

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN KARTZ
INDEKS A PADA NY.I DENGAN *RHEUMATOID ARTHRITIS* MELALUI
PENERAPAN LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DALAM
MENGURANGI NYERI DI DESA PASAWAHAN WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners
Pada Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

INDAH AGUSTIN

KHGD25080



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN KARTZ
INDEKS A PADA NY.I DENGAN *RHEUMATOID ARTHRITIS* MELALUI
PENERAPAN LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DALAM
MENGURANGI NYERI DI DESA PASAWAHAN WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG**

Disusun Oleh :
INDAH AGUSTIN, S.Kep
KHGD25080

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

**Menyetujui,
Pembimbing**

Devi Ratnasari, Ns., M. Kep

Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu pernyataan untuk
memperoleh gelar Profesi Ners

**Mengesahkan,
Dekan fakultas ilmu keperawatan
dan kebidanan**

(Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep)

**Mengetahui,
Ketua Program Studi
Profesi Ners**

(Sri Yekti Widadi, M. Kep)

**LEMBAR PERSETJUAN
PERBAIKAN SIDANG**

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
DENGAN KARTZ INDEKS A PADA NY.I DENGAN
RHEUMATOID ARTHRITIS MELALUI PENERAPAN
LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DALAM
MENGURANGI NYERI DI DESA PASAWAHAN
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG**

NAMA : INDAH AGUSTIN

NIM : KHGD25080

Garut, Juli 2026

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Andri Nugraha M.Kep

Eldessa Vava Rilla, Ns., M.Kep

**Mengetahui,
Ketua program studi profesi ners Institut
kesehatan karsa husada garut**

**Mengesahkan,
Pembimbing**

Sri yekti widadi M.Kep

Devi Ratnasari M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
DENGAN KARTZ INDEKS A PADA NY. I DENGAN
RHEUMATOID ARTHRITIS MELALUI PENERAPAN
LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DALAM
MENGURANGI NYERI DI DESA PASAWAHAN
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG**

NAMA : INDAH AGUSTIN

NIM : KHGD25080

Garut, Juli 2026

Menyetujui

Pembimbing

Devi Ratnasari M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Agustus 2026

Indah Agustin

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN KARTZ
INDEKS A PADA NY. I DENGAN *RHEUMATOID ARTHRITIS* MELALUI
PENERAPAN LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* DALAM
MENGURANGI NYERI DI DESA PASAWAHAN WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG**

Indah Agustin

ABSTRAK

Latar Belakang: Lansia merupakan individu yang berusia 60 tahun ke atas yang rentan mengalami penurunan fungsi tubuh, terutama pada sistem muskuloskeletal. Salah satu penyakit yang sering dialami lansia adalah *Rheumatoid Arthritis* yang ditandai dengan nyeri sendi, kekakuan, serta keterbatasan mobilitas fisik. Penanganan nyeri dan gangguan mobilitas pada *Rheumatoid Arthritis* dapat dilakukan melalui terapi nonfarmakologis berupa latihan *Range of motion (ROM)* aktif untuk membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kekuatan otot, dan mengurangi nyeri. **Metode:** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi keperawatan. Partisipan dalam karya ilmiah ini adalah seorang lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* yang diberikan latihan *Range of motion (ROM)* aktif selama enam kali pertemuan. **Hasil:** Hasil analisis menunjukkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis* yang mengeluhkan nyeri kronis pada lutut kiri, kekakuan sendi, dan keterbatasan mobilitas fisik, dengan diagnosis prioritas nyeri kronis, setelah diberikan intervensi manajemen nyeri, teknik relaksasi napas dalam, serta latihan *Range of motion (ROM)* aktif sebanyak 6 kali pertemuan, diperoleh penurunan skala nyeri, berkurangnya kekakuan sendi, peningkatan fleksibilitas, dan peningkatan kemampuan mobilitas fisik. **Kesimpulan:** Penerapan latihan *Range of motion (ROM)* aktif sebagai bagian dari asuhan keperawatan gerontik efektif membantu menurunkan nyeri kronis dan meningkatkan mobilitas fisik pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*.

Kata Kunci : Lansia, *Rheumatoid Arthritis*, *Range of motion (ROM)*, nyeri

**ANALYSIS OF GERONTOLOGICAL NURSING CARE WITH KATZ
INDEX A IN MRS. I WITH RHEUMATOID ARTHRITIS THROUGH THE
IMPLEMENTATION OF RANGE OF MOTION (ROM) EXERCISES TO
REDUCE PAIN IN PASAWAHAN VILLAGE, THE WORKING AREA OF
TAROGONG PUBLIC HEALTH CENTER**

Indah Agustin

ABSTRACT

Background: Older adults are individuals aged 60 years and above who are vulnerable to progressive declines in body function, particularly in the musculoskeletal system. One of the most common musculoskeletal disorders experienced by older adults is Rheumatoid Arthritis, which is characterized by joint pain, stiffness, and impaired physical mobility. Pain and mobility limitations in older adults with Rheumatoid Arthritis can be managed through non-pharmacological interventions, such as active Range of motion (ROM) exercises, which help maintain joint flexibility, improve muscle strength, and reduce pain. **Objective:** This case study aimed to provide gerontological nursing care and implement active Range of motion (ROM) exercises to reduce pain and improve physical mobility in an older adult with Rheumatoid Arthritis. **Methods:** This study employed a descriptive case study design using history taking, observation, physical examination, and nursing documentation. The participant was an older adult with Rheumatoid Arthritis who received active Range of motion (ROM) exercises over six sessions. **Results:** The analysis showed that nursing care provided to Mrs. I, who had Rheumatoid Arthritis and complained of chronic pain in the left knee, joint stiffness, and impaired physical mobility, identified chronic pain as the priority nursing diagnosis. Following the implementation of pain management, deep breathing relaxation techniques, and active Range of motion (ROM) exercises for six sessions, the patient experienced reduced pain intensity, decreased joint stiffness, improved joint flexibility, and enhanced physical mobility. **Conclusion:** The implementation of active Range of motion (ROM) exercises as part of gerontological nursing care was effective in reducing chronic pain and improving physical mobility in an older adult with Rheumatoid Arthritis

Keyword : Older Adults, Rheumatoid Arthritis, Range of motion (ROM), Pain

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas segala Rahmat dan Karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul “**Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Kartz Indeks A Pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis* Melalui *Range of motion* (ROM) untuk mengurangi nyeri Di desa pasawahan wilayah kerja puskesmas tarogong**”. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada panutan kita, Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman, *Aamiin*.

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk meraih gelar Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Namun demikian, penulis telah berusaha sebaik mungkin agar karya ini dapat terselesaikan dengan baik dan layak diterima serta disetujui dalam seminar akhir.

Selama proses penyusunan karya ilmiah ini, penulis banyak menerima bantuan, baik secara moral maupun materiil, serta bimbingan, dorongan, dan motivasi dari berbagai pihak yang sangat berarti untuk kelancaran penulisan. Maka dari itu, dengan penuh rasa hormat, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Kedua orangtua, saudara, dan keluarga penulis terkasih dan tersayang yang senantiasa memberikan doa tulus, pengorbanan, dukungan serta nasihat untuk penulis selama menjalani perkuliahan, terimakasih.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep, selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Sri Yekti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Ibu Devi Ratnasari M.Kep, selaku Pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan, arahan, dan motivasi tanpa mengenal lelah kepada penyusun.
7. Bapak Andri Nugraha, M.Kep, selaku Penelaah I.
8. Bapak Eldessa Vava Rilla Ns., M.Kep, selaku Penelaah II.
9. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
10. Kawan-kawan seperjuangan Ners Angkatan XV yang telah membersamai, membantu, dan selalu mendorong penulis untuk terus berjuang, sampai jumpa di kesuksesan masa depan.
11. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan secara rinci, yang telah memberikan doa serta dukungan, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Mudah-mudahan segala kebaikan, bantuan dan kasih sayang yang telah diberikan kepada penulis dibahas oleh Allah SWT dengan berlipat ganda, serta senantiasa dalam lindungan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga karya ilmiah ini bisa bermanfaat bagi semua pihak, *Aamiin*.

Garut, Agustus 2026

Indah Agustin

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KIAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis	8
1.5 Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Lansia.....	10
2.1.1 Pengertian Lansia	10
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	11
2.1.3 Perubahan yang Terjadi pada Lansia.....	11
2.1.4 Fisiologi pada Lansia	13

2.1.5	Masalah Kesehatan pada Lansia.....	14
2.2	Konsep Dasar <i>Rheumatoid Arthritis</i>	15
2.2.1	Pengertian <i>Rheumatoid Arthritis</i>	15
2.2.2	Etiologi <i>Rheumatoid Arthritis</i>	17
2.2.3	Klasifikasi <i>Rheumatoid Arthritis</i>	18
2.2.4	Patofisiologi <i>Rheumatoid Arthritis</i>	20
2.2.5	PATHWAY	22
2.2.6	Manifestasi Klinis <i>Rheumatoid Arthritis</i>	23
2.2.7	Komplikasi <i>Rheumatoid Arthritis</i>	24
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang <i>Rheumatoid Arthritis</i>	26
2.2.9	Penatalaksanaan <i>Rheumatoid Arthritis</i>	28
2.3	Konsep Nyeri.....	29
2.3.1	Pengertian Nyeri	29
2.3.2	Klasifikasi Nyeri	30
2.3.3	Skala Nyeri	31
2.3.4	Pengkajian Nyeri.....	34
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	35
2.4.1	Pengkajian.....	35
2.4.2	Analisa Data.....	49
2.4.3	Diagnosa Keperawatan	53
2.4.4	Perencanaan Intervensi Keperawatan	57
2.4.5	Implementasi Keperawatan.....	66
2.4.6	Evaluasi Keperawatan.....	67
2.5	Konsep <i>Evidence based practice (EBP) Range of motion</i>	69
2.5.1	Pengertian <i>Range of motion (ROM)</i>	69
2.5.2	Tujuan <i>Range of motion (ROM)</i>	70
2.5.3	Manfaat <i>Range of motion (ROM)</i>	70
2.5.4	Indikasi dan Kontraindikasi <i>Range of motion (ROM)</i>	71
2.5.5	Prinsip <i>Range of motion (ROM)</i>	71
2.5.6	Klasifikasi <i>Range of motion (ROM)</i>	72
2.5.7	Standar Prosedur Operasional (SPO) <i>Range of motion</i>	72

2.5.8	Hasil Analisis Jurnal	76
2.5.9	Analisis Literature Review	80
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		82
3.1	TINJAUAN KASUS.....	82
3.1.1	PENGKAJIAN	82
3.1.2	ANALISA DATA	106
3.1.3	DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	108
3.1.4	INTERVENSI KEPERAWATAN.....	109
3.1.5	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.....	112
3.1.6	CATATAN PERKEMBANGAN.....	116
3.1.7	EVALUASI KEPERAWATAN.....	125
3.2	Pembahasan.....	126
3.2.1	Pengkajian.....	126
3.2.2	Diagnosis Keperawatan.....	127
3.2.3	Perencanaan Keperawatan	133
3.2.4	Implementasi Keperawatan.....	135
3.2.5	Evaluasi Keperawatan	137
3.2.6	Analisis <i>Evidence Based Practice (EBP) Range of motion</i> terhadap penurunan skala nyeri	140
BAB IV KESIMPULAN DAN PENUTUP		143
4.1	Kesimpulan	143
4.2	Saran.....	145
DAFTAR PUSTAKA.....		147

