# KARYA TULIS ILMIAH

# ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK SISTIM MUSKULOSKELETAL DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS PADA NY. N DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS

# MUNTE KABUPATEN KARO



**CONTOH PERANGIN-ANGIN**

**PO7520119166**

**POLITEKNIK KESEHATAN JURUSAN KEPERAWATAN**

**PRODI D-III KEPERAWATAN MEDAN**

# TAHUN AJARAN 2020

# KARYA TULIS ILMIAH

# ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK SISTIM MUSKULOSKELETAL DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS PADA NY. N DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS

# MUNTE KABUPATEN KARO

Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi

Diploma III Keperawatan RPL



**CONTOH PERANGIN-ANGIN**

**PO7520119166**

**POLITEKNIK KESEHATAN JURUSAN KEPERAWATAN**

**PRODI D-III KEPERAWATAN MEDAN**

**TAHUN AJARAN 2020**

# LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK SISTIM MUSKULOSKELETAL DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS PADA NY. N DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUNTE KABUPATEN KARO**

**NAMA**  **: CONTOH PERANGIN-ANGIN**

**NIM : PO7520119166**

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan Dihadapan Penguji

Medan, Juni 2020

**Menyutujui**

Pembimbing I

**(A. Hanif S, S.Kep.,NS.,M.Pd)**

**NIP.195608121980031011**

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

(**Johani Dewita Nasution,SKM,M.Kes)**

NIP.196505121993032011

# LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK SISTIM MUSKULOSKELETAL DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS PADA NY. N DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUNTE KABUPATEN KARO**

**NAMA : CONTOH PERANGIN-ANGIN**

**NIM : PO7520119166**

Karya Tulis Ilmiah Telah Diuji Pada Sidang Ujian

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan

2020

 Penguji I Penguji II

**(Dina Yusdiana D, S.Kep,NS,M.Kes) (Tinah, SKM, M.Kes)**

 **NIP.197606241998032001 NIP.197405142002122003**

Ketua Penguji

**(A. Hanif S, S.Kep.,NS.,M.Pd)**

**NIP.195608121980031011**

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

(**Johani Dewita Nasution,SKM,M.Kes)**

**NIP.196505121993032011**

# KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerah-Nya yang melimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Gerontik Sistim Muskuloskeletal Dengan Rheumatoid Arthritis Pada Ny. N Di Wilayah Kerja Puskesmas Munte Kabupaten Karo*”***

Dalam penyelesaian tulis ilmiah ini banyak ditemui hambatan yang cukup berarti, namun berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin bereterima kasih terutama kepada **A. Hanif S, S.Kep.,NS.,M.Pd** selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, dukungan dan arahan kepada penulis. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada ;

1. Ibu Dra. Hj. Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan.
2. Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan
3. Ibu Afniwati, S.Kep, M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan
4. Selaku Ketua Penguji dan Selaku Penguji I
5. Seluruh staff pengajar di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan Program D-III baik secara langsung maupun tidak langsung yang turut membantu dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu diharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak untuk perbaikan di masa mendatang. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih dan semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua

Medan, Juni 2020

 Penulis

# DAFTAR ISI

[LEMBAR PERSETUJUAN iii](#_Toc12807437)

[LEMBAR PENGESAHAN iv](#_Toc12807438)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc12807439)

[DAFTAR ISI vi](#_Toc12807440)

[BAB I 1](#_Toc12807441)

[PENDAHULUAN 1](#_Toc12807442)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc12807443)

[1.2 Tujuan 2](#_Toc12807444)

[1.2.1 Tujuan Umum 2](#_Toc12807445)

[1.2.2 Tujuan Khusus 2](#_Toc12807446)

[1.3 Metode Penulisan 3](#_Toc12807447)

[1.3.1 Studi Keputakaan 3](#_Toc12807448)

[1.3.2 wawancara 3](#_Toc12807449)

[1.3.3 Observasi 3](#_Toc12807450)

[1.3.4 Studi Dokumentasi 3](#_Toc12807451)

[1.4 Ruang Lingkup Penulisan 3](#_Toc12807452)

[1.5 Sistematika Penulisan 3](#_Toc12807453)

[BAB II 5](#_Toc12807454)

[LANDASAN TEORI 5](#_Toc12807455)

[2.1 Konsep Dasar 5](#_Toc12807457)

[2.1.1 Definisi 5](#_Toc12807458)

[2.1.2 Etiologi 5](#_Toc12807459)

[2.1.3 Patofisiologi 7](#_Toc12807460)

[2.1.4 Tanda & Gejala 7](#_Toc12807461)

[2.1.5 Penatalaksanaan 9](#_Toc12807462)

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan 10](#_Toc12807463)

[2.2.1 Pengkajian 10](#_Toc12807464)

[2.2.2 Diagnosa Keperawatan 11](#_Toc12807465)

[2.2.3 Perencanaan / Implementasi 11](#_Toc12807466)

[2.2.4 Evaluasi 16](#_Toc12807467)

[BAB III 17](#_Toc12807468)

[TINJAUAN KASUS 17](#_Toc12807469)

[3.1 Pengkajian 17](#_Toc12807471)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 29](#_Toc12807472)

[3.3 Perencanaan 30](#_Toc12807473)

[3.4 Implementasi 37](#_Toc12807474)

[3.5 Evaluasi Keperawatan 41](#_Toc12807475)

[BAB IV 45](#_Toc12807476)

[PEMBAHASAN 45](#_Toc12807477)

[4.1 Pengkajian 45](#_Toc12807479)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 45](#_Toc12807480)

[4.3 Perencanaan 46](#_Toc12807481)

[4.4 Implementasi 46](#_Toc12807482)

[4.5 Evaluasi 46](#_Toc12807483)

[BAB V 47](#_Toc12807484)

[KESIMPULAN DAN SARAN 47](#_Toc12807485)

[5.1 Kesimpulan 47](#_Toc12807487)

[5.2 Saran 47](#_Toc12807488)

**DAFTAR PUSTAKA**

# BAB I

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

 Perubahan – perubahan akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia. Perubahan tubuh terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan demikian itu tampak pula pada semua sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya beberapa golongan reumatoid. Salah satu golongan penyakit reumatoid yang sering menyertai usia lanjut yang menimbulkan gangguan muskuloskeletal terutama adalah osteoartritis. Kejadian penyakit tersebut akan makin meningkat sejalan dengan meningkatnya usia manusia.

Reumatoid dapat mengakibatkan perubahan otot, hingga fungsinya dapat menurun bila otot pada bagian yang menderita tidak dilatih guna mengaktifkan fungsi otot. Dengan meningkatnya usia menjadi tua fungsi otot dapat dilatih dengan baik. Namun usia lanjut tidak selalu mengalami atau menderita reumatoid. Bagaimana timbulnya kejadian reumatoid ini, sampai sekarang belum sepenuhnya dapat dimengerti.

Di Indonesia Prevalensi Arthritis Rheumatoid termasuk penyakit sepuuh besar 23,3%-31,6% dari jumlah penduduk Indonesia. Pada tahun 2007, jumlah pasien ini mencapai 2 juta orang, dengan perbandingan pasien wanita tiga kali lebih banyak dari pria. Diperkirakan angka ini terus meningkat hingga tahun 2025 dengan indikasi lebh dari 25% akan mengalami kelumpuhan (Zen , 2010)

Menurut data Riskesdas tahun (2013), Prevalensi Arthritis Rheumatoid, meningkat, seiring bertambahnya umur, demikin juga yang didiagnosa. Prevalensi tertinggi pada umur >75 tahun (33% dan 54,8%). Prevalensi lebih tinggi pada perempuan (27,5%) dibandingkan laki-laki (21,8%). Prevalensi lebih tinggi padamasyarakat tidak bersekolah baik yang didiagnosis (24,1%) prevaelnsi tertinggi pada pekerja petani/nelayan/buruh yang didiagnosis (15,3%). Prevalensi yang didiagnosis dipedesaan (27,4%), prevalensi yang didiagnosis diperkotaan (22,1%).

