lebih akurat dalam mengukur nyeri dibandingkan dengan pengukuran deskriptif, Mempunyai korelasi yang baik dengan pengukuran yang lain, VAS dapat diaplikasikan pada semua pasien, tidak tergantung bahasa bahkan dapat digunakan pada anak- anak di atas usia 5 tahun, VAS dapat digunakan untuk mengukur semua jenis nyeri namun VAS juga memiliki kekurangan yaituVAS memerlukan pengukuran yang teliti untuk memberikan penilaian, pasien harus hadir saat dilakukan pengukuran, serta secara visual dan kognitif mampu melakukan pengukuran.VAS sangat bergantung pada pemahaman pasien terhadap alat ukur tersebut. Sehingga edukasi / penjelasan terapis / pengukur tentang VAS terhadap pasien sangat dibutuhkan.

0 mm 100mm

 0mm 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 mm Tidak Nyeri Sangat Nyeri


# TUJUAN PEMBELAJARAN:

* + - 1. **Tujuan Instruksional Umum:**

Mahasiswa mampu melakukan dan menjelaskan pengukuran kuantitas nyeri serta menginterpretasikan hasil pemeriksaan

* + - 1. **Tujuan Instruksional Khusus:**
1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat dan pasien untuk pengukuran kuantitas nyeri
2. Mahasiswa mampu memberikan instruksi dan melakukan pengukuran kuantitas nyeri dengan langkah-langkah yang benar

# STRATEGI PEMBELAJARAN

1. Demonstrasi sesuai dengan daftar panduan belajar
2. Ceramah
3. Partisipasi aktif dalam skill lab (simulasi)
4. Evaluasi melalui check list/daftar tilik dengan sistim skor

# PRASYARAT:

1. Pengetahuan Dasar

a. Klasifikasi nyeri

b. Fisiologi nyeri

2. Praktikum dan skill yang terkait dengan pengukuran kuantitas nyeri

* 1. Komunikasi
	2. Informed consent

# MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN

1. Daftar panduan CSL

2. Status penderita, pena, Stopwatch

3. Visual Analog Scale

4. Audio-visual

# DESKRIPSI KEGIATAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kegiatan** | **Waktu** | **Deskripsi** |
| 1. Pengantar | 5 menit | Pengantar |
| 2. Bermain peran tanya jawab | 20 menit | 1. Mengatur posisi duduk mahasiswa
2. Instruktur memberikan contoh bagaimana cara melakukan pengukuran nyeri dengan menggunakan VAS. Satu orang sebagai pemeriksa dan satu sebagai pasien. Mahasiswa menyimak dan mengamati.
3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan instruktur memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting.
4. Mahasiswa dapat menanyakan hal-hal yang belum

dimengerti dan instruktur menanggapinya. |
| 3. Praktek bermain peran dengan umpan balik | 60 menit | 1. Mahasiswa dibagi berpasangan-pasangan
2. Setiap pasangan berpraktek, satu orang sebagai pemeriksa dan satu orang sebagai pasien
3. Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan check list
4. Setiap mahasiswa paling sedikit berlatih satu kali.
 |
| 4. Curah pendapat/ diskusi | 15 menit | 1. Curah pendapat/diskusi: apa yang dirasa mudah , apa yang sulit. Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang berperan sebagai pasien. Apa yang dapat dilakukan oleh pemeriksa agar pasien merasa lebih nyaman
2. Instruktur menyimpulkan dengan menjawab

pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti. |
| **Total waktu** | **100 menit** |  |

**PENUNTUN PRAKTEK**

**PENGUKURAN KUANTITAS NYERI DENGAN MENGGUNAKAN VAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **LANGKAH/PROSEDUR PEMERIKSAAN** |
| **1** | Menjelaskan kepada penderita tentang tujuan pengukuran dilakukan |
| **2** | Menjelaskan kepada penderita bahwa sudut kanan berarti tidak nyeri, tengahberarti nyeri sedang dan sudut kiri berarti sangat nyeri (VAS bagian depan) |
| **3** | Menyuruh pasien memilih atau menggerakkan arah panah VAS pada skala nyeri sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan saat diam/tidak bergerak (nyeridiam) |
| **4** | Menekan area tubuh pasien yang dikeluhkan atau area tubuh lain yang terkait lalu menyuruh pasien memilih/ menggerakkan arah panah VAS pada skala nyeri sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan saat area tersebut ditekan (nyeritekan) |
| **5** | Menggerakkan area tubuh pasien yang dikeluhkan atau area tubuh lain yang terkait lalu menyuruh pasien memilih atau menggerakkan arah panah VAS pada skala nyeri sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan saat digerakkan olehpemeriksa (nyeri gerak) |
| **6** | Mencatat lalu menginterpretasikan makna nyeri yang dinyatakan oleh penderitadengan membandingkan alat ukur nyeri yang tersedia di bagian belakang VAS |
| **VAS Bagian Depan****VAS Bagian Belakang** |