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Nyeri.....	34
Tabel 2.2 APGAR Keluarga	42
Tabel 2.3 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ).....	43
Tabel 2.4 Pengkajian MMSE	44
Tabel 2.5 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kartz)	46
Tabel 2.6 <i>Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test</i>	47
Tabel 2.7 <i>Time Up and Go (TUG) Test</i>	48
Tabel 2.8 <i>Getriatric Depression Scale</i>	48
Tabel 2.9 Analisa Data	50
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Klien dengan <i>Rheumatoid Arthritis</i>	59
Tabel 2.11 Analisis <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	76
Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik Ny.I.....	85
Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.I.....	86
Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari-Hari Ny.I.....	86
Tabel 3.4 Kegiatan Sehari- hari Ny.I	87
Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur Ny.I	87
Tabel 3.6 Status Nyeri Ny.I.....	89
Tabel 3.7 Kegiatan Ibadah Ny.I	91
Tabel 3.8 Kecemasan Ny.I.....	91
Tabel 3.9 APGAR Keluarga Ny.I	96
Tabel 3.10 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ) Ny.I	97
Tabel 3.11 Pengkajian MMSE Ny.I.....	98
Tabel 3.12 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kartz) Ny.I.....	100
Tabel 3.13 <i>Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test</i> Ny.I.....	102
Tabel 3.14 <i>Time Up and Go (TUG) Test</i> Ny.I	102
Tabel 3.15 <i>Getriatric Depression Scale</i> Ny.I.....	103
Tabel 3.16 Analisa Data 4 Ny.I.....	106
Tabel 3.17 Intervensi Keperawatan Ny.I	109

Tabel 3.18 Implementasi Keperawatan Ny.I.....	112
Tabel 3.19 Catatan Perkembangan Keperawatan Ny.I	116
Tabel 3.20 Evaluasi Keperawatan Ny.I.....	125

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Verbal escriptor Scale (VDS)</i>	31
Gambar 2.2 <i>Wong Baker Faces Pain Rating Scale</i>	32
Gambar 2.3 <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i>	33

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Rheumatoid Arthritis	22
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Standar Operasional Prosedur (SOP)

Lampiran 2 : Surat Persetujuan Responden

Lampiran 3 : Dokumentasi

Lampiran 4 : Lembar Bimbingan

Lampiran 5 : Biodata Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dari proses kehidupan manusia yang ditandai dengan terjadinya berbagai perubahan fisik, psikologis, dan sosial secara bertahap. Menurut *World Health Organization (WHO)*, lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Seiring meningkatnya angka harapan hidup, jumlah populasi lansia di dunia juga terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. WHO tahun 2022 menyebutkan bahwa jumlah lansia di dunia mencapai 1 miliar jiwa pada tahun 2020 dan diperkirakan akan mencapai 2,1 miliar jiwa pada tahun 2050 (Suparyanto & Rosad dalam W.W Sembiring et al., 2025). Di Indonesia, jumlah lansia juga mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2021, jumlah lansia mencapai sekitar 29,3 juta jiwa atau sebesar 10,82% dari total penduduk Indonesia, dimana Jawa Barat termasuk salah satu provinsi dengan jumlah lansia yang cukup tinggi yaitu sebesar 10,8% (BPS Indonesia dalam Rovita Popy et al., 2025).

Seiring bertambahnya jumlah lansia, berbagai masalah kesehatan degeneratif juga semakin banyak ditemukan, salah satunya gangguan pada sistem muskuloskeletal. Proses penuaan menyebabkan terjadinya penurunan fungsi tubuh, termasuk penurunan kekuatan otot, elastisitas jaringan, serta fleksibilitas sendi. Kekuatan otot mulai mengalami penurunan sejak usia 40 tahun dan akan semakin menurun setelah usia 60 tahun (Fitriani dalam Dwilianti et al., 2023).

Selain itu, perubahan degeneratif pada lansia dapat menyebabkan kekakuan sendi, keterbatasan gerak, dan nyeri yang berdampak pada penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Meldawati dalam Putri et al., 2025). Salah satu penyakit muskuloskeletal yang sering terjadi pada lansia adalah *Rheumatoid Arthritis*.

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit autoimun kronis yang ditandai dengan adanya proses peradangan pada sendi yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan sendi. Penyebab *Rheumatoid Arthritis* belum diketahui secara pasti, namun diduga dipengaruhi oleh faktor genetik, hormonal, lingkungan, serta gangguan sistem imun. Selain itu, infeksi bakteri, virus, maupun mikroplasma juga dianggap sebagai faktor pencetus terjadinya *Rheumatoid Arthritis* (Yuliati et al., dalam Putri et al., 2025). Penyakit ini menyerang jaringan ikat terutama membran sinovial pada persendian sehingga menimbulkan nyeri, pembengkakan, kekakuan, dan keterbatasan gerak sendi (Rachmawati et al., dalam Rovita Popy et al., 2025). *Rheumatoid Arthritis* umumnya menyerang sendi-sendi kecil seperti jari tangan, pergelangan tangan, lutut, dan pergelangan kaki serta biasanya terjadi secara simetris pada kedua sisi tubuh (Haryono & Sulis dalam Dwilianti et al., 2023)

Kasus *Rheumatoid Arthritis* terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. WHO tahun 2020 melaporkan bahwa jumlah penderita *Rheumatoid Arthritis* di dunia mencapai sekitar 355 juta jiwa dan diperkirakan akan terus meningkat hingga tahun 2030, dimana lebih dari 25% penderitanya berisiko mengalami kelumpuhan (W.W Sembiring et al., 2025). Di Indonesia, prevalensi

Rheumatoid Arthritis berdasarkan Riskesdas tahun 2018 mencapai 7,3%, dengan prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi Aceh sebesar 13,3% (Riskesdas dalam Putri et al., 2025). Data Satu Sehat Indonesia Kementerian Bappenas juga menunjukkan bahwa jumlah kasus rematik meningkat dari 16.679 kasus pada tahun 2021 menjadi 23.711 kasus pada tahun 2022 (Sastra et al., dalam W.W Sembiring et al., 2025)

Manifestasi klinis yang paling sering dirasakan penderita *Rheumatoid Arthritis* adalah nyeri sendi. Selain nyeri, penderita juga dapat mengalami pembengkakan, kekakuan terutama pada pagi hari, kelemahan otot, serta keterbatasan gerak (Helmi dalam Putra et al., 2021). Peradangan yang terjadi secara terus-menerus dapat menyebabkan kerusakan pada kapsul sendi dan serabut kolagen sehingga menimbulkan deformitas serta penurunan mobilitas fisik pada penderita (Muttaqin dalam Rovita Popy et al., 2025). Dampak nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis* meliputi kekakuan sendi sebesar 62%, pembengkakan sendi 17%, kelemahan sendi 14%, nodul 6%, dan deformitas 1% (Syafei dalam Alfiyatur et al., 2022). Penelitian White-Lewis et al dalam (Putra et al., 2021) juga menunjukkan bahwa sebanyak 56,25% lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* mengalami nyeri yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut menyebabkan penderita menjadi takut bergerak dan beraktivitas sehingga kualitas hidup penderita ikut menurun (Wishnu dalam(W.W Sembiring et al., 2025).

Upaya penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis* dapat dilakukan melalui terapi farmakologis maupun nonfarmakologis. Penanganan farmakologis biasanya

menggunakan obat *antiinflamasi non steroid (NSAID)* dan analgesik untuk membantu mengurangi nyeri (Perry & Potter dalam Alfiyatur et al., 2022). Namun, penggunaan obat dalam jangka panjang dapat menimbulkan efek samping dan ketergantungan sehingga terapi nonfarmakologis menjadi salah satu alternatif yang dapat diterapkan sebagai terapi pendukung (Arifin dalam Putra et al., 2021). Penatalaksanaan nonfarmakologis yang dapat dilakukan antara lain kompres hangat atau dingin, pengaturan pola makan, terapi komplementer, olahraga, peregangan otot, serta latihan *Range of motion (ROM)* (Perry & Potter dalam Alfiyatur et al., 2022).

Range of motion (ROM) merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan untuk mempertahankan maupun meningkatkan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot. Latihan ini dilakukan dengan menggerakkan sendi secara maksimal sesuai kemampuan penderita sehingga dapat membantu menjaga fungsi sendi tetap optimal (Benerje dalam Dwilianti et al., 2023). Selain membantu meningkatkan fungsi otot dan sendi, latihan ROM juga dapat mengurangi kekakuan dan keterbatasan gerak akibat gangguan muskuloskeletal (Ningsih & Lukman dalam Rovita Popy et al., 2025). Latihan ROM aktif dapat membantu menjaga fleksibilitas sendi sehingga sendi tidak kaku dan nyeri berkurang saat digerakkan (Nugroho dalam Alfiyatur et al., 2022). Pemberian latihan ROM juga dapat memberikan efek relaksasi yang merangsang produksi hormon endorfin sehingga membantu menghambat transmisi nyeri dan menurunkan intensitas nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (Wishnu dalam W.W Sembiring et al., 2025).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa latihan ROM efektif membantu menurunkan nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis*. Penelitian Royani et al. (W.W Sembiring et al., 2025) menunjukkan bahwa terapi ROM yang dilakukan selama dua minggu dengan frekuensi tiga kali seminggu selama 15 menit mampu menurunkan intensitas nyeri pada lansia penderita rematik, dimana setelah intervensi sebagian besar responden mengalami penurunan nyeri. Penelitian Chairil et al. dalam (W.W Sembiring et al., 2025) juga menyebutkan bahwa latihan gerak aktif dan pasif yang dilakukan secara rutin selama 10–15 menit dapat membantu meningkatkan fungsi sendi dan otot pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*. Selain itu, penelitian Gabriela et al., dalam (Putra et al., 2021) menunjukkan bahwa *Range of motion (ROM)* memiliki pengaruh yang cukup signifikan dalam membantu menurunkan nyeri sendi pada penderita *Rheumatoid Arthritis*.

Berdasarkan hasil pengkajian selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada Stase Gerontik di Desa Pasawahan RW 14 wilayah kerja Puskesmas Tarogong ditemukan bahwa sebagian besar lansia mengeluhkan nyeri sendi terutama pada lutut dan tangan, kekakuan pada pagi hari, serta kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berdiri terlalu lama, dan menggenggam benda. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa nyeri akibat *Rheumatoid Arthritis* masih menjadi masalah yang perlu mendapatkan penanganan yang tepat.

Berdasarkan meningkatnya jumlah lansia, tingginya kejadian *Rheumatoid Arthritis*, serta dampak nyeri yang ditimbulkan terhadap aktivitas dan kualitas hidup penderita, maka diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk membantu

mengurangi nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis*. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat dilakukan adalah latihan *Range of motion (ROM)* karena latihan ini mampu membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kekuatan otot, serta membantu menurunkan intensitas nyeri. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai penerapan latihan *Range of motion (ROM)* untuk mengurangi nyeri pada pasien *Rheumatoid Arthritis*.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan di atas rumusan masalah dalam penelitian ini adalah” Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Kartz Indeks A Pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis* Melalui Penerapan Latihan *Range of motion (Rom)* Dalam Mengurangi Nyeri Di Desa Pasawahan Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong ? “

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini adalah untuk mampu melaksanakan Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Kartz Indeks A Pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis* Melalui Penerapan Latihan *Range of motion (Rom)* Dalam Mengurangi Nyeri Di Desa Pasawahan Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan Pengkajian Keperawatan pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis*.
- b. Mampu menegakkan Diagnosa Keperawatan pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis*.
- c. Mampu menyusun Rencana tindakan Keperawatan pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis*.
- d. Mampu melakukan Implementasi terhadap Intervensi Keperawatan melalui latihan *Range of motion* (ROM) pada Ny. I.
- e. Mampu melakukan Evaluasi Keperawatan dari implementasi asuhan keperawatan pada Ny. I melalui latihan *Range of motion* (ROM).
- f. Mampu melaksanakan dan menganalisis *Evidence Based Practice* teknik latihan *Range of motion* (ROM) pada Ny. I dengan *Rheumatoid Arthritis*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu dapat memberikan referensi ilmu dalam perpustakaan institusi pendidikan tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* melalui penerapan latihan *Range of motion* (ROM) dalam upaya mengurangi nyeri dan meningkatkan fleksibilitas sendi.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi pelayanan kesehatan

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan pelayanan kesehatan serta sebagai acuan dalam meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia.

b. Bagi Akademis

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam melakukan intervensi keperawatan pada lansia penderita *Rheumatoid Arthritis* serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan melalui penerapan latihan *Range of motion (ROM)* untuk membantu mengurangi nyeri.

c. Bagi Mahasiswa

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman, serta keterampilan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* melalui pemberian latihan *Range of motion (ROM)*.