Artritis rematoid (AR) merupakan penyakit autoimun artinya penyakit ini muncul akibat tubuh diserang oleh sistem kekebalannya sendiri. Penyakit yang lebih sering diderita oleh wanita ini dapat menyerang semua sendi, misalnya sendi bagian jari, pergelangan tangan, bahu, lutut, dan kaki. Arthritis Rheumatoid (AR) stadium lanjut dapat membuat penderita tidak mampu melakukan aktifitas sehari-hari hingga kualitas hidupnya menurun (Umi Istianah, 2014).

Artritis atau lazim disebut rheumatold merupakan salah satu penyakit yang lazim dikalangan masyarakat, peningkatan kasus arthritis rheumatoid dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan, dan masalah yang disebabkan oleh penyakit arthritis rheumatoid tidak hanya keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas dan aktifitas hidup sehari-hari tetapi juga memberikan efek sistemik yang tidak jelas tapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian atau mengakibatkan masalh seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri serta gangguan tidur (Kisworo, 2008). Setiap orang pernah mengalami gejala rheumatoid arthitis selama perjalanan hidupnya. Gejala rheumatoid artritis memiliki kualitas dan kuantitas berbeda dari satu orang ke orang lain tergantung dari gejalannya.

Menurut data yang diperoleh selama tahun 2019 di Puskesmas...... jumlah lansia yang mengalami Artritis rematoid (AR) diketahui dengan jumlah 39 orang lansia yang mengalami gejala seperti nyeri lutut dan kaki.

##  Tujuan

### Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Gerontik Sistim Muskuloskeletal Dengan Rheumatoid Arthritis Pada Ny.N Di Wilayah Kerja Puskesmas Munte Kabupaten Karo

### Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan gerontik pada Ny. N
2. Merumuskan masalah dan menentuikan diagnosa keperawatan gerontik pada Ny.N
3. Melaksanakan implementasi dan tindakan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.N
4. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Ny.N

##  Metode Penulisan

### Studi Keputakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku-buku kepustakaan, materi kuliah modul yang bersifat ilmiah yang berkaitan judul karya tulis ini

### Wawancara yaitu melakukan Tanya jawab langsung dengan klien sendiri dengan keluarga klien untuk mengetahui dan mengumpulkan data mengenai riwayat kesehatan klien dan masalah yang dihadapi klien

### Observasi yaitu melakukan pengamatan dan pengeawasan dengan panca indra sehingga penulis dapat melihat secara nyata mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan system kaediovaskuler;hipertensi

### Studi Dokumentasi atau literature yaitu dengan mempelajari status klien dan catatan-catatan atau pemeriksaa yang dilakukan terhadap klien.

## Ruang Lingkup Penulisan Asuhan Keperawatan Gerontik Sistim muskulloskeletal dengan Rheumatoid Artritis Di wilayah kerja puskesmas Munte kabupaten Karo

##  Sistematika Penulisan

BAB I : Pendahuluan yang meliputi latar belakang , tujuan, perumusan masalah, manfaat, dan Metode Penulisan, Studi Kepustakaan ,Wawancara,Observasi,dan Studi Dokumentasi

BAB II : Landasan teoritis yang meliputi: konsep dasar : definisi, etilogi, patofisiologi, tanda dan gejala, dan penatalaksanaan, dan konsep asuhan keperawatan

BAB III : Tinjauan Kasus yang terdiri dari : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan yakni membahas antara kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

BAB V : Kesimpulan dan Saran

# BAB II

# LANDASAN TEORI

1.

##  Konsep Dasar

### Definisi

 Istilah rheumatism berasal dari bahasa Yunani, rheumatismos yang berarti mucus, suatu cairan yang dianggap jahat mengalir dari otak ke sendi dan struktur klain tubuh sehingga menimbulkan rasa nyeri atau dengan kata lain, setiap kondisi yang disertai kondisi nyeri dan kaku pada sistem muskuloskeletal disebut reumatik termasuk penyakit jaringan ikat.

 Reumatoid artritis adalah penyakit peradangan sistemis kronis yang tidak diketahui penyebabnya dengan manifestasi pada sendi perifer dengan pola simetris. Konstitusi gejala, termasuk kelelahan, malaise, dan kekakuan sendi dipagi hari. Pada reumatoid artritis sering melibatkan organ ekstra-artikuler seperti kulit, jantung, paru-paru, dan mata. Reumatoid artritis menyebabkan kerusakan sendi dan demikian sering menyebabkan morbiditas dan kematian yang cukup besar (Noor, 2016). Reumatoid artritis merupakan gangguan autoimun sistemik kronis dengan tanda inflamasi erosif, kronis,, dan simetris pada jaringan sendi sinovial sendi. Tingkat keparahan penyakit sendi dapat berfluktuasi sepanjang waktu, namun pertambahan derajat kerusakan sendi, deformitas, dan kecacatan merupakan hasil akhir umum dari penyakit yang menetap. Gejala nonartikuler dapat terjadi antara lain nodus subkutan, vaskulitis, nodulus paru, atau fibrosis usus dan perikarditis.

### Etiologi

Penyebab reumatoid artritis tidak diketahui. Faktor genetik diyakini memainkan peran dalam perkembangannya, kemungkinan kombinasi dengan faktor lingkungan. Diperkirakan bahwa agen infeksius, seperti mikoplasma, virus Epstein Barr, atau virus lain dapat memainkan peran dalam memulai respons imun abnormal yang tampak di reumatoid artritis (Murwani & Priyantari, 2011).

[Genetik : sekitar 60% dari pasien reumatoid artritis membawa epitop bersama dari clutser HLA-DR4 yang merupakan salah satu situs pengikatan peptida-molekul HLA-DRtertentu yang berkaitan dengan reumatoid artritis.](http://repository.unej.ac.id/)

[Lingkungan : untuk beberapa dekade, sejumlah agen infeksi seperti organisme Mycoplasma, Epstein-Barr dan virus rubella menjadi predisposisi peningkatan reumatoid artritis.](http://repository.unej.ac.id/)

[Hormonal : hormon seks mungkin memainkan peran, terbukti dengan jumlah perempuan yang tidak proporsional dengan reumatoid artritis, ameliorasi selama kehamilan, kambuh dalam periode postpartum dini, dan insiden berkurang pada wanita menggunakan kontrasepsi oral.](http://repository.unej.ac.id/)

[Imunologi : semua elemen imunologi utama memainkan peran penting dalam propagasi, inisiasi, dan pemeliharaan dari proses autoimun reumatoid artritis (Noor, 2016).](http://repository.unej.ac.id/)

[Faktor risiko yang berhubungan dengan peningkatan terjadinya reumatoid artritis antara lain jenis kelamin, ada riwayat keluarga yang menderita reumatoid artritis , umur lebih tua, paparan salisilat, dan merokok. Konsumsi kopi lebih dari tiga cangkir sehari, khususnya kopi decaffeinated mungkin juga berisiko.](http://repository.unej.ac.id/) Makanan tinggi vitamin D, konsumsi teh dan penggunaan kontrasepsi oral berhubungan dengan penurunan risiko. Tiga dari empat perempuan dengan reumatoid artritis mengalami perbaikan gejala yang bermakna selama kehamilan dan biasanya akan kambuh kembali setelah melahirkan. Hiperprolaktinemia dapat menjadi faktor risiko reumatoid artritis (Pradana, 2012).