1.5 Sistematika Penulisan

Karya ilmiah ini disusun dengan sistematika penulisan standar, dimulai dari **Bab I:** Pendahuluan, yang mencakup latar belakang, tujuan, metode dan teknik penulisan, serta gambaran umum sistematika keseluruhan. **Bab II:** Tinjauan Teori berisi landasan konseptual mengenai penyakit yang dibahas, konsep dasar asuhan keperawatan, dan penjelasan tentang *Evidence-Based Practice* yang diterapkan.

Bab III: Tinjauan Kasus menyajikan proses dan pembahasan asuhan keperawatan secara spesifik, termasuk pembahasan mengenai *Evidence-Based Practice* terkait intervensi yang diberikan. Terakhir, **Bab IV:** Kesimpulan memuat rangkuman temuan serta rekomendasi bagi pihak terkait.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia merupakan tahap alami dalam siklus kehidupan manusia. Proses menua berlangsung sepanjang kehidupan, dimulai sejak seseorang dilahirkan dan terus berlanjut hingga memasuki usia lanjut. Setiap individu akan melalui tahapan kehidupan, yaitu masa anak, dewasa, dan lanjut usia (Wahjudi Nugroho, 2023). Menurut *World Health Organization (WHO)*, lansia adalah individu yang berusia 60 tahun ke atas. Definisi ini juga sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa seseorang dikategorikan sebagai lanjut usia apabila telah mencapai usia 60 tahun atau lebih (Ratnawati et al., 2019).

Lansia merupakan individu berusia 60 tahun ke atas, baik laki-laki maupun perempuan, yang masih aktif beraktivitas dan bekerja maupun yang sudah tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya secara mandiri sehingga bergantung pada orang lain. Pada tahap ini terjadi berbagai perubahan sebagai bagian dari proses penuaan, seperti kulit yang mulai berkerut, rambut beruban, dan kehilangan gigi. Selain perubahan fisik, lansia juga mengalami penurunan kemampuan dalam menjalankan peran sosial, ekonomi, maupun tanggung jawab dalam kehidupan sehari-hari dibandingkan saat berada pada usia dewasa (Listyorini et al., 2024).

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Dalam (Minarti et al., 2024) batas-batasan umur yang mencakup batas umur usia lanjut dari waktu ke waktu berbeda antara lain sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) ialah di atas 90 tahun

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 Tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan usia lanjut 2016-2019, menyebutkan bahwa penggolongan usia lanjut terdiri dari:

1. Pra usia lanjut 45-59 tahun, usia lanjut 60-69 tahun.
2. Lanjut usia risiko tinggi, lansia >70 tahun atau usia ≥ 60 tahun dengan masalah Kesehatan.

2.1.3 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Ratnawati et al. (2019), proses penuaan mengakibatkan terjadinya perubahan degeneratif, yaitu penurunan fungsi sel dan organ tubuh secara bertahap dari kondisi normal menjadi kurang optimal. Perubahan tersebut meliputi perubahan fisik, psikologis, kognitif, intelektual, dan keagamaan.

a. Perubahan fisik

Perubahan fisik pada lansia diawali dengan perubahan pada tingkat sel, yaitu berkurangnya jumlah sel, membesarnya ukuran sel, menurunnya kemampuan regenerasi, serta perubahan komposisi protein pada otak, otot, ginjal, dan darah. Pada sistem persarafan terjadi penurunan fungsi pancaindra, seperti

berkurangnya kemampuan pendengaran, penglihatan akibat kekeruhan kornea dan penurunan daya akomodasi, menurunnya sensitivitas terhadap rangsangan nyeri, berkurangnya produksi kelenjar keringat, serta menurunnya kemampuan penciuman akibat melemahnya otot pernapasan.

Pada sistem gastrointestinal terjadi penurunan nafsu makan, produksi saliva, dan gerakan peristaltik usus sehingga lansia lebih rentan mengalami konstipasi. Sistem genitourinaria mengalami penurunan ukuran dan fungsi ginjal yang menyebabkan aliran darah ke ginjal berkurang. Pada sistem muskuloskeletal terjadi penurunan cairan dan kepadatan tulang sehingga tulang menjadi lebih rapuh, tinggi badan berkurang, serta sendi dan tendon menjadi lebih kaku. Selain itu, sistem kardiovaskular juga mengalami penurunan fungsi, yang ditandai dengan menurunnya kemampuan pompa jantung, penurunan denyut jantung, penebalan dan kekakuan katup jantung, serta peningkatan tekanan darah sistolik akibat berkurangnya elastisitas pembuluh darah.

b. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada lansia dapat berupa perasaan kesepian akibat kehilangan pasangan hidup atau orang terdekat, terutama apabila disertai penurunan kondisi kesehatan dan kemampuan mobilitas. Lansia juga berisiko mengalami gangguan kecemasan, seperti fobia, gangguan panik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan stres pascatrauma, dan gangguan obsesif kompulsif. Selain itu, gangguan tidur sering terjadi pada lansia dan dapat menyebabkan mengantuk pada siang hari, gangguan perhatian dan daya

ingat, perubahan suasana hati, meningkatnya risiko jatuh, serta penurunan kualitas hidup.

c. Perubahan kognitif

Seiring bertambahnya usia, lansia mengalami penurunan fungsi kognitif, terutama pada kemampuan mengingat (memori). Penurunan fungsi kognitif dapat memengaruhi kemampuan menerima, menyimpan, dan mengolah informasi dalam aktivitas sehari-hari.

d. Perubahan intelektual

Proses penuaan juga menyebabkan penurunan kemampuan intelektual akibat berkurangnya fungsi otak. Kondisi ini dapat memengaruhi kemampuan berpikir, berkonsentrasi, memecahkan masalah, berkomunikasi secara nonverbal, mengenali wajah, serta mengingat informasi yang diterima.

e. Perubahan keagamaan

Pada aspek keagamaan, lansia umumnya menunjukkan peningkatan dalam menjalankan aktivitas keagamaan. Kondisi ini berkaitan dengan kesadaran akan tahap kehidupan yang dijalani sehingga mendorong lansia untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan mempersiapkan diri menghadapi akhir kehidupan.

2.1.4 Fisiologi pada Lansia

Menurut Aminuddin et al. (2025), proses penuaan merupakan proses alamiah yang berlangsung secara terus-menerus sejak manusia dilahirkan hingga memasuki usia lanjut. Pada tahap ini terjadi penurunan fungsi fisiologis tubuh yang ditandai dengan berkurangnya jaringan otot, jaringan saraf, dan jaringan

tubuh lainnya sehingga kemampuan tubuh mengalami penurunan secara bertahap. Proses penuaan juga dapat menimbulkan berbagai perubahan yang berdampak pada aspek fisik, biologis, mental, sosial, maupun ekonomi.

Secara fisiologis, penuaan merupakan proses normal yang ditandai dengan menurunnya fungsi struktural tubuh dan daya tahan tubuh. Meskipun setiap individu akan mengalami proses menua, kecepatan dan tingkat perubahan yang terjadi berbeda-beda pada setiap orang. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor hereditas, status gizi, tingkat stres, kondisi kesehatan, serta faktor-faktor lain yang berperan dalam proses penuaan (Aminuddin et al., 2025).

2.1.5 Masalah Kesehatan pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, lansia menjadi lebih rentan mengalami berbagai masalah kesehatan akibat penurunan fungsi organ tubuh. Menurut Widayanti (2023), beberapa masalah kesehatan yang sering dijumpai pada lansia meliputi:

a. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah berada di atas batas normal, yaitu tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg.

b. Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit yang ditandai dengan kadar gula darah lebih dari 200 mg/dL akibat gangguan atau kerusakan sel beta pankreas yang berfungsi memproduksi insulin.

c. Penyakit Sendi (*Arthritis*)

Arthritis merupakan penyakit autoimun yang menyebabkan kerusakan pada sendi, berpotensi menimbulkan kecacatan, serta memerlukan pengobatan dan pemantauan dalam jangka panjang.

d. Stroke

Stroke merupakan penyakit yang terjadi akibat terganggunya suplai oksigen dan nutrisi ke otak karena adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah.

e. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) merupakan penyakit paru kronis yang ditandai dengan hambatan aliran udara pada saluran pernapasan yang bersifat progresif dan tidak dapat pulih sepenuhnya.

f. Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, hilangnya minat atau kepedulian, serta perasaan tertekan yang berlangsung terus-menerus selama lebih dari dua minggu.

2.2 Konsep Dasar *Rheumatoid Arthritis*

2.2.1 Pengertian *Rheumatoid Arthritis*

Rheumatoid Arthritis (RA) merupakan kelainan inflamasi yang mengenai membran sinovial pada persendian. Penyakit ini umumnya ditandai dengan nyeri sendi, kekakuan, penurunan mobilitas, serta kelelahan. *Rheumatoid Arthritis* paling sering terjadi pada kelompok usia 30–50 tahun dengan puncak insidensi

pada rentang usia 40–60 tahun. Perempuan memiliki risiko mengalami penyakit sebagai respons sistem imun terhadap antigen yang belum diketahui secara pasti. Faktor pencetusnya diduga berasal dari infeksi virus atau bakteri, serta kemungkinan adanya predisposisi terhadap terjadinya penyakit tersebut (Hackley, 2020).

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan nyeri, kekakuan, pembengkakan, serta keterbatasan gerak dan fungsi pada banyak sendi. Penyakit ini termasuk penyakit sistemik yang menyerang sistem muskuloskeletal dan ditandai dengan adanya proses inflamasi pada membran sinovial. Sebagai penyakit yang bersifat kronis, *Rheumatoid Arthritis* dapat menyebabkan nyeri yang menetap dan berpotensi menimbulkan deformitas pada sendi (*America College of Rheumatology, 2022*).

Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit inflamasi nonbakterial yang bersifat sistemik, progresif, dan cenderung kronis, yang menyerang persendian serta jaringan ikat di sekitarnya secara simetris. Berdasarkan ketiga pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa *Rheumatoid Arthritis* merupakan penyakit autoimun atau inflamasi nonbakterial yang bersifat sistemik, progresif, dan kronis, yang menyerang persendian. Penyakit ini ditandai dengan kelemahan umum, mudah lelah, nyeri, kekakuan, pembengkakan, serta keterbatasan gerak dan fungsi pada banyak sendi (Chairuddin, 2021).

2.2.2 Etiologi *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Suratun (2018), hingga saat ini penyebab pasti *Rheumatoid Arthritis* belum diketahui. Namun, beberapa faktor diduga berperan dalam terjadinya penyakit ini, antara lain mekanisme imun (antigen-antibodi), faktor metabolik, infeksi virus, serta faktor genetik dan lingkungan.

Beberapa teori yang diduga menjadi penyebab *Rheumatoid Arthritis* meliputi:

1. Faktor infeksi, yaitu infeksi oleh bakteri seperti *Streptococcus hemolitikus* dan *non-hemolitikus*, maupun mikroorganisme lain seperti virus dan jamur. Meskipun demikian, hingga saat ini belum ditemukan mikroorganisme spesifik yang terbukti sebagai penyebab RA.
2. Faktor hormonal (endokrin), yang didasarkan pada tingginya angka kejadian RA pada perempuan serta adanya perbaikan gejala selama kehamilan. Namun, hubungan antara hormon dengan terjadinya RA masih belum dapat dipastikan.
3. Faktor autoimun, yaitu respons sistem imun yang menyerang kolagen tipe II pada sendi. Mekanisme ini diduga dipicu oleh infeksi virus atau mikroorganisme tertentu sehingga memicu terjadinya peradangan.
4. Faktor metabolik, yang berkaitan dengan proses metabolisme dan produksi energi di dalam sel tubuh.
5. Faktor genetik dan lingkungan, yang diduga berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya RA. Risiko tersebut berkaitan dengan adanya hubungan antara penyakit ini dan *kompleks histokompatibilitas* utama kelas II, khususnya *HLA-DR4*, yang dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap *Rheumatoid Arthritis* (Suratun, 2018).

2.2.3 Klasifikasi *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Arini et al. (2020), berdasarkan lama berlangsungnya penyakit dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. *Arthritis* akut

Arthritis akut terjadi pada sekitar 10% penderita *Rheumatoid Arthritis*. Kondisi ini umumnya muncul sebagai *poliartritis* yang berkembang dengan cepat dalam beberapa hari. Pada sebagian penderita, gejala awal berupa *monoartritis* yang kemudian berkembang menjadi *poliartritis*. Kekakuan sendi biasanya paling berat pada pagi hari dan berlangsung sekitar satu jam, menyerang sendi secara bilateral, serta diselingi dengan periode remisi.

2. *Arthritis* kronik

Arthritis kronik ditandai dengan kerusakan struktur persendian akibat kerusakan tulang rawan dan erosi tulang. Kerusakan pada jaringan periartikular bersifat permanen sehingga sering memerlukan modifikasi mekanik atau tindakan pembedahan. Pada kondisi ini, membran sinovial mengalami hipertrofi dan penebalan yang menyebabkan hambatan aliran darah, sehingga terjadi nekrosis sel dan proses inflamasi terus berlanjut. Sinovium yang menebal kemudian dilapisi jaringan granulasi yang disebut pannus. Jaringan tersebut dapat meluas ke seluruh sendi, memperberat proses inflamasi, membentuk jaringan parut, serta secara bertahap menyebabkan kerusakan sendi, nyeri hebat, dan deformitas (Arini et al., 2020).

Menurut Arini et al. (2020), diagnosis *Rheumatoid Arthritis* ditegakkan apabila sedikitnya empat dari tujuh kriteria berikut terpenuhi dan telah berlangsung selama minimal enam minggu, yaitu:

1. Kekakuan sendi pada pagi hari yang berlangsung sekurang-kurangnya satu jam.
2. *Arthritis* pada tiga atau lebih sendi yang disertai nyeri saat digerakkan atau nyeri tekan pada sedikitnya satu sendi.
3. *Arthritis* pada sendi jari tangan yang ditandai dengan pembengkakan akibat penebalan jaringan lunak atau penumpukan cairan, bukan karena pembesaran tulang.
4. *Arthritis* yang bersifat simetris, yaitu mengenai sendi yang sama pada kedua sisi tubuh secara bersamaan.
5. Adanya *nodul rheumatoid*.
6. Perubahan radiologis berupa erosi atau dekalsifikasi tulang.
7. Ditemukannya faktor *rheumatoid* dalam serum (Arini et al., 2020).

Menurut Buffer (2019), *Rheumatoid Arthritis* diklasifikasikan menjadi empat tipe, yaitu:

1. *Rheumatoid Arthritis klasik*, apabila memenuhi tujuh kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus-menerus selama sedikitnya enam minggu.
2. *Rheumatoid Arthritis definitif*, apabila memenuhi lima kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus-menerus selama sedikitnya enam minggu.

3. *Probable Rheumatoid Arthritis*, apabila memenuhi tiga kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus-menerus selama sedikitnya enam minggu.
4. *Possible Rheumatoid Arthritis*, apabila memenuhi dua kriteria tanda dan gejala sendi yang berlangsung terus-menerus selama sedikitnya enam minggu.

2.2.4 Patofisiologi *Rheumatoid Arthritis*

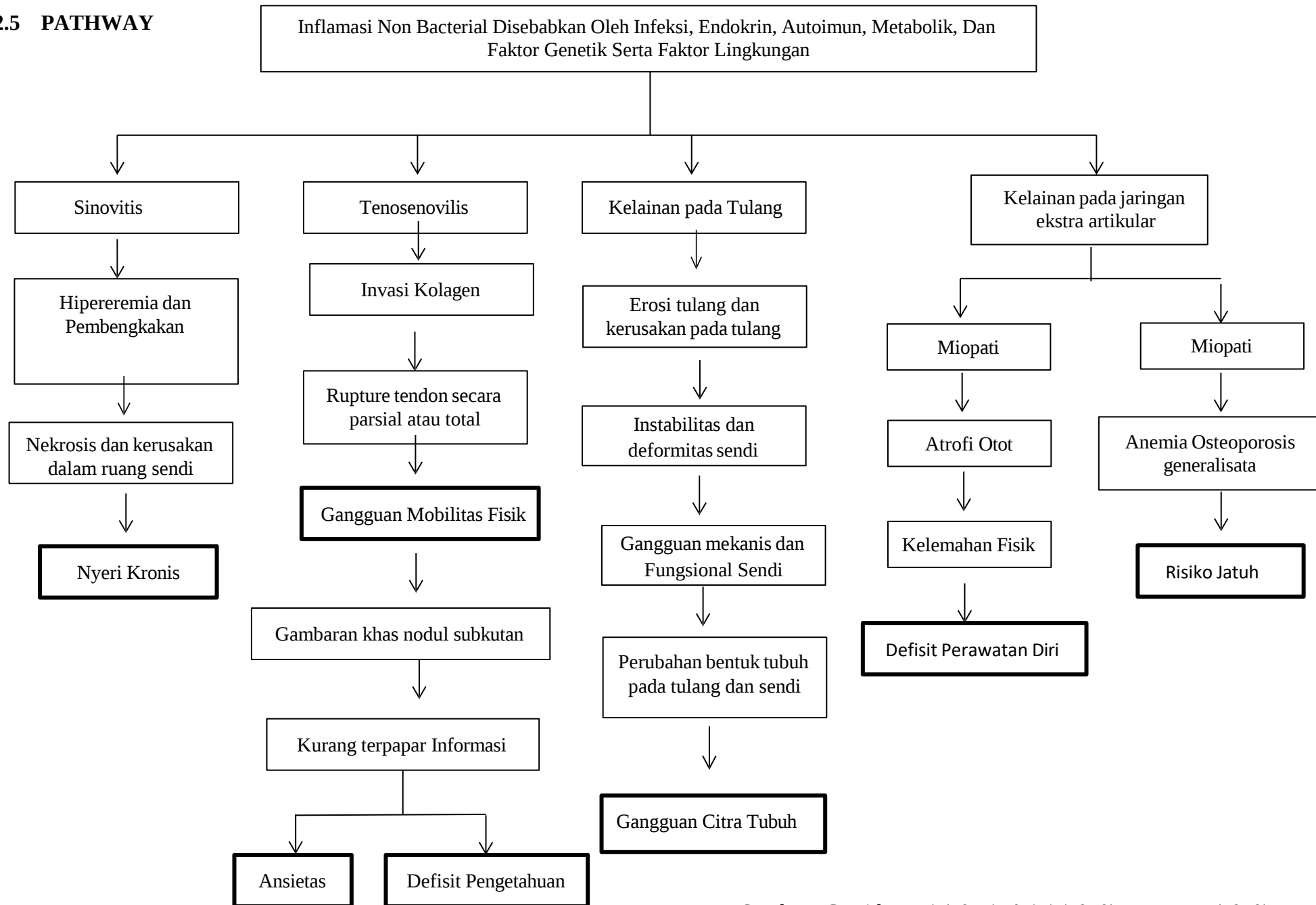
Menurut Sekar (2020), patofisiologi *Rheumatoid Arthritis* diawali oleh reaksi autoimun yang terjadi pada jaringan sinovial. Reaksi tersebut memicu proses fagositosis yang menghasilkan berbagai enzim di dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan menguraikan kolagen sehingga menyebabkan edema, proliferasi membran sinovial, dan pembentukan pannus. Jaringan pannus selanjutnya akan merusak tulang rawan dan menyebabkan erosi tulang. Akibatnya, permukaan sendi mengalami kerusakan yang berdampak pada terganggunya fungsi dan pergerakan sendi. Selain itu, serabut otot di sekitar sendi mengalami perubahan degeneratif yang ditandai dengan berkurangnya elastisitas dan kekuatan kontraksi otot.

Inflamasi pada *Rheumatoid Arthritis* mula-mula terjadi pada sendi sinovial yang ditandai dengan edema, kongesti vaskular, eksudat fibrin, dan infiltrasi sel inflamasi. Peradangan yang berlangsung secara terus-menerus menyebabkan membran sinovial mengalami hipertrofi dan penebalan, terutama pada kartilago artikular. Selanjutnya, jaringan granulasi membentuk pannus yang menutupi kartilago dan meluas hingga ke tulang subkondral. Proses inflamasi tersebut

mengganggu nutrisi kartilago artikular sehingga menyebabkan nekrosis. Tingkat kerusakan kartilago akan menentukan derajat gangguan fungsi sendi. Apabila kerusakan kartilago berlangsung luas, dapat terjadi adhesi antarsendi akibat penyatuan jaringan fibrosa atau tulang yang dikenal sebagai ankilosis (Sekar, 2020).

Kerusakan kartilago dan tulang juga menyebabkan tendon serta ligamen menjadi lemah sehingga meningkatkan risiko terjadinya subluksasi maupun dislokasi sendi. Selain itu, invasi jaringan inflamasi ke tulang subkondral dapat menyebabkan osteoporosis lokal. Perjalanan *Rheumatoid Arthritis* berbeda pada setiap individu, yang ditandai dengan adanya periode serangan dan remisi. Sebagian penderita dapat mengalami perbaikan setelah serangan pertama, sedangkan pada sebagian lainnya penyakit berkembang secara progresif dengan kerusakan sendi yang terus berlanjut dan dapat disertai vaskulitis difus (Sekar, 2020)

2.2.5 PATHWAY



2.2.6 Manifestasi Klinis *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Arini et al. (2020), terdapat beberapa manifestasi klinis yang sering ditemukan pada penderita *Rheumatoid Arthritis*. Gejala klinis tersebut tidak selalu muncul secara bersamaan karena penyakit ini memiliki variasi manifestasi yang berbeda pada setiap penderita. Manifestasi klinis *Rheumatoid Arthritis* meliputi:

1. Gejala konstitusional, seperti kelelahan, anoreksia, penurunan berat badan, dan demam. Pada beberapa penderita, rasa lelah dapat dirasakan dalam tingkat yang cukup berat.
2. Poliartritis simetris, terutama pada sendi-sendi perifer, termasuk sendi tangan, namun umumnya tidak mengenai sendi interfalangeal distal. Hampir seluruh sendi diartrodial dapat mengalami peradangan.
3. Nyeri sendi, yang perlu dibedakan antara nyeri mekanis dan nyeri inflamasi. Nyeri mekanis biasanya muncul setelah melakukan aktivitas dan tidak dirasakan pada pagi hari. Sebaliknya, nyeri inflamasi cenderung lebih berat pada pagi hari saat bangun tidur, disertai kekakuan sendi atau nyeri hebat pada awal pergerakan yang akan berkurang setelah melakukan aktivitas.
4. Kekakuan sendi pada pagi hari yang berlangsung lebih dari satu jam. Kekakuan dapat bersifat menyeluruh maupun hanya mengenai sendi tertentu. Kondisi ini berbeda dengan kekakuan pada *osteoarthritis* yang umumnya berlangsung singkat, yaitu kurang dari satu jam.

5. *Arthritis erosif*, yang merupakan karakteristik khas *Rheumatoid Arthritis*. Pada pemeriksaan radiologis, peradangan kronis pada sendi dapat menyebabkan terjadinya erosi pada tepi tulang.
6. Deformitas sendi, yang terjadi akibat kerusakan struktur penunjang sendi seiring dengan perkembangan penyakit. Deformitas yang sering ditemukan pada tangan meliputi deviasi ulnar, subluksasi sendi metakarpofalangeal, dan deformitas swan neck. Pada kaki dapat ditemukan tonjolan pada kaput metatarsal akibat subluksasi metatarsal. Selain itu, sendi-sendi besar juga dapat mengalami keterbatasan gerak, terutama pada gerakan ekstensi.
7. *Nodul rheumatoid*, yaitu massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga penderita *Rheumatoid Arthritis* dewasa. Nodul umumnya terdapat pada bursa olekranon (sendi siku) atau sepanjang permukaan ekstensor lengan. Keberadaan nodul ini sering kali menunjukkan bahwa penyakit berada dalam kondisi aktif dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi.
8. Manifestasi ekstraartikular, yaitu keterlibatan organ di luar persendian. Manifestasi ini dapat terjadi pada jantung dalam bentuk perikarditis, paru-paru dalam bentuk pleuritis, serta melibatkan mata dan pembuluh darah. (Arini et al., 2020).