Faktor genetik penting dalam epidemologi penyakit. Predisposisi genetik reumatoid artritis terlibat pada indeks yang lebih tinggi pada 32% untuk kembar identik dibandingkan 9% pada kembar fraternal. Penelitian menunjukkan laporan konsisten mengenai hilangnya nyeri sendi dan bengkak ketika kehamilan pada klien wanita dengan rheumatoid arthritis, yang mungkin disebabkan perbedaan genetik antara ibu & anak, yang merupakan area yang menarik untuk diteliti. Bukti genetik terkait terlihat pada hubungan rheumatoid arthritis dan HLA-DR4 yang merupakan alel di HC pada lengan pendek kromosom 6 (Murwani & Priyantari, 2011).

### Patofisiologi

[Dipercaya bahwa pajanan terhadap antigen yang tidak teridentifikasi (misalnya virus) menyebabkan respon imun menyimpang pada pejamu yang rentan secara genetik. Sebagai akibatnya, antibodi normal (imunoglobulin) menjadi autoantibodi dan menyerang jaringan pejamu. Antibodi yang berubah ini, biasanya terdapat pada orang yang mengalami reumatoid artritis, disebut faktor reumatoid. Antibodi yang dihasilkan sendiri berikatan dengan antigen target mereka dalam darah dan membran sinovial, membentuk kompleks imun. Komplemen diaktivasi oleh kompleks imun, memicu respon inflamasi pada jaringan sinovial.](http://repository.unej.ac.id/)

[Leukosit tertarik ke membran sinovial dari sirkulasi, tempat neutrofil dan makrofag mengingesti kompleks imun dan melepaskan enzim yang mendegradasi jaringan sinovial dan kartilago artikular. Aktivasi limfosit B dan T menyebabkan peningkatan produksi faktor reumatoid ddan enzim yang meningkatkan dan melanjutkan proses inflamasi.](http://repository.unej.ac.id/)

[Membran sinovial rusak akibat proses inflamasi dan imun. Membran](http://repository.unej.ac.id/) sinovial membengkak akibat infiltrasi leukosit dan menebal karena sel berpoliferasi dan membesar secara abnormal. Prostaglandin memicu vasodilatasi, dan sel sinovial dan jaringan menjadi hiperaktif. Pembuluh darah baru tumbuh intuk menyokong hiperplasia sinovial, membentuk jaringan granulasi vaskular disebut pannus.

### Tanda & Gejala

[Ada beberapa gejala klinis yang lazim ditemukan pada penderita reumatoid artritis. Gejala klinis ini tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena itu penyakit ini memiliki gejala aran klinis yang sangat bervariasi.](http://repository.unej.ac.id/)

1. Gejala-gejala konstutional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
2. [Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi diartrodial dapat terserang.](http://repository.unej.ac.id/)
3. Pentingnya membedakan nyeri yang disebabkan perubahan mekanis dengan nyeri yang disebabkan inflamasi. Nyeri yang timbul setelah aktivitas dan hilang setelah istirahat serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Sedangkan nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas.
4. Kekakuan sendi di pagi hari lebih dari 1 jam, dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi, kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoartritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
5. Artritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi ditepi tulang.
6. Deformitas , kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari sublukasi sendi metakarpofalangeal, leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari sublukasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terangsang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi
7. Nodula-nodula reumatoid , lokasi paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan walaupun demikian nodula-nodula ini dapat juga timbul pada tempat-tempat lainnya.
8. [Manifestasi ekstra artikular, reumatoid artritis juga dapat menyerang organ- organ lain diluar sendi. Jantung(perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata danpembuluh darah dapat rusak (Aspiani, 2014).](http://repository.unej.ac.id/)

### Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi adalah :

1. Meringankan rasa nyeri dan peradangan
2. Memppertahankan fungsi sendi dan kapasitas fungsional maksimal penderita
3. Mencegah atau memperbaiki deformitas

Program terapi dasar terdiri dari lima komponen dibawah ini yaitu :

1. Istirahat
2. Latihan Fisik
3. Panas
4. Pengobatan
5. Aspirin (anti nyeri) dosis antara 8 s.d 25 tablet perhari, kadar salisilat serum yang diharapkan adalah 20-25 mg per 100 ml.
6. Natrium kolin dan Asetamenofen meningkat toleransi saluran cerna terhadap terapi obat.
7. Obat anti malaria (hidroksiklorokuin, klorokuin) dosis 200-600 mg/hari mengatasi keluhan sendi, memiliki efek steroid sparing sehingga menurunkan kebutuhan steroid yang diperlukan.
8. Gara Emas
9. Kortikosterod
10. Nutrisi diet untuk penurunan berat badan yang berlebih

Bila rheumatoid arthritis progresif dan menyebabkan kerusakan sendi, pembedahan dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri dan memperbaki fungsi. Pembedahan dan indikasinya sebagai berikut:

1. Sinovektomi , untuk mencegah arthritis pada sendi tertentu, untuk mempertahankan fungsi sendi dan untuk mencegah timbulnya kembali inflamasi.
2. Arthrotomi, yaitu dengan membuka persendian
3. Arthodesis, sering pada lutut, tumit, dan pergelangan tangan
4. Arthroplasty, pembedahan dengan cara membuat kembali dataran pada persendian.

##  Konsep Asuhan Keperawatan

### Pengkajian

1. Riwayat Keperawatan
2. untuk Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan, atau pada tungkai.
3. untuk Perasaan tidak nyaman dalam beberapa periode/waktu sebelum pasien mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi
4. Pemeriksaan Fisik
1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, dan pembengkakan.
2) Lakukan pengukuran passive range of mation pada sendi-sendi sinovial.
5. Catat bila ada deviasi (keterbatasan gerak sendi)
6. Catat bila ada krepitasi
7. Catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakkan

3)  Lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral
  a. Catat bia ada atrofi, tonus yang berkurang
  b.   Ukur kekuatan otot

4)  Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya

5) Kaji aktivitas/kegiatan sehari-hari

1. Riwayat Psiko Sosial

Pasien dengan RA mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pad pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karean ia merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah. Perawat dapat melakukan pengkajian terhadap konsep diri klien khususnya aspek body image dan harga diri klien.

### Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan artritis ditambah dengan adanya data dari pemeriksaan diagnostik, maka diagnosa keperawatan yang sering muncul yaitu :
1. Gangguan body image berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh,sendi,bengkok,deformitas.
2. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid.
3. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.
4. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.

### Perencanaan / Implementasi

NANDA NOC (Tujuan) NIC (Intervensi)
1. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas.
Persepsi/Kognitif
Citra Tubuh
Defenisi     : Kebingungan tentang gambaran mental fisik pribadi
Batasan karakteristik :
Prilaku menghindar akibat kehilangan salah satu organ tubuh
a.Respon non verbal akibat perubahan aktual tubuh
b.Respon non verbal terhadap penerimaan perubahan tubuh
c. Kehilangan organ tubuh

d.Tidak mau melihat bagian tubuh

e. Tidak mau menyentuh bagian tubuh

NOC 1 (Tujuan)
Citra Tubuh

Defenisi: Persepsi positif terhadap penampilan dan fungsi pribadi tubuh
Indikator:

1. Gambaran internal tubuh
2. Keseimbangan antara realita, ideal dan penampilan tubuh
3. Kepuasan penampilan tubuh
4. Pengaturan penampilan fisik tubuh
5. Pengaturan perubahan fungsi tubuh

NIC 1(Intervensi)
Perbaikan Citra Tubuh
Defenisi : Peningkatan persepsi sadar dan ketidaksadaran dan sikap ke depan terhadap tubuhnya
Aktivitas:

1. Menentukan dugaan citra tubuh pasien, sesuai dengan perkembangannya
2. Membantu pasien untuk mendiskusikan perubahan yang terjadi akibat penyakit dan pembedahan
3. Membantu pasien memelihara perubahan tubuh
4. Membantu pasien untuk membedakan penampilan fisik dari perasaan yang beharga
5. Membantu pasien untuk menentukan akibat dari persepsi yang sama penampilan tubuh.
6. Monitoring pandangan diri secara berkala
7. Monitoring apakah pasien melihat perubahan pada bagian tubuh
8. Monitoring pernyataan tentang persepsi identitas diri sehubungan denagn bagian tubuh dan berat badan
9. Menentukan apakah perubahan citra tubuh berkontribusi dalam isolasi sosial
10. Membantu pasien dalam mengidentifikasi penampilan yang akan meningkat.

2. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid.
Kenyamanan
Kenyamanan Fisik
Defenisi           : Ketidaknyamanan sensori dan ekspresi emosional akibat gangguan jaringan actual dan potensial dan dideskripsikan dengan dengan suatu gangguan (IASP) ; serangan mendadak atau lambat dari berbagai intensitas dari yang ringan hingga hebat , konstan atau berulang tanpa antisipasi atau prediksi terakhir dan waktunya >6 bulan.
Batasan karakteristik :
a. Anorexia
b. Perubahan pola tidur
c. Fatigue
d. Gangguan interaksi sosial
e. Ekspresi verbal tentang nyeri

NOC 1 (Tujuan)
Kontrol Nyeri
Defenisi: perilaku individu dalam mengontrol nyeri.
Indikator:
a.  Mengakui faktor penyebab
b. Mengetahui nyeri
c.  Menggunakan obat analgesik
d.  Menjelaskan gejala nyeri
e.  Melaporkan kontrol nyeri yang telah dilakukan

NOC 2 (Tujuan)
Level nyeri

Defenisi :
Indikator :
a.  Ekspresi nyeri
b. Frekuensi nyeri
c.  Ekspresi wajah terhadap nyeri

NIC (Intervensi)
Pain management (Manajemen nyeri)
Aktivitas:
a.  Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi
b.  Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
c.  Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

d. Kaji budaya yang mempengaruhi respion nyeri
e.  Determinasi akibat nyeri terhadap kualitas hidup
f.  Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
g.  Kontrol ruangan yang dapat mempengaruhi nyeri
h.  Kurangi faktor presipitasi nyeri
i.  Pilih dan lakukan penanganan nyeri
j.  Ajarkan pasien untuk memonitor nyeri
k.  Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
l  Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
m.  Evaluasi keefektifan control nyeri
n.  Tingkatkan istirahat
o.  Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

3. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.
NOC (Tujuan):
Perilaku Aman: Mencegah
Jatuh dengan indikator
a.   Menghindari jatuh dan terpeleset di lantai
b.  Menggunakan tongkat
c. Menjauhkan bahaya yang bisa menyebabkan jatuh
d.  Memakai alas kaki yang tidak mudah slip
e.  Mengatur tinggi tempat tidur
f.   Menggunakan alat Bantu penglihatan

NIC (Intervensi):
1.         Manajemen Lingkungan
a.  ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
b.   identifilasi kebutuhan rasa aman bagi pasien berdasarkan tingkat fungsi fisik dan kognitif dan riwayat perilaku masa lalu
c.   jauhkan lingkungan yang mengancam
d.   jauhkan objek yang berbahaya dari lingkungan
e.   berikan side rail
f.  antarkan pasien selama aktivitas di luar rumah sakit
2.         Mencegah Jatuh :
a.   Kaji penyebab defisit fisik pasien
b.   Kaji karakteristik lingkungan yang menyebabkan jatuh
c.   Monitor gaya jalan pasien, keseimbangan, tingkat kelelahan
d.   Berikan penerangan yang cukup
e.   Pasang siderail tempat tidur

4. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.
Intoleransi aktivitas
NOC (Tujuan):
Self Care : ADLs
a. Toleransi aktivitas
b. Konservasi energi Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria Hasil
c. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
d. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
e. Keseimbangan aktivitas dan istirahat

NIC (Intervensi):
 a. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
 b. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
 c. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
 d.Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihanϖ
 e. Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)
f. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
g. Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan progran terapi yang tepat.
h. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
i. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik psikologi dan sosial
j. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.
k. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krekϖ
l. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukaiϖ
m. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
n. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitasϖ
o. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
p. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatanϖ
q. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

### Evaluasi

1. Prilaku yang adaptif sehubungan dengan adanya masalah konsep diri
2. Nyeri dapat berkurang
3. Mampu untuk melakukan aktifitas sehari-hari
4. Komplikasi dapat dihindari
5. Meningkatkan mobilitas
6. memahami cara perawatan di rumah

# BAB III

# TINJAUAN KASUS

1.

##  Pengkajian

1. Identitas Klien
2. Initial Klien : Ny. N
3. Umur : 68 tahun
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Pendidikan : SMP
6. Pekerjaan : Petani
7. Suku : Karo
8. Agama : Kristen Protestan
9. Status Perkawinan : Menikah
10. Alamat : Desa Barungkersap Kecamatan Munte

 Genogram



1. Riwayat Kesehatan
2. Riwayat kesehatan saat ini/ Keluhan utama :

Nyeri lutut

1. Riwayat kesehatan yang lalu :

Tidak ada

1. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital :
2. Tekanan Darah : 130/90 mmHg
3. Nadi : 90 x/menit
4. Temperatur : 37°C
5. Respirasi Rate : 20x/menit
6. **HEALTH PROMOTION**

Data Subjektif :

1. Riwayat penyakit yang lalu : Asma, Operasi : Tidak Pernah, Dirawat di Rumah Sakit : Tidak pernah
2. Perubahan status kesehatan dalam kurun waktu tertentu : sering merasakan nyeri pada kaki dan kebas-kebas
3. Riwayat penyakit keluarga : tidak ada
4. Persepsi penyebab penyakit saat ini : pasien berpendapat penyakitnya itu karena dia sudah tua
5. Intervensi terapi/pengobatan saat ini : membeli obat parasetamol diwarung dan jika kaki mulai kebas pasien meluruskan kaki nya.
6. Apakah intervensi terapi saat ini dapat membantu : kurang dapat membantu
7. Obat atau vitamin yang diminum saat ini : tidak ada
8. Apakah alergi terhadap makanan/obat/cuaca/lain lain : tidak ada
9. Kegiatan peningkatan kesehatan yang dilakukan saat ini : tidak ada
10. Kegiatan pencegahan penyakit yang dilakukan : tidak ada

Data Objektif :

1. Observasi penampilan umum : secara umum pasien menjalankan aktiftas secara terbatas dan kadangkala dibantu keluarga atau menggunakan tongkat
2. Pemeriksaan fisik/mental disesuaikan dengan kondisi klien : kondisi mental klien baik

MASALAH KEPERAWATAN : Gangguan Rasa Nyaman Nyeri dan aktifitas

1. **NUTRITION**

Data Subjektif :