2.2.7 Komplikasi *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Kalim et al. (2019), *Rheumatoid Arthritis* tidak hanya menyerang persendian, tetapi juga dapat menimbulkan komplikasi pada berbagai sistem organ, antara lain:

1. Sistem respiratori

Komplikasi pada sistem respirasi dapat berupa peradangan pada sendi krikioaritenoid. Kondisi ini dapat menimbulkan gejala seperti nyeri tenggorokan, nyeri saat menelan, dan disfonia yang umumnya lebih berat pada pagi hari. Pada *Rheumatoid Arthritis* yang telah berkembang, dapat ditemukan efusi pleura serta fibrosis paru yang luas.

2. Sistem kardiovaskular

Komplikasi pada sistem kardiovaskular dapat berupa perikarditis yang ditandai dengan nyeri dada atau gangguan fungsi jantung, meskipun kondisi tersebut relatif jarang ditemukan. Selain itu, dapat terbentuk lesi inflamasi yang menyerupai *nodul rheumatoid* pada miokardium maupun katup jantung. Lesi tersebut berpotensi menyebabkan gangguan fungsi katup, embolisasi, gangguan konduksi jantung, aortitis, dan kardiomiopati.

3. Sistem gastrointestinal

Komplikasi pada sistem pencernaan yang paling sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptikum. Kondisi ini umumnya terjadi sebagai efek samping penggunaan obat *antiinflamasi nonsteroid (OAINS)* maupun *disease modifying antirheumatic drugs (DMARD)*.

4. Sistem persarafan

umumnya gejalanya tidak khas, sehingga sulit dibedakan antara gangguan akibat kerusakan sendi dan kelainan neuropatik. Kondisi ini biasanya berhubungan dengan mielopati akibat instabilitas vertebra servikal, neuropati jepitan, atau neuropati iskemik yang disebabkan oleh vaskulitis.

5. Sistem perkemihan

Kelainan pada ginjal jarang ditemukan pada penderita *Rheumatoid Arthritis* dibandingkan dengan lupus eritematosus sistemik. Apabila ditemukan proteinuria, kondisi tersebut umumnya berkaitan dengan efek samping pengobatan, seperti penggunaan garam emas, atau sebagai akibat dari amiloidosis.

6. Sistem hematologis

Komplikasi hematologis yang sering dijumpai adalah anemia akibat penyakit kronis, yang ditandai dengan eritrosit normositik-normokrom atau hipokrom ringan, kadar besi serum yang rendah, serta kapasitas pengikatan besi yang normal atau menurun. Kondisi ini perlu dibedakan dengan anemia defisiensi besi yang dapat terjadi akibat penggunaan OAINS atau DMARD yang menyebabkan erosi pada mukosa lambung (Kalim et al., 2019).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Kalim et al. (2019), pemeriksaan penunjang pada *Rheumatoid Arthritis* tidak berperan utama dalam menegakkan diagnosis, tetapi dapat membantu mengonfirmasi diagnosis apabila masih terdapat keraguan serta digunakan untuk menilai aktivitas penyakit dan prognosis pasien. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan meliputi:

1. Pemeriksaan faktor *rheumatoid* (RF), yang umumnya menunjukkan hasil positif pada lebih dari 75% penderita *Rheumatoid Arthritis*, terutama saat penyakit berada dalam fase aktif. Namun, hasil positif juga dapat ditemukan

pada beberapa penyakit lain, seperti lepra, tuberkulosis paru, sirosis hepatis, hepatitis infeksiosa, endokarditis bakterialis, penyakit kolagen, dan eksaserbasi penyakit tertentu.

2. Pemeriksaan serologi, meliputi uji fiksasi lateks yang positif pada sekitar 75% kasus khas serta uji aglutinasi yang memberikan hasil positif pada lebih dari 50% kasus *Rheumatoid Arthritis*.
3. *Protein C-reaktif (CRP)* dan laju endap darah (LED), yang umumnya mengalami peningkatan selama proses inflamasi atau saat terjadi eksaserbasi penyakit. Nilai LED dapat meningkat hingga 80–100 mm/jam dan kembali menurun seiring berkurangnya aktivitas penyakit.
4. Pemeriksaan darah lengkap, yang dapat menunjukkan jumlah leukosit normal atau meningkat selama proses inflamasi, anemia normositik hipokrom akibat inflamasi kronis, peningkatan jumlah trombosit, penurunan kadar albumin serum, serta peningkatan kadar globulin.
5. Artroskopi, yang dilakukan untuk melihat secara langsung kondisi sendi sehingga dapat diketahui adanya iregularitas atau degenerasi pada permukaan tulang sendi.
6. Aspirasi cairan sinovial, yang umumnya menunjukkan volume cairan yang meningkat, tampak keruh atau berkabut dengan warna kekuningan sebagai respons inflamasi, disertai penurunan viskositas serta kadar komplemen (C3 dan C4), dan pada beberapa kasus dapat ditemukan perdarahan.
7. Biopsi membran sinovial, yang dilakukan untuk menilai adanya perubahan inflamasi dan perkembangan jaringan pannus pada membran sinovial.

8. Pemeriksaan radiologi (rontgen), yang menunjukkan bahwa hampir seluruh sendi dapat mengalami kelainan, meskipun sendi metatarsofalangeal merupakan lokasi yang paling sering terkena dan umumnya bersifat simetris. Pada tahap awal tampak pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi jukstaartikular, yang kemudian berkembang menjadi penyempitan celah sendi dan erosi tulang (Kalim et al., 2019).

2.2.9 Penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis*

Menurut Arini et al. (2020), penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis* diawali dengan pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien, keluarga, serta orang-orang yang terlibat dalam perawatan pasien. Edukasi yang diberikan meliputi pengertian penyakit, patofisiologi, penyebab, prognosis, program pengobatan, penggunaan obat, sumber dukungan, serta cara penatalaksanaan yang tepat. Pendidikan kesehatan perlu dilakukan secara berkesinambungan agar pasien dan keluarga mampu memahami serta mengelola penyakit dengan baik.

Rheumatoid Arthritis dapat menimbulkan berbagai keluhan, terutama nyeri pada lutut, pergelangan tangan, kaki, dan sendi lainnya, yang berdampak pada penurunan kualitas hidup serta meningkatkan beban sosial dan ekonomi penderitanya (Arini et al., 2020). Oleh karena itu, penatalaksanaan tidak hanya berfokus pada terapi farmakologis, tetapi juga melibatkan terapi nonfarmakologis.

Penatalaksanaan nonfarmakologis dapat dilakukan melalui latihan fisik, termoterapi, pengaturan istirahat, pemenuhan gizi seimbang, serta tindakan untuk mengurangi nyeri, seperti kompres hangat. Salah satu bentuk latihan fisik yang dapat diberikan pada penderita *Rheumatoid Arthritis* adalah latihan *Range of*

motion (ROM), yang bertujuan untuk mempertahankan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan, serta meningkatkan kemampuan fungsional pasien (Kalim et al., 2019).

Selain terapi nonfarmakologis, penatalaksanaan juga mencakup pemberian obat-obatan. *Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)* merupakan terapi utama yang digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan. Tujuan utama pengobatan adalah mengurangi nyeri, mengendalikan proses inflamasi, mempertahankan fungsi sendi, memaksimalkan kemampuan fungsional pasien, serta mencegah atau memperbaiki deformitas sendi. Oleh karena itu, penatalaksanaan *Rheumatoid Arthritis* dilakukan secara terpadu melalui pendidikan kesehatan, istirahat yang cukup, latihan fisik, termoterapi, pengaturan gizi, dan terapi farmakologis (Arini et al., 2020).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang telah terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Persepsi nyeri bersifat subjektif sehingga setiap individu dapat merasakan dan menggambarkan nyeri secara berbeda. Nyeri diartikan sebagai segala bentuk rasa sakit yang dialami seseorang dan dinyatakan sesuai dengan pengalaman individu yang mengalaminya. Selain melibatkan respons fisik dan psikologis, nyeri juga memengaruhi kondisi emosional seseorang serta dapat menyebabkan kelelahan dan menurunkan energi. Pada beberapa kondisi, pasien tidak selalu mampu mengungkapkan nyeri secara

verbal, sehingga perawat perlu melakukan pengkajian secara komprehensif, termasuk mengamati tanda-tanda nonverbal yang mengindikasikan adanya nyeri (Potter & Perry, 2018).

Nyeri sendi merupakan salah satu gejala utama pada asam urat, meskipun keluhan nyeri pada persendian dapat disebabkan oleh berbagai kondisi lainnya. Keluhan yang sering muncul meliputi rasa nyeri, ngilu, linu, kesemutan, pembengkakan, serta kemerahan pada area sendi akibat proses peradangan. Nyeri umumnya dirasakan pada pagi hari setelah bangun tidur atau pada malam hari dan dapat terjadi secara berulang. Pada kondisi yang lebih berat, nyeri sendi dapat menjadi sangat hebat sehingga menghambat bahkan menyulitkan penderitanya untuk menggerakkan sendi yang terkena (Arini et al., 2020).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu:

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2018). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Arini et al, 2020)

2. Nyeri kronik

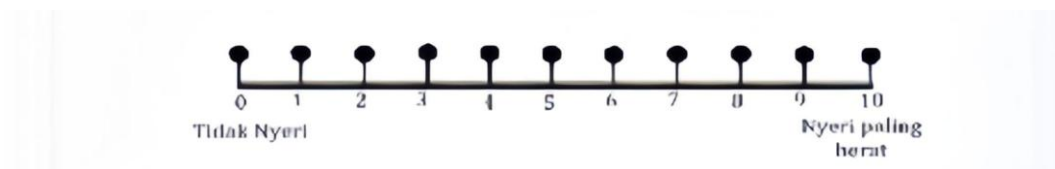
Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu priode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

2.3.3 Skala Nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan menggunakan beberapa jenis skala untuk membantu mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang dirasakan pasien (Potter & Perry, 2018). Beberapa skala yang umum digunakan antara lain sebagai berikut.

1. Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai tingkat keparahan nyeri secara lebih objektif. Salah satu bentuknya adalah *Verbal Descriptor Scale (VDS)*, yaitu skala berupa garis yang berisi beberapa kategori. deskripsi nyeri, mulai dari "tidak ada nyeri" hingga "nyeri yang sangat berat atau tidak tertahankan". Perawat menunjukkan skala tersebut kepada pasien, kemudian meminta pasien memilih deskripsi yang paling sesuai dengan intensitas nyeri yang sedang dirasakan.



Gambar 2.1 *Verbal Descriptor Scale (VDS)*,

Sumber : Potter & Perry ,2018

2. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale merupakan skala yang menggunakan enam gambar wajah dengan berbagai ekspresi, mulai dari wajah tersenyum hingga menangis karena nyeri. Skala ini banyak digunakan pada pasien yang mengalami kesulitan berkomunikasi, seperti anak-anak, lansia dengan gangguan kognitif, pasien yang mengalami kebingungan, maupun pasien yang memiliki keterbatasan dalam memahami bahasa yang digunakan.



Gambar 2.2 *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Sumber : Potter & Perry ,2018

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1 : Nyeri Sedikit

2 : Nyeri Agak Banyak

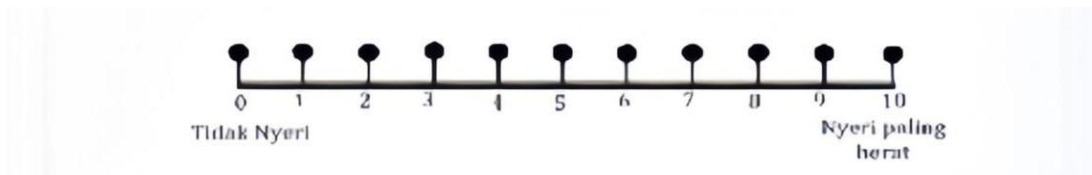
3 : Nyeri Banyak

4 : Nyeri Sekali

5 : Nyeri Hebat

3. Numerical Rating Scale (NRS)

Numerical Rating Scale (NRS) merupakan metode penilaian nyeri menggunakan angka, umumnya dengan rentang 0–10. Pada skala ini, angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri, angka 1–3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4–6 menunjukkan nyeri sedang, sedangkan angka 7–10 menunjukkan nyeri berat. Pasien diminta memilih angka yang paling menggambarkan intensitas nyeri yang sedang dirasakan.



Gambar 2.3 *Numerical Rating Scale (NRS)*

Sumber : Potter & Perry ,2018

0 : Tidak Nyeri

1 – 3 : Nyeri ringan

4 – 6 : Nyeri Sedang

7 – 10 : Nyeri Berat

2.3.4 Pengkajian Nyeri

Tabel 2.1 Pengkajian Nyeri

Pengkajian	Deskripsi	Teknik pengkajian, prediksi Hasil dan implikasi Klinis
P <i>Provoking incident</i>	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan keluhan nyeri	Pada keadaan nyeri otot tulang dan sendi biasanya disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan saraf akibat suatu trauma atau merupakan respon dari peradangan local.
Q <i>Quality of pain</i>	Pengkajian sifat keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien.	Dalam hal ini perlu dikaji kepada pasien apa maksud dari keluhan-keluhannya apakah keluhanannya bersifat menusuk, tajam atau tumpul menusuk, pengkaji harus menerangkan dalam bahasa yang lebih mudah mendeskripsikan nyeri tersebut.
R <i>Region refered</i>	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri apakah nyeri	Region merupakan pengkajian lokasi nyeri dan harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, pada kondisi klinik lokasi nyeri pada sistem muskuloskeletal dapat menjadi petunjuk area yang mengalami gangguan.
S <i>Severity Scale of pain</i>	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	Pengkajian dengan menilai skala nyeri merupakan pengkajian yang paling penting dari pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRSST. Bisa dengan menggunakan skala analog, verbal, numeric, ataupun skala wajah.
T <i>Time</i>	Berapa lama berlangsung. kapan nyeri apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	apakah gejala Sifat mula timbulnya (onset), tentukan timbul mendadak, perlahan-lahan, atau seketika itu juga, tanya kenapa gejala-gejala timbul secara terus menerus atau hilang timbul, lama durasinya muncul

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data sesuai kebutuhan dasar manusia dan memberikan gambaran tentang keadaan pasien.

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin (Perempuan lebih sering menderita *Rheumatoid Arthritis*), usia (penurunan fungsi tubuh) status perkawinan, alamat, agama, ras/suku bangsa

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan dan kecukupan pendapatan, hal berkaitan dengan kemampuan individu untuk menjalani pengobatan *Rheumatoid Arthritis*.

3. Lingkungan Tempat Tinggal

Meliputi kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, kondisi sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pengelolaan sampah, adanya sumber pencemaran, dan risiko injury.

4. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

lansia dengan *Rheumatoid arthritis* sering mengeluhkan nyeri sendi terutama sendi yang simetris seperti lutut.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

- 1) *Paliatif/Provokatif*: Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan. Biasanya nyeri bertambah saat bangun tidur pagi hari, cuaca dingin atau setelah lama tidak menggerakkan sendi.
- 2) *Quality/Quantity*: Bagaimana keluhan dirasakan, biasanya seperti nyeri ngilu, nyeri tumpul kaku pada persendian atau rasa tidak nyaman serta pembengkakan pada sendi.
- 3) *Region/Radiation*: Di daerah mana keluhan dirasakan, biasanya nyeri sendi dirasakan pada sendi sendi yang terkena secara simetris seperti lutut, pergelangan tangan, jari-jari tangan, pergelangan kaki, dan jari-jari kaki.
- 4) *Scale/Severity*: Intensitas dari keluhan, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya. Skala nyeri sendi 0-10 (numerik scale).
- 5) *Time*: Kapan waktu saat terjadi keluhan nyeri, berapa lama, apakah menetap atau hilang timbul.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Apabila pasien mempunyai masalah kesehatan seperti *Rheumatoid Arthritis* dan pasien biasanya mempunyai riwayat osteoarthritis, gout, Hipertensi, dan juga riwayat cedera atau pembedahan pada sendi, penggunaan obat-obatan seperti *obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS)*, Serta Gaya hidup klien juga bisa mempengaruhi *Rheumatoid Arthritis*, misalnya aktivitas fisik.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada klien apakah ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan *Rheumatoid Arthritis* atau penyakit lainnya, sertakan dengan genogram.

5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan tentang *Rheumatoid Arthritis*, biasanya klien dengan *Rheumatoid Arthritis* dianjurkan rutin untuk kontrol kesehatan secara rutin. Mematuhi terapi yang diberikan serta menerapkan gaya hidup sehat untuk mengurangi nyeri, mencegah kekakuan dan mempertahankan fungsi sendi.

b. Nutrisi Metabolik

Mengonsumsi makanan yang tinggi garam, gula, berminyak, bertepung harus dihindari, karena dapat memperburuk peradangan pada *Rheumatoid Arthritis*. Sayuran, protein yang rendah lemak, buah-buahan yang harus dipenuhi.

c. Pola Eliminasi

Pola BAB (frekuensi dan masalah), BAK (frekuensi, jumlah, warna), umumnya tidak mengalami gangguan eliminasi.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari klien meliputi mandi, berpakaian, eliminasi, mobilisasi, belanja, berjalan, masak, naik turun tangga, dan pemeliharaan rumah, apakah dapat melakukan dengan mandiri atau tidak, karena pada

klien dengan *Rheumatoid Arthritis* terkadang merasakan merasa nyeri terutama saat bangun tidur, terjadi kekakuan sendi yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

e. Pola Persepsi Kognitif

Pola kognitif meliputi berbicara, bahasa, kemampuan bahasa, tingkat ansietas, karena stress berlebih dapat memicu meningkatnya tekanan darah. Di dalamnya mengandung kemampuan daya ingat pasien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien.

f. Pola Istirahat Tidur

Pola tidur klien siang dan malam pasien, berapa lama waktu untuk tidur, adakah kesulitan tidur. Pada klien dengan *Rheumatoid Arthritis* biasanya didapatkan kualitas tidur menurun, karena klien mengeluh nyeri, dan kesukaran tidur.

g. Pola Konsep Diri

Sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan meliputi konsep diri, ideal diri, harga diri, identitas diri, dan peran diri. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak penyakit *Rheumatoid Arthritis* kualitas hidup klien.

h. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien, pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang *passive /agresif* terhadap orang lain, masalah keuangan, hal itu berpengaruh terhadap dukungan keluarga dalam proses pengobatan klien.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Pola reproduksi dan seksual menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas, pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* biasanya mengalami penurunan minat.

j. Pola Pertahanan Diri (Koping)

Kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan sistem pendukung, termasuk penggunaan obat untuk menangani stres sangat berpengaruh pada proses pengobatan *Rheumatoid Arthritis*.

k. Pola Keyakinan dan Nilai

Sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya, pelaksanaan kegiatan keagamaan dan budaya, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

l. Pemeriksaan Status Mental dan Spiritual

Kondisi emosi/perasaan klien dan kebutuhan spiritual, adakah masalah dan upaya untuk mengatasinya.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: pada klien dengan Rheumatoid arthritis umumnya tampak baik.

b. Tingkat Kesadaran (GCS): klien umumnya composmentis

c. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : Normal (130/80mmHg – 140/90 mmHg)

Nadi : Normal (80-100x/mnt)

Respirasi : Normal (16-24x/mnt)

Suhu : Normal (36.5-37.5°C)

d. Antropometri: berat badan dan tinggi badan

e. Pemeriksaan Fisik Persistem

1) Sistem Pernapasan

Umumnya tidak terdapat gangguan. Pola nafas teratur, bunyi nafas vesikuler.

2) Sistem Kardiovaskuler

Nadi perifer biasanya teraba kuat, bunyi jantung umumnya lup dup, CRT <2 detik, tidak terdapat edema, umumnya tidak terdapat edema.

3) Sistem Integumen

Kulit umumnya utuh, perlu dikaji apakah ada kemerahan, pembengkakan sendi peningkatan suhu lokal, atau *nodul rheumatoid*.

4) Sistem Perkemihan

Umumnya tidak terjadi gangguan pada perkemihan. Jika terganggu kemungkina efek samping obat terhadap penurunan fungsi ginjal.

5) Sistem Muskuloskeletal

Kekuatan dan gangguan tonus otot pada klien dengan *Rheumatoid Arthritis*, biasanya merasa kesulitan melakukan aktivitas karena nyeri, kekakuan, pembengkakan sendi dan keterbatasan rentang gerak.

6) Sistem Endokrin

Umumnya tidak terdapat gangguan, kecuali jika pasien memiliki penyakit penyerta seperti DM, atau penyakit hormon lainnya.

7) Sistem Gastrointestinal

Umumnya tidak ada keluhan, namun kaji nafsu makan, mual muntah, dan adanya penurunan berat badan.

8) Sistem Reproduksi

Umumnya tidak terdapat kelainan, pada lansia penurunan minat melakukan hubungan seksual biasa terjadi.

9) Sistem Pancaindera

Pada klien dengan RA dapat ditemukan keluhan mata kering, iritasi mata, atau penurunan ketajaman penglihatan akibat manifestasi ekstraartikular, sedangkan penurunan pendengaran umumnya berkaitan dengan proses penuaan.

10) Sistem Neurologi

Nervus I (*Olfactorius*) : Penciuman

Nervus II (*Opticus*) : Penglihatan

Nervus III : Gerak mata ekstraokuler mata dan
(*Oculomotorius*) konstriksi dilatasi pupil

Nervus IV (<i>Trochlearis</i>)	: Gerak bola mata ke atas ke bawah
Nervus V (<i>Trigeminus</i>)	: Sensori kulit wajah penggerak otot wajah
Nervus VI (<i>Abdusen</i>)	: Gerak bola mata ke samping
Nervus VII (<i>Facialis</i>)	: Ekspresi facial dan pengecapan
Nervus VIII (<i>Glosopharingeus</i>)	: Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah
Nervus IX (<i>Vagus</i>)	: Sensasi faring, gerak pita suara
Nervus X (<i>Hipoglossus</i>)	: Posisi lidah
Nervus XI (<i>Accesorius</i>)	: Gerakan kepala dan bahu
Nervus XII (<i>Hipoglossus</i>)	: Menggerakkan lidah

7. Pengkajian Khusus Lansia

1. APGAR Keluarga

Tabel 2. 2 APGAR Keluarga

No.	Items Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1.	A: Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			
2.	P: <i>Partnership</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3.	G: <i>Growth</i> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.			