1. Jenis Intake makan dan minum sehari-hari : nasi, ikan dan sayur
2. Intake makanan dan minuman terakhir : nasi, ikan, sayur dan air putih
3. Jenis diet : tidak ada
4. Waktu makan / snack : 3 kali sehari (pagi,, siang dan malam)
5. Penggunaan suplemen, vitamin, makanan energy, tube feeding : tidak ada
6. Nafsu makan, hilang atau berubah : kurang selera makan
7. Kesulitan menelan, mengunyah, mencerna : tidak ada kesulitan
8. Kehilangan Berat Badan saat ini : tidak ada kehilangan berat badan
9. Penggunaan alat bantu nutrisi saat ini : tidak ada
10. Penggunaan sendok, piring khusus : tidak menggunakan peralatan makan khusus
11. Rasa mual, sakit perut, lapar dan haus berlebihan : tidak ada
12. Riwayat penyakit personal atau keluarga seperti DM, Thyroid : tidak ada
13. Masalah dengan kulit, seperti rash, luka, luka terbuka, proses penyembuhan : tidak ada masalah

Data Objektif :

1. Observasi penampilan umum : klien berpakain rapi, bersih, dan menggunakan tongkat
2. Kaji keadaan kulitnya : warna kulit sawo matang, kulit kering, luka tidak ada, keadaan kulit rambut kurang bersih, turgor kulit baik
3. Monitor temperature tubuh : 37°C
4. Monitor tinggi dan Berat Badan : TB : 154 cm, BB : 50 kg
5. Observasi kondisi gigi, gusi, mulut, bibir, mukosa : gigi tidak lengkap, mukosa bibir lembab, keadaan gusi baik, mulut bersih.
6. Kaji ada tidaknya penyembuhan luka : tidak ada
7. Lihat integritas kulit dan rambut : kulit kering, rambut kurang bersih,tipis dan beruban.
8. Catat intake oral dan cairan intravena : air putih dan teh
9. Hasil laboratorium, seperti Hb, kolesterol, asam urat, gula darah : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : gangguan rasa nyaman dan nyeri

1. **ELIMINATION**

Data Subjektif :

1. Frekuensi karakteristik BAB dan kesulitan BAB, BAB terakhir : frekuensi BAB 2 kali sehari, Karakteristik padat, tidak ada kesulitan saat BAB
2. Frekuensi, karakteristik urin, kesulitan BAK, BAK terakhir : frekuensi BAK 3-6 kali sehari, karakteristik urine jernih, tidak ada kesulitan saat BAK
3. Penggunaan laksatif/ diuretic : tidak ada
4. Penggunaan alat bantu, missal : colostomy, kateter, dll : tidak ada
5. Derajat berkeringat : tidak ada

Data objektif :

1. Periksa kondisi feses dan urin : feses keras bulat seperti kelereng
2. Periksa jika ada drain, WSD, NGT, dan muntah :tidak ada
3. Kaji abdomen : tidak ada massa
4. Hasil laboratorium : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : gangguan rasa nyaman dan nyeri

1. **ACTIVITY/REST**

Data subjektif

Aktivitas :

1. Jenis dan keteraturan latihan : tidak ada
2. Aktifitas yang dilakukan di rumah atau tempat kerja : duduk-duduk
3. Kemampuan aktifitas yang di lakukan : makan, mandi, berjalan dibantu dengan tongkat
4. Perasaan atau respon terhadap aktifitas : pasien merasa lelah dan terganggu karena harus berjalan menggunakan alat bantu
5. Kegiatan rekreasi yang dilakukan : tidak ada
6. Penggunaan protese : tidak ada
7. Riwayat penyakit dan kelemahan seperti nyeri sendi dan tulang belakang :nyeri sendi pada lutut

Istirahat:

1. Jumlah jam tidur/24 jam : 6 jam
2. Frekuensi istirahat : 2 kali
3. Berapa jam tidur malam dan siang hari : jam tidur malam 6 jam, jam tidur siang 1-2 jam.
4. Masalah yang di alami waktu tidur : tidak ada
5. Tingkat energi yang di rasakan saat bangun tidur : kurang
6. Penggunaan bantuan untuk tidur, seperti obat, relaksasi, minum air hangat : tidak ada
7. Kondisi dan jenis tempat tidur, penggunaan bantal : Kasur, menggunakan bantal dan selimut

Data Objektif

1. Kaji tingkat ketergantungan (Level : 0,1,2,3,4) : level 1

Level 0 : mandiri

Level 1 : butuh penggunaan alat bantu

Level 2 : butuh pengawasan/supervisi orang lain

Level 3 : butuh bantuan orang lain

Level 4 : ketergantungan pada orang lain/tidak dapat berpartisipasi

1. Periksa postur gaya berjalan : timpang
2. Tes ROM sendi : baik
3. Tes kekuatan, tonus dan massa otot : kurang baik
4. Tes keseimbangan : kurang baik
5. Palpasi nadi :90 kali/menit
6. Periksa dan catat tekanan darah : 130/90 mmHg
7. Catat bunyi jantung dan adanya murmur : bunyi jantung Lub-dup, tidak ada murmur.
8. Hitung frekuensi nafas, bunyi nafas, suara tambahan, kesulitan bernafas : 20 kali/menit, bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan, tidak ada kesulitan bernafas.
9. Kaji status vaskuler : tidak ada
10. Hasil pemeriksaan laboratorium : tidak ada
11. Observasi hygiene umum : bersih
12. Obsevasi pola istirahat atau tidur : normal
13. Observasi gangguan istirahat,tidur : tidak ada gangguan
14. Observasi kesadaran dan status mental : normal

MASALAH KEPERAWATAN : Gangguan Aktivitas

1. **PERCEPTION COGNITION**

Data subyektif

1. Status pendengaran : Baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
2. Status penglihatan : Baik, tidak menggunakan alat bantu kacamata
3. Masalah dengan pengecap dan pembau : tidak ada masalah
4. Masalah dengan sensasi perabaan, baal, kesemutan : kadang-kadang
5. Nyeri (Level, Lokasi, Frekuensi, durasi, Karakter, Kondisi yang memberatkan, Metode penyembuhan, dan level toleransi) : 3-5
6. Fungsi kognisi : memori tentang istilah, ingatan jangka pendek dan jangka panjang : tidak ada
7. Riwayat setiap perubahan dalam tigkat kesadaran atau periode bingung : kadang-kadang bingung
8. Komunikasi : Bahasa Indonesia dan bahasa Jawa
9. Tingkat kemampuan memecahkan masalah : dapat memecahkan masalah dengan baik.
10. Tingkat kemampuan mengambil keputusan : klien dapat mengambil keputusan dengan berunding dengan anak maupun saudara nya.
11. Perasaan berputar/pusing : sering pusing saat beraktifitas
12. Riwayat pingsan, kejang, dan sakit kepala : kadang-kadang sakit kepala
13. Riwayat sakit kepala, lokasi, frekuensi, faktor yang berhubungan : karena ada rasa nyeri

Data Objektif

1. Test pendengaran, penglihatan, perasa, peraba, pembau : baik
2. Test orientasi, waktu, tempat, orang : baik
3. Kaji tingkat kesadaran, ukur dengan respon terhadap stimulus : baik
4. Dengarkan bahasa yang digunakan : bahasa indonesia
5. Dengarkan kualitas, kecepatan, artikuasi berbicara: kualitas suara baik, kecepatan normal, artikulasi bicara jelas.
6. Tes memori sekarang, hall yang baru dipelajari sesuai indikasi : memori pasien baik.
7. Lakukan skrening perkembangan sesuai indikasi : baiik
8. Kaji kemampuan membuat kalimat, membaca, menulis, proses berpikir : klien dapat membaca, menulis, proses berpikir baik.

MASALAH KEPERAWATAN : nyeri berhubungan denga resiko terjadinya jatuh

1. **SELF-PERCEPTION**

Data Subyektif :

1. Bagaimana perasaan klien selama ini : klien merasa terganggu dengan kondisinya saat ini.
2. Dapatkah anda ceritakan tentang diri anda : klien mengatakan dia masih bersyukur dengan keadaan nya saat ini.
3. Bagaimana masalah ini berpengaruh terhadap hidup anda : klien mengatakan masalah ini tidak berpengaruh.
4. Deskripsi diri sendiri : klien mengatakan dia adalah orang yang rajin sholat.
5. Adanya ketakutan, kecemasan, alasan depresi atau merasa kehilangan control : tidak ada
6. Ukuran yang digunakan untuk meningkatkan perasaan mengenal konsep diri : berdoa dan berserah kepada Allah
7. Pengalaman berhubungan dengan perasaan keputusasaan : tidak ada

Data Objektif :

1. Observasi penggunaan kontak lens : tidak ada
2. Catat perhatian atau distraksi : tidak ada
3. Catat suara dan kualitas, intensitas bicara : kualitas suara baik, suara dan intensitas jelas.
4. Ukuran skala 1-5 , relaxed-nervous : 3-5
5. Ukuran skala 1-5 , assertive to passive : 3-5
6. Catat tanda verbal dan non verbal yang mengindikasikan ekspresi konsep diri : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : ganggguan rasa nyeri pada otot

1. **PERANAN HUBUNGAN**

Data Subyektif :

1. Bentuk struktur keluarga : terdiri dari nenek, menantu, anak, dan cucu
2. Peran dalam keluarga : mertua/ ibu
3. Pemberi perawatan atau penerima perawatan dirumah : penerima perawatan
4. Persepsi dari efek masalah kesehatan terhadap peran : klien berpendapat perannya terganggu
5. Pekerjaan, profesi, peran kerja : tidaka ada pekerjaan
6. Peran sebagai pelajar : tidak ada
7. Kepuasan dan ketidakpuasan terhadap peran : klien puas terhadap perannya
8. Kesulitan dalam mempertahankan peran : tidak ada kesulitan
9. Pengaruh asuransi kesehatan terhadap peran dan hubungan : tidak ada
10. Penghasilan cukup atau tidak untuk memenuhi kebutuhannya : cukup
11. Dukungan dan hubungan dengan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya saat ini :klien mendapat dukungan dari anak nya.

Data Objektif :

Observasi interaksi antara anggota keluarga : interaksi antar anggota keluarga baik

MASALAH KEPERAWATAN : tidak ada masalah

1. **SEXUALITY**

Data Subjektif :

1. Kecemasan terhadap seks : tidak ada
2. Orientasi seksual : baik
3. Hubungan seksual dan tingkat kepuasan : klien puas
4. Riwayat melahirkan kembar, kelainan kongenitael atau genetic : tidak ada
5. Keluarga Berencana (KB) : tidak ada
6. Cara mencegah penularan PMS : tidak ada
7. Riwayat PMS : tidak ada

Data Obyektif :

Observasi kondisi lansia : kondisi lansia saat ini lututnya terasa nyeri, klien susah berjalan dan berdiri terlalu lama.

MASALAH KEPERAWATAN : Gangguan rasa nyaman dan nyeri

1. **COPING/STRESS TOLERANCE**

Data Subyektif

1. Stress : tidak ada masalah yang menyebabkan stress saat ini
2. Krisis saat ini : sakit rheumatoid arthritis
3. Tingkat stress saat ini : normal
4. Penggunaan obat/alcohol untuk mempertahankan diri atau koping : tidak ada
5. Metode koping yang digunakan : berdoa
6. Tingkat keberhasilan dari strategi koping yang dilakukan nya : klien merasa berhasil dengan berserah dan berdoa
7. Persepsi tentang status keamanan dirumah : klien merasa aman

Data Obyektif

Tidak ada perilaku atau manifestasi psikologi

MASALAH KEPERAWATAN : Gangguan rasa nyaman dan nyeri

1. **PRINSIP HIDUP**

Data Subyektif

1. Agama : Kristen Protestan
2. Kepercayaan spiritual yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan praktik kesehatan : berdoa
3. Persepsi tentang kepuasan dalam kehidupan : klien merasa puas dengan hidupnya.
4. Kepercayaan kultural yang berpengaruh terhadap nilai dan kesehatan: klien berpendapat bahwa penyakitnya juga disebabkan karena diberikan orang.
5. Dalam kehidupan ini apa yang paling berharga/diharapkan : keberhasilan anak.
6. Kegiatan agama yang paling disukai : pertamiangan
7. Kemampuan untuk berpartisipasi : baik
8. Kegiatan spiritual yang penting : ibadah
9. Kegiatan kebudayaan : tidak ada
10. Sumber harapan dan kenyamanan : keluarga
11. Kemampuan membuat keputusan : klien mampu membuat keputusan
12. Kemampuan untuk memecahkan masalah sehati – hari : klien mampu memecahkan masalah.
13. Kepatuhan dengan pola diet yang sehat : tidak ada

Data Obyektif

1. Observasi dalam menjalankan ibadah dan kegiatan spiritual yang dilakukan : baik
2. Observasi sikap dalam pengambilan keputusan dan kepedulian terhadap kesehatan diri : klien mampu mengambil keputusan namun tidak peduli terhadap kesehatan diri

MASALAH KEPERAWATAN : kurang pengetahuan

1. **SAFETY/PROTECTION**

Data Subyektif

1. Terpapar dengan bahaya saat di rumah atau tempat kerja (limbah industry, mesin, bahan kimia, binatang, X-Ray,) : tidak ada
2. Terpapar dengan penyakit menular dan pathogen (melalui infuse, alat suntik, infeksi silang dari pasien/orang lain, gigtan binatang/serangga) : tidak ada
3. Riwayat kecelakaan/cidera, resiko jatuh : tida ada
4. Riwayat alergi, penyakit menular, dan imunisasi : tidak ada

Data Obyektif

1. Temperature : 37˚C
2. Tanda dan gejala cidera (luka,bengkak) : bengkak pada kaki kanan
3. Tanda dan gejala infeksi : tidak ada infeksi
4. Hasil laboraturium : tidak ada
5. Terpasang peralatan/procedur invasive : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : tidak ada

1. **COMFORT/KENYAMANAN**

Data Subyektif

1. Perasaan terhadap kesejahteraan : pasien merasa sejahtera dengan hidupnya
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri : jika klien berdiri maupun berjalan terlalu lama.
3. Adakah rasa nyeri : ada
4. Intensitas nyeri (1-10) : skala nyeri 5
5. Lokasi/luas nyeri : kaki kanan menjalar sampai keatas paha
6. Kualitas nyeri : terasa panas dan ditusuk-tusuk
7. Frekuensi dan durasi nyeri : durasi sering tapi sebentar
8. Bagaimana mengatasi nyeri dan menjadi nyaman : kaki diluruskan

Data Obyektif

1. Gejala yang menyertai : insomnia, kurang konsentrasi, menangis, dan perilaku lainnya : wajah meringis kesakitan
2. Reaksi terhadap obat analgesic : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : gangguan rasa nyaman nyeri

1. **PERTUMBUHAN/PERKEMBANGAN**

Data Subyektif :

Usia ketika mencapai tugas perkembangan

Data obyektif :

Observasi tingkat tumbuh kembang klien

**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Interpretasi** | **Masalah** |
| **1** | DO:* Klien tampak lelah
* klien tampak memijat- mijat kakinya.
* Klien tampak nyeri kesakitan

DS :* Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak
* Klien mengatakan ketidaknyam anan terhadap sakitnya
 | Penaikan metabolisme tulangPenaikan enzim yang merusak tulang rawan sendiPenurunan kadar proteologlikanBerkurangnya kadar air tulang rawan sendiPenurunan fungsi tulang nyeriNyeri | Nyeri |
| **2** | DO :* Kaki tidak dapat digerakkan
* Kekuatan otot kurang baik

DS :* Klien mengatakan tidak sanggup berjalan jauh
* Klien mengatakan kaki terasa berat.
 | Usia yang lanjutPenurunan fungsi TulangKekuatan otot melemahMeningkatnya nyeri saat berjalanIntoleransi aktivitas | Intoleransi aktivitas |
|  |
| **3** | DO :* Klien tampak berhati-hati saat berjalan

DS :* Klien mengatakan takut untuk berjalan jauh
 | LansiaPenurunan Fungsi TulangResiko Tinggi Cedera | Resiko Tinggi Cedera |

##  Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid
2. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.
3. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.