4.	A: Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya.
5.	R: <i>Resolve</i> Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon.
Jumlah	
Total	

Penilaian:

Nilai : 0-3 (Disfungsi keluarga sangat tinggi)

Nilai : 4-6 (Disfungsi keluarga sedang)

2. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 2. 3 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

No.	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang?		
2.	Tahun berapa sekarang?		
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir?		
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang?		
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang:		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia?		
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang?		
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?		
Jumlah			

Analisis Hasil:

Skore salah : 0-2 (Fungsi intelektual utuh)

Skore salah : 3-4 (Kerusakan intelektual ringan)

Skore salah : 5-7 (Kerusakan intelektual sedang)

Skore salah : 8-10 (Kerusakan intelektual berat)

3. Pengkajian MMSE

Tabel 2. 4 Pengkajian MMSE

No.	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1.	Orientasi		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Di negara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2.	Registrasi		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3.	Perhatian dan Kalkulasi		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		

4. Mengingat
Minta klien untuk mengulang 3 obyek diatas
19.
20.
21
5. BAHASA
a. Penamaan
Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:
22.
23
b. Pengulangan
24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “
Perintah tiga langkah
25. Ambil Kertas !
26. Lipat Dua !
27. Taruh Dilantai !
a. Turuti hal berikut
22. Tutup mata
23. Tulis satu kalimat
24. Salin gambar
Jumlah

Analisis Hasil Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

4. Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kartz)

Tabel 2. 5 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kartz)

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi		
	Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.		
	Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.		
2.	Berpakaian		
	Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.		
	Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		
3	Kekamar Kecil		
	Mandiri : masuk dan keluar dari kamar mandi kemudian membersihkan genetalia sendiri		
	Tergantung : menerima bantuan untuk masuk ke kamar mandi dan menggunakan pispot		
4	Berpindah		
	Mnandiri : berpindah ke dan dari tempat untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri		
	Tergantung : bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		
No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung

Keterangan: Beri tanda (ceklis) pada point yang sesuai kondisi pasien

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.

- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

5. *Screening Faal Fungcional Reach (FR) Test*

Tabel 2. 6 *Screening Faal Fungcional Reach (FR) Test*

No.	Langkah
1.	Minta Pasien Berdiri Di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2.	Beri Tanda Letak Tangan I
3.	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4.	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5.	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

Interpretasi:

Usia >70 tahun: <6 inchi (risiko roboh)

6. *Time Up and Go (TUG) Test*

Tabel 2. 7 *Time Up and Go (TUG) Test*

No.	Langkah
1.	Posisi pasien duduk di kursi
2.	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik
Interpretasi:	
Score:	
≤10 detik	: <i>low risk of falling</i>
11-19 detik	: <i>low to moderate risk for falling</i>
20-29 detik	: <i>moderate to high risk for falling</i>
≥30 detik	: <i>impaired mobility and s at high risk of falling</i>

7. *Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)*

Tabel 2. 8 *Geriatric Depression Scale*

No.	Pertanyaan	
1.	Apakah Anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Tidak
2.	Apakah Anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan Anda?	Ya
3.	Apakah Anda merasa kehidupan Anda kosong?	Ya
4.	Apakah Anda sering bosan?	Ya
5.	Apakah Anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak
6.	Apakah Anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda?	Ya
7.	Apakah anda merasa Bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Ya
8.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Ya
9.	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya

10.	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya
11.	Apakah Anda pikir bahwa kehidupan Anda sekarang menyenangkan?	Tidak
12.	Apakah Anda merasa tidak berharga seperti perasaan Anda saat ini?	Ya
13.	Apakah Anda merasa dengan penuh semangat?	Tidak
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya
15.	Apakah anda piker bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	Ya
Jumlah		

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu):

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Skor >10 : Depresi

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah keperawatan klien (Fuzi, 2019). Analisa data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal dan pengelompokkan data. Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna (*significant cues*). Tanda/gejala dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar, baik dikelompokkan secara induktif dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola maupun secara deduktif menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya (PPNI, 2017).

Tabel 2. 9 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Mayor:	Reaksi faktor Risiko dengan	Nyeri Kronis (D.0078)
	1. Klien mengeluh nyeri	antibody, faktor metabolik	
	2. Tampak meringis	infeksi degan kecenderungan	
	3. Bersikap	virus	
	4. Gelisah	↓	
	5. Frekuensi nadi meningkat	sinovitis	
	6. Sulit tidur	↓	
	Data Minor:	Hiperemia dan pembengkakan	
	1. Tekanan darah meningkat	↓	
	2. Pola napas berubah	Nekrosis dan kerusakan ruang	
	3. Nafsu makan berubah	sendi	
	4. Diaforesis	↓	
		Nyeri Kronis	
2.	Data Mayor:	Inflamasi non bacterial	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan	
	2. Kekuatan otot menurun	↓	
	3. Rentang gerak (ROM) menurun	Tenosevovilis	
	Data Minor:	Invasi kolagen	
	1. Nyeri saat bergerak	↓	
	2. Enggan melakukan pergerakan	Rupture tendon secaraparsial atau total	
	3. Merasa cemas saat bergerak	↓	
	4. Sendi kaku	Gangguan mobilitas fisik	
	5. Gerakan tidak terkoordinasi		
	6. Gerakan terbatas		
	7. Fisik lemah		

3.	Data Mayor: 1. Menolak melakukan perawatan diri 2. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian / makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang Data Minor : -	Inflamasi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan ↓ Kelainan jaringan artikular ↓ miopat ↓ Atrofi otot ↓ Kelemahan Fisik ↓	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
4.	Data Mayor : 1. Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh 2. Kehilangan bagian tubuh 3. Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang Data Minor : 1. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 2. Mengungkapkan kekhawatiran pa da penolakan/ reaksi orang lain 3. Mengungkapkan perubahan gaya hidup 4. Menghindari melihat dan/ atau menyentuh bagian tubuh 5. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh 6. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh Hubungan sosial berubah	Inflamasi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan ↓ Tenosinovitis ↓ Invasi kolagen ↓ Rupture tendon secara parsial atau total ↓ Gangguan mobilitas fisik ↓ Gambaran khas nodul subkutan ↓ Perubahan bentuk tubuh pada tulang dan sendi ↓ Gangguan citra tubuh	Gangguan citra tubuh (D.0083)

5.	Data Mayor: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur Data Minor: 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya 5. Frekuensi napas meningkat 6. Frekuensi nadi meningkat 7. Tekanan darah meningkat 8. Tremor Kontak mata buruk	Inflamasi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan ↓ Tenosinovitis ↓ Invasi kolagen ↓ Rupture tendon secaraparsial atau total ↓ Gangguan mobilitas fisik ↓ Gambaran khas nodul subkutan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Ansietas	Ansietas (D.0080)
6.	Data Mayor : 1. Menanyakan masalah yang dihadapi 2. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 3. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Data Minor : 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Inflamasi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan ↓ Tenosinovitis ↓ Invasi kolagen ↓ Rupture tendon secaraparsial atau total ↓ Gangguan mobilitas fisik ↓ Gambaran khas nodul subkutan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit Pengetahuan (D.0111)

7. Faktor risiko :	Inflamasi non bacterial disebabkan oleh infeksi, endokrin, autoimun, genetik dan lingkungan	Risiko Jatuh (D.0143)
1. Usia $\geq$ 65 tahun 2. Kekuatan otot menurun 3. Gangguan keseimbangan 4. Gangguan penglihatan Neuropati	↓ Kelainan jaringan artikular ↓ sistemik ↓ Anemia osteoporosis generalisata ↓ Risiko Jatuh	

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penulisan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenisnya, penulisan tiga bagian pada diagnosis aktual ditulis atas masalah, penyebab dan tanda/gejala, yaitu masalah berhubungan dengan (b.d) penyebab dibuktikan dengan (d.d) tanda/gejala. Penulisan diagnosis dua bagian terdiri atas diagnosis risiko dan promosi kesehatan, ditulis atas masalah dibuktikan dengan (d.d) faktor risiko dan masalah dibuktikan dengan (d.d) tanda/gejala. Diagnosis yang muncul pada klien dengan hipertensi antara lain:

1. Nyeri kronis b.d agen pencedera fisiologis: inflamasi pada sendi (D.0078)
d.d:

Data Mayor:

- Klien mengeluh nyeri
- Tampak meringis
- Bersikap
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Data Minor:

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Diaforesis

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

Data Mayor:

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun

Data Minor:

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak
- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi

- Gerakan terbatas

- Fisik lemah

3. Defisit Perawatan diri b.d Gangguan muskuloskeletal (D.0109) d.d :

Data Mayor:

- Menolak melakukan perawatan diri

- Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri

- Minat melakukan perawatan diri kurang

Data Minor :

-

4. Gangguan Citra tubuh b.d perubahan struktur/ bentuk tubuh (D.0083) d.d:

Data Mayor :

- Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh

- Kehilangan bagian tubuh

- Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang

Data Minor :

- Tidak mau mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh

- Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh

- Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain

- Mengungkapkan perubahan gaya hidup

- Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh

- Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu

- Hubungan sosial berubah

5. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080) d.d:

Data Mayor:

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi
- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

Data Minor:

- Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Merasa tidak berdaya
- Frekuensi napas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat
- Tekanan darah meningkat
- Tremor
- Kontak mata buruk

6. Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) d.d :

Data Mayor :

- Menanyakan masalah yang dihadapi
- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Data Minor :

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

7. Risiko jatuh d.d usia ≥ 65 tahun, kekuatan otot menurun, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati (D.0143).

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku (aktivitas) spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Penentuan intervensi keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan faktor berikut yakni karakteristik diagnosis keperawatan, luaran (*outcome*) keperawatan yang diharapkan, kemampulaksanaan intervensi keperawatan, kemampuan perawat, penerimaan klien dan hasil penelitian (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Komponen intervensi keperawatan terdiri atas 4 komponen yaitu waktu, penggunaan kata kerja, fokus pada pertanyaan (5W+1H), modifikasi pengobatan dan tanda tangan. Waktu, rencana asuhan keperawatan harus berisi waktu untuk mempermudah identifikasi tanggal pelaksanaan implementasi. Menggunakan kata kerja, rencana asuhan keperawatan harus jelas dalam setiap intervensi yang akan dilakukan. Fokus pada pertanyaan (5W+1H), *What* (apa) tindakan keperawatan

yang akan dilakukan pada klien. *Why* (mengapa) tindakan tersebut perlu dilakukan, hal ini menunjukkan dasar rasional tindakan. *Who* (siapa) yang melaksanakan tindakan dan siapa yang menjadi sasaran *Where* (dimana) tempat pelaksanaan tindakan dilakukan *When* (kapan) tindakan dilakukan, hal ini berkaitan dengan jadwal dan frekuensi tindakan diberikan. *How* (bagaimana) cara pelaksanaan tindakan, hal ini berkaitan dengan teknik atau prosedur pelaksanaan (SOP) tindakan. Tanda tangan, merupakan aspek hukum yang dapat dipertanggungjawabkan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Klien dengan *Rheumatoid Arthritis*

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Tindakan Keperawatan
1.	Nyeri Kronis b.d agen fisiologis pencedera (D.0078) d.d: Data mayor : 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Data minor : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian analgetik.

2. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054) d.d: Data Mayor: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun Data Minor: 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak 4. Sendi kaku 5. Gerakan tidak terkoordinasi 6. Gerakan terbatas 7. Fisik lemah	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan dengan kriteria hasil: (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat 4. Nyeri Menurun 5. Cemas Menurun 6. Kaku sendi Menurun 7. Gerakan terbatas Menurun 8. Kelemahan fisik Menurun	Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185) Observasi 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas Terapeutik 3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 4. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 5. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif 6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi 7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama Edukasi 8. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama 9. Anjurkan melakukan latihan tentang gerak aktif dan pasif secara sistematis
--	---	---

3.	Defisit Perawatan diri b.d Gangguan muskuloskeletal (D.0109) d.d : Data Mayor: 1. Menolak melakukan perawatan diri 2. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang Data Minor : -	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan perawatan diri meningkat dengan dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi Meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
4.	Gangguan Citra tubuh b.d perubahan struktur/ bentuk tubuh (D.0083) d.d: Data Mayor : 1. Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh	Citra Tubuh (L.09067) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan citra tubuh membaik dengan dengan kriteria hasil:	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri

2. Kehilangan bagian tubuh	1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh Menurun	5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
3. Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang	2. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain Menurun	Terapeutik
Data Minor :	3. Verbalisasi perubahan gaya hidup Menurun	6. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
1. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh	4. Respon nonverbal pada perubahan tubuh Membaik	7. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
2. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain	5. Hubungan sosial Membaik	8. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan
3. Mengungkapkan perubahan gaya hidup		9. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka penyakit, pembedahan)
4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh		10. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu		11. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh
6. Hubungan sosial berubah		Edukasi
		12. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
		13. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
		14. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)
		15. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya)
		16. Latih fungsi tubuh yang dimiliki
		17. Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan)
		18. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

5.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080) d.d:	Tingkat Kecemasan (L.09093)	Reduksi Ansietas (I.09134)
	Data Mayor:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan tingkat kecemasan menurun dengan dengan kriteria hasil:	Observasi
	1. Merasa bingung	1. Verbalisasi kebingungan	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
	2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
	3. Sulit berkonsentrasi	3. Perilaku gelisah Menurun	3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
	4. Tampak gelisah	4. Perilaku tegang Menurun	Terapeutik
	5. Tampak tegang	5. Keluhan pusing Menurun	4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
	6. Sulit tidur	6. Anoreksia Menurun	5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
	Data Minor:	7. Frekuensi pernapasan Membaik	6. Pahami situasi yang membuat ansietas
	1. Mengeluh pusing	8. Frekuensi nadi Membaik	7. Dengarkan dengan penuh perhatian
	2. Anoreksia	9. Tekanan darah Membaik	8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
	3. Merasa tidak berdaya		9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
	4. Frekuensi napas meningkat		10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
	5. Frekuensi nadi meningkat		11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
	6. Tekanan darah meningkat		Edukasi
			12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
			13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
			14. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu
			15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
			16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
			17. Latih kegiatan penglihatan untuk mengurangi ketegangan
			18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
			19. Latih teknik relaksasi

6.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi (D.0111) d.d:	Tingkat Pengetahuan (L.12111)	Edukasi Kesehatan (I.12383)
	Data Mayor:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan dengan kriteria hasil:	Observasi
	1. Menanyakan tentang masalah yang dihadapi		1. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup
	Data Minor:	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat	Terapeutik
	1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menuru	3. Berikan kesempatan untuk bertanya
		4. Persepsi yang keliru mengenai masalah menurun	Edukasi
			4. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
			5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
			6. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

7. Risiko jatuh d.d usia ≥ 65 tahun, kekuatan otot menurun, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati (D.0143).	Tingkat Jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur Menurun 2. Jatuh saat berdiri Menurun 3. Jatuh saat duduk Menurun 4. Jatuh saat berjalan Menurun 5. Jatuh saat dipindahkan Menurun 6. Jatuh saat naik tangga Menurun 7. Jatuh saat di kamar mandi Menurun 8. Jatuh saat membungkuk Menurun	Pencegahan Jatuh (L.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 2. Hitung risiko jatuh dengan <i>Screening Faal FR</i> dan TUG Edukasi 3. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 4. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 5. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 6. Anjurkan berjalan dengan pelan dan tidak terburu-buru
---	--	--

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018.

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien secara individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan merupakan tahap perawat secara aktif melakukan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya, berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan.

Implementasi keperawatan bertujuan untuk mencapai tujuan dari asuhan keperawatan yang ditetapkan, mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan mengurangi penderitaan klien. Tujuan lainnya yaitu melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk dievaluasi dengan tujuan mengetahui kondisi kesehatan klien dalam periode yang singkat, mampu mempertahankan daya tahan tubuh klien, mencegah komplikasi, menemukan perubahan sistem tubuh, dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien. Implementasi keperawatan berfokus pada pertanyaan (5W+1H), *What* (apa) tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. *Why* (mengapa) tindakan tersebut perlu dilakukan, hal ini menunjukkan dasar rasional tindakan. *Who* (siapa) yang melaksanakan tindakan dan siapa yang menjadi sasaran. *Where* (dimana) tempat pelaksanaan tindakan dilakukan. *When* (kapan) tindakan dilakukan, hal ini berkaitan dengan jadwal dan frekuensi tindakan diberikan. *How* (bagaimana) cara pelaksanaan tindakan, hal ini berkaitan dengan teknik atau prosedur pelaksanaan (SOP) tindakan.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai dengan membandingkan perubahan keadaan klien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi kegiatan dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan. Pertama, tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Kedua, tujuan tercapai sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan. Ketiga, tujuan tidak tercapai jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Evaluasi dilakukan untuk menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini dilakukan dengan melihat respon klien sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya yang terdiri dari, satu mengakhiri rencana tindakan keperawatan (jika klien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan), dua memodifikasi rencana tindakan keperawatan (jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan), terakhir meneruskan rencana tindakan keperawatan (jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan).

Berikut adalah jenis-jenis evaluasi keperawatan, yaitu:

1. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, dan rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP/SOPIE/SOAPIER untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien.

- 1) S (*Subjective*), yaitu informasi berupa ungkapan yang dirasakan dari klien setelah tindakan keperawatan diberikan.
- 2) O (*Objective*), yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, dan pengukuran perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- 3) A (*Analysis*), yaitu interpretasi data subjektif dan data objektif, suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.
- 4) P (*Planning*), yaitu rencana keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi / ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan sebelumnya.

- 5) I (*Implementation*), merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Cantumkan tanggal dan jam pelaksanaan.
- 6) E (*Evaluation*), yaitu respons atau tafsiran dari efek tindakan keperawatan yang dilakukan untuk menilai efektivitas asuhan atau hasil tindakan.
- 7) R (*Reassessment*), merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi diketahui. Apakah tindakan keperawatan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan.

2.5 Konsep *Evidence based practice (EBP) Range of motion (ROM)*

2.5.1 Pengertian *Range of motion (ROM)*

Range of motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan dengan menggerakkan bagian tubuh untuk mempertahankan fleksibilitas serta kemampuan gerak sendi. Latihan ini umumnya diberikan kepada pasien yang mengalami keterbatasan pergerakan atau tidak mampu melakukan latihan fisik secara mandiri. Selain itu, latihan ROM juga berfungsi untuk meningkatkan sirkulasi darah perifer serta mencegah terjadinya kekakuan pada otot maupun sendi (Simamora et al., 2023).

Latihan *Range of motion (ROM)* bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerak sendi secara normal dan optimal melalui gerakan yang lebih luas. Latihan ini dapat membantu meningkatkan kekuatan otot, mencegah terjadinya deformitas, kekakuan, dan kontraktur, serta berperan dalam proses pemulihan fungsi sendi dan otot setelah tindakan pembedahan sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi (Ernawati & Baidah, 2020).

Range of motion (ROM) merupakan ukuran yang digunakan untuk menilai kemampuan tulang, otot, dan sendi dalam melakukan pergerakan. ROM menggambarkan luas gerakan maksimal yang dapat dicapai oleh suatu sendi pada tiga bidang gerak tubuh, yaitu bidang sagital, frontal, dan transversal. Bidang sagital membagi tubuh menjadi bagian kanan dan kiri, bidang frontal membagi tubuh menjadi bagian depan dan belakang, sedangkan bidang transversal membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah (Istichomah, 2020).

Range of motion (ROM) juga didefinisikan sebagai latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerak sendi secara normal dan penuh sehingga dapat meningkatkan kekuatan serta tonus otot (Potter & Perry dalam Setyawan, Rosita, & Yunitasari, 2017).

2.5.2 Tujuan *Range of motion* (ROM)

Tujuan dari ROM yaitu meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Istichomah, 2020).

2.5.3 Manfaat *Range of motion* (ROM)

Latihan *Range of motion* (ROM) memiliki beberapa manfaat, antara lain untuk menilai kemampuan gerak sendi, tulang, dan otot, mengkaji kondisi tulang, sendi, dan otot, mencegah kekakuan sendi, meningkatkan sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilitas sendi, serta meningkatkan toleransi otot terhadap latihan (Muttaqin, 2020).

2.5.4 Indikasi dan Kontraindikasi *Range of motion* (ROM)

1. Indikasi *Range of motion* (ROM)

Menurut Hutagaluh (2019) antara lain:

- a. Kelemahan
- b. Penurunan kesadaran
- c. Pasien dengan tirah baring
- d. Fase rehabilitas fisik

2. Kontraindikasi *Range of motion* (ROM)

Beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi dalam pelaksanaan latihan ROM antara lain:

- a. Adanya kelainan pada sendi atau tulang,
- b. Pasien berada dalam fase imobilisasi akibat gangguan jantung,
- c. Latihan ROM tidak dianjurkan jika gerakan tersebut dapat menghambat proses pemulihan cedera,
- d. Tidak disarankan melakukan ROM pada pasien dengan tekanan darah yang sedang tinggi

2.5.5 Prinsip *Range of motion* (ROM)

Menurut Physiopedia (2023) adapun prinsip latihan ROM, diantaranya:

1. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
2. ROM dilakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
3. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dann pergelangan kaki

4. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
5. Melakukan ROM harus sesuai waktunya.

2.5.6 Klasifikasi *Range of motion (ROM)*

Menurut Brunner & Suddarth's (2021) ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

1. ROM aktif

ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%.

2. ROM pasif

ROM pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%.

2.5.7 Standar Prosedur Operasional (SPO) *Range of motion (ROM)*

a. Tahap Persiapan

1. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan, seperti lembar observasi, alat tulis, kursi atau tempat tidur, bantal bila diperlukan, dan hand sanitizer.
2. Mencuci tangan sesuai prosedur.
3. Mengidentifikasi identitas klien meliputi nama dan usia.
4. Mengkaji kondisi umum klien, tingkat nyeri, kemampuan bergerak, dan memastikan tidak terdapat kontraindikasi untuk melakukan ROM.

5. Menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan lama pelaksanaan latihan ROM aktif kepada klien dan keluarga.
6. Meminta persetujuan klien untuk dilakukan tindakan.
7. Menjaga privasi klien serta menciptakan lingkungan yang aman, nyaman, dan memiliki pencahayaan yang cukup.
8. Membantu klien berada pada posisi yang nyaman, yaitu duduk di kursi atau berbaring terlentang sesuai kondisi klien.

b. Tahap Kerja

1. Pastikan klien berada pada posisi yang nyaman (duduk atau berbaring terlentang).
2. Berdiri di sisi ekstremitas bawah klien yang akan dilatih.

Latihan Pada Sendi Lutut

a) Fleksi-ekstensi

- Minta klien meluruskan tungkai.
- Minta klien menekuk lutut secara perlahan ke arah dada sesuai batas toleransi.
- Minta klien meluruskan kembali tungkai hingga posisi semula.
- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

Latihan Pada Pergelangan Kaki

a) Dorsifleksi-plantarfleksi

- Minta klien menarik telapak kaki ke arah atas.
- Minta klien mengembalikan telapak kaki ke posisi semula.
- Minta klien mendorong telapak kaki ke arah bawah.

- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

b) Eversi-inversi

- Minta klien memutar telapak kaki ke arah luar.
- Minta klien memutar telapak kaki ke arah dalam.
- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

c) Sirkumduksi

- Minta klien memutar telapak kaki membentuk lingkaran searah jarum jam.
- Minta klien memutar telapak kaki berlawanan arah jarum jam.
- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

Latihan Pada Jari-Jari Kaki

a) Fleksi-ekstensi

- Minta klien menekuk jari-jari kaki.
- Minta klien meluruskan kembali jari-jari kaki.
- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

b) Abduksi-adduksi

- Minta klien merenggangkan jari-jari kaki.
- Minta klien merapatkan kembali jari-jari kaki.
- Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

3. Amati respons klien selama latihan, seperti adanya nyeri, kelelahan, atau ketidaknyamanan.
4. Hentikan latihan apabila klien mengeluhkan nyeri yang berat atau tidak mampu melanjutkan latihan.

c. Tahap Terminasi

1. Membantu klien kembali ke posisi yang nyaman.
2. Menanyakan respons klien setelah latihan, seperti perubahan nyeri atau rasa nyaman pada sendi.
3. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga agar latihan ROM aktif dapat dilakukan secara rutin sesuai anjuran.
4. Menyampaikan rencana tindakan selanjutnya.
5. Mencuci tangan setelah tindakan selesai.

d. Dokumentasi

1. Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan.
2. Mencatat jenis latihan ROM aktif yang diberikan.
3. Mencatat jumlah pengulangan setiap gerakan.
4. Mencatat tingkat nyeri sebelum dan sesudah latihan