##  Perencanaan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan (NOC) | Intervensi (NIC) | Rasional |
| 1 | Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid  | * Mengakui faktor penyebab
* Mengetahui nyeri
* Menggunakan obat analgesik
* Menjelaskan gejala nyeri
* Melaporkan kontrol nyeri yang telah dilakukan
 | * Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
* Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
* Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
* Kaji budaya yang mempengaruhi respon nyeri
* Determinasi akibat nyeri terhadap kualitas hidup
* Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
* Kontrol ruangan yang dapat mempengaruhi nyeri
* Kurangi faktor presipitasi nyeri
* Pilih dan lakukan penanganan nyeri
* Ajarkan pasien untuk memonitor nyeri
* Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
* Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
* Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
* Tingkatkan istirahat
* Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 | * Membantu dalam manajemen nyeri
* Mencegah terjadinya kelelahan umum dan kekakuan sendi
* Meminimalakan stimulus / meningkatkan relaksi
 |
| 2 | Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan. | * Toleransi aktivitas
* Konservasi energi Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria Hasil
* Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
* Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
* Keseimbangan aktivitas dan istirahat
 | * Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
* Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
* Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
* Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihanϖ
* Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)
* Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
* Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
* Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik psikologi dan sosial
* Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.
* Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
* Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
* Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitasϖ
* Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
* Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual

 | * Untuk mencegah kelelahan dan mempertahankan kekuatan
* Untuk menekan inflamasi sistemik akut
* Menghindari cedera akibat kelelahan seperti jatuh
 |
| 3 | Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri | * Menghindari jatuh dan terpeleset di lantai
* Menggunakan tongkat
* Menjauhkan bahaya yang bisa menyebabkan jatuh
* Memakai alas kaki yang tidak mudah slip
* Mengatur tinggi tempat tidur
* Menggunakan alat Bantu penglihatan
 | * ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
* identifikasi kebutuhan rasa aman bagi pasien berdasarkan tingkat fungsi fisik dan kognitif dan riwayat perilaku masa lalu
* jauhkan lingkungan yang mengancam
* jauhkan objek yang berbahaya dari lingkungan
* Kaji penyebab defisit fisik pasien
* Kaji karakteristik lingkungan yang menyebabkan jatuh
* Monitor gaya jalan pasien, keseimbangan, tingkat kelelahan
* Berikan penerangan yang cukup
 | * Lingkungan yang bebas bahaya dan mengurangi resikocedera dan membebaskan keluuarga dari kekhawatiran yang konstan
* Memberikan pasien rasa aman dan kepercayaan diri dalam melaksanakan aktifitas.
 |

##  Implementasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal/ Jam | Diagnosa Keperawatan | Implementasi | Tanda Tangan |
| 1 | 02 Juni 2020 | DX I | Menganjurkan klien untuk beristirahatMengkaji nyeri secara komperhensif Mengukur vital sign klienMembantu dan mengajari klien untuk menghindarkan gerakan eksternal rotasi pada ekstremitasMengajarkan pada klien untuk terapi panas (kompres hangat pada bagian yang sakitMemberi obat sesuai terapi dokter |  |
| DX II | Mengkaji respon pasien terhadap aktivitasMemberikan dorongan untuk mempertahankan postur tegak dan duduk tinggiMemberikan bantuan sesuai kebutuhanMemberikan lingkungan yang aman Menganjurkan menggunakan alat bantu |  |
| DX III | Kendalikan lingkungan dengan; dengan menyingkirkan bahaya yang tampak jelas, mengurangi potensial cedera akibat jatuh ketika tidur.Memberikan kebebasaan dalam lingkungan yang amanMenghindarkan pasen dari melamun |  |
| 2 | 03 Juni 2020 | DX I | Menganjurkan klien untuk beristirahatMengkaji nyeri secara komperhensif Mengukur vital sign klienMembantu dan mengajari klien untuk menghindarkan gerakan eksternal rotasi pada ekstremitasMengajarkan pada klien untuk terapi panas (kompres hangat pada bagian yang sakitMemberi obat sesuai terapi dokter |  |
| DX II | Mengkaji respon pasien terhadap aktivitasMemberikan dorongan untuk mempertahankan postur tegak dan duduk tinggiMemberikan bantuan sesuai kebutuhanMemberikan lingkungan yang aman Menganjurkan penggunaan alat bantu |  |
| DX III | Kendalikan lingkungan dengan; dengan menyingkirkan bahaya yang tampak jelas, mengurangi potensial cedera akibat jatuh ketika tidur.Memberikan kebebasaan dalam lingkungan yang amanMenghindarkan pasen dari melamun |  |
| 3 | 04 Juni 2020 | DX I | Menganjurkan klien untuk beristirahatMengkaji nyeri secara komperhensif Mengukur vital sign klienMembantu dan mengajari klien untuk menghindarkan gerakan eksternal rotasi pada ekstremitasMengajarkan pada klien untuk terapi panas (kompres hangat pada bagian yang sakitMemberi obat sesuai terapi dokter |  |
| DX II | Mengkaji respon pasien terhadap aktivitasMemberikan dorongan untuk mempertahankan postur tegak dan duduk tinggiMemberikan bantuan sesuai kebutuhanMemberikan lingkungan yang aman Menganjurkan penggunaan alat bantu |  |
| DX III | Kendalikan lingkungan dengan; dengan menyingkirkan bahaya yang tampak jelas, mengurangi potensial cedera akibat jatuh ketika tidur.Memberikan kebebasaan dalam lingkungan yang amanMenghindarkan pasen dari melamun |  |

## Evaluasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal/ Jam | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi  | Tanda Tangan |
| 1 | 02 Juni 2020 | DX I | S : Klien mengatakan masih nyeri tapi sudah agak berkurang dan nyaman sewaktu diberi kompres hangat pada sendi yang sakit. Skala nyeri 5O : Klien tampak tenangA : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan |  |
| DX II | S : klien mengatakan masih susah beraktivitasO : klien tampak menggunakan tongkat saat berjalan. A : Masalah Belum TeratasiP : intervensi dilanjutkan |  |
| DX III | S : klien mengatakan akan berhati-hati bila berjalan karena takut jatuh dan terpeleset O : klien bertanya tentang penyakitnyaA : Masalah Belum TeratasiP : intervensi dilanjutkan |  |
| 2 | 03 Juni 2020 | DX I | S : Klien mengatakan masih nyeri tapi sudah agak berkurang dan nyaman sewaktu diberi kompres hangat pada sendi yang sakit- skala nyeri 4O : Klien tampak tenangA : Masalah sebagian dapat teratasiP : Intervensi dilanjutkan |  |
| DX II | S : klien mengatakan masih sudah beraktifitasO : klien masih menggunakan tongkat bila diperlukan. Klien tampak mulai nyaman A : Masalah Belum TeratasiP : intervensi dilanjutkan |  |
| DX III | S : klien mengatakan akan berhati-hati bila berjalan karena takut jatuh dan terpeleset O : klien dapat menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawatA : Masalah Belum Teratasi Teratasi P : intervensi dilanjutkan  |  |
| 3 | 04 Juni 2020 | DX I | S : - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan klien sudah merasa nyaman .O : Klien tampak tenangA : Masalah teratasiP : Intervensi dipertahankan |  |
| DX II | S : klien mengatakan sudah bisa Beraktivitas. O : klien masih menggunakan tongkat saat berjalan. Klien  tampak nyaman.A : Masalah Teratasi SebagianP : intervensi dilanjutkan |  |
| DX III | S : Klien mengatakan sudah berhat-hati dalam berjalan karena takut terjatuhO : Klien mau mendengarkan dan mengikuti anjuran dari keluarga.A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi Dilanjutkan |  |

# BAB IV

# PEMBAHASAN

1.

##  Pengkajian

Pengkajian gerontik adalah langkah awal dalam proses keperawatan gerontik, yang meliputi pengumpulan data dan analisis data, sehingga menghasilkan diagnosis keperawatan. Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada Ny. N yang berumur 68 tahun, Jenis Kelamin : Perempuan, Pendidikan: SMP Pekerjaan : Petani, Suku : Karo, Agama : Kristen Protestan, Status Perkawinan: Menikah, dan Alamat: : Desa Barungkersap Kecamatan Munte.

Keluhan utama dari Ny. N adalah nyeri lutut, kaki, dan tangan, dengan tanda-tanda vital; Tekanan Darah: 130/90 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Temperatur : 37°C, dan Respirasi Rate: 20x/menit. Dari hasil pengkajian 13 data keperawatan yang mempunyai masalah 10 masalah keperawatan 3 tidak memiliki masalah keperawatan.

##  Diagnosa Keperawatan

 Data pada pengkajian ditemukan tidak adanya kesenjangan, dimana tidak semua data pada konsep medis ditemukan pada tinjauan kasus. Data pada diagnosa keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan dimana tidak semua diagnosa pada konsep teoritis diangkat pada tinjauan kasus. Ada 4 diagnosa keperawatan yang terdapat pada teoritis tetapi dalam keempat diagnosia ada 1 diagnosa yang tidak diprioritaskan pada tinjauan kasus yaitu:

1.Gangguan body image berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh,sendi,bengkok,deformitas.
2. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid.
3. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.
4. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.

Sedangkan diagnosa yang diangkat pada tinjauan kasus adalah:

1. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid
2. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.
3. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.

##  Perencanaan

Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang ada disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu. Setelah masalah prioritas selanjutnya disusun perencanaan keperawatan yang meliputi NOC (tujuan), NIC (intervensi), dan rasional untuk menilai sejauhmana keberhasilan yang dicapai. Intervensi dilaksanakan oleh penulis.

## Implementasi

Pada bab ini penulis melakukan kegiatan berupa pelaksanaan dari perencanaan yang telah dibuat serta mengkaji respon pasien, serta dilakukan tindakan-tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

##  Evaluasi

Data pada evaluasi merupakan hasil pengukuran keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan perawatan dalam memenuhi kebutuhan perawatan yang berlangsung pada tahap ini dapat dilihat masalah teratasi dan masalah sebagian teratasi, serta masalah yang tidak teratasi. Pada Ny.N . 1 diagnosa keperawatan yang ditemukan masalah teratasi dan 2 diagnosa keperawatan yang sebagian teratasi pada kasus. Adapun diagnosa dan intervensi yang dapat teratasi :

1. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rhematoid

Adapun diagnosa dan intervensi yang sebagian teratasi :

1. Intoleransi aktifitas sehari-hari berhubungan dengan terbatasnya gerakan.
2. Risiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri.

# BAB V

# KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan gerontik dengan rheumatoid arthritis pada Ny.N di Desa Barungkersap Kecamatan Munte, maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang mungkin dapat bermanfaat bagi pembaca dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan gerontik dengan rheumatoid arthritis.

1.

##  Kesimpulan

1. Pada tahap pengkajian asuhan keperawatan terhadap Ny.N dengan rheumatoid arthritis penulis mengumpulkan data dengan menggunakan teknik wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi langsung, dan studi dokumentasi. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan dimana pasien dapat diajak bekerjasama.

2. Pada tahap intervensi keperawatan, rencana keperawatan pada kasus disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan falisitas yang disediakan.

3**.** Pada tahap implementasi keperawatan, semua rencana dapat dilakukan, karena adanya kerjsama pasien dengan keluarga.

4. Pada tahap evaluasi, penulis tidak menjumpai masalah, hasil dari pelaksanaan yang telah dilakukan selama 3 hari 1 diagnosa pasien teratasi dan 2 diagnosa sebagian teratasi

##  Saran

1. Diharapkan kepada pasien penderita rheumatoid arthritis dapat memeriksakan diri secara teratur ke Puskesmas atau klinik kesehatan terdekat .

2. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan diharapkan para petugas kesehatan dapat lebih optimal dalam melakukan praktek dan melaksanakan asuhan keperawatan secara benar sesuai dengan standar praktek keperawatan.

# DAFTAR PUSTAKA

Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik aplikasi NANDA, NIC, dan NOC jilid 1.* Jakarta: Trans Info Media

Chintyawati, C. (2014). *Hubungan Antara Nyeri Reumatoid Artritis dengan Tingkat Kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia di Posbindu Karang Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Tangerang Selatan Tingkat .* Jakarta: UIN

Kisworo, 2008. Nyeri sendi akibat reumatik.

Lude Sarif 2017 Asuhan Keperawatan Gerontik Nanda,Nik Nok Cetakan ke II Yogyakarta Nuha Medika

<http://www.suaramerdeka/>. (accesed : Mei 2020)

Murwani & Priyantari. 2011. Gerontik Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Home Care dan Komunitas.

Padila. 2013. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika

Riskesdas, 2013. Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia

Ratnawati, Emmelia. 2017. Asuhan Keperawatan Gerontik . Yogyakarta : Pustaka Baru Press

Wahyu Nugroho 2008 Asuhan Keperawatan Gerontik .

Zairin Noor, 2012. Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal. Jakarta Selatan

**LEMBAR BUKTI BIMBINGAN**

**JUDUL :** **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK SISTIM MUSKULOSKELETAL DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS PADA NY. N DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUNTE KABUPATEN KARO**

**NAMA : CONTOH PERANGIN-ANGIN**

**NIM : PO7520119166**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Paraf Pembimbing | Paraf Mahasiswa |
| Materi | Saran |
| 1 | Sabtu, 11 April 2020 | Pengajuan Judul | Revisi Judul |  |  |
| 2 | Rabu, 15 April 2020 | Acc Judul |  |  |  |
| 3 | Rabu, 22 April 2020 | Pengajuan BAB I | Revisi BAB I |  |  |
| 4 | Jum’at, 24 April 2020 | Acc BAB I, |  |  |  |
| 5 | Jum’at, 8 Mei 2020 | Pengajuan BAB II | Revisi BAB II |  |  |
| 6 | Kamis, 21 Mei 2020 | ACC BAB II |  |  |  |
| 7 | Jum’at, 29 Mei 2020 | Pengajuan BAB III | Revisi BAB III |  |  |
| 8 | Jum’at, 5 Juni 2020 | ACC BAB III |  |  |  |
| 9 | Senin, 8 Juni 2020 | Pengajuan BAB IV & V | Revisi BAB IV & V |  |  |
| 10 | Jum’at, 12 Juni 2020 | ACC BAB IV & V, ACC Ujian KTI |  |  |  |

Pembimbing I

Abd. Hanif S, S.Kep., NS., M.Pd

NIP. 195608121980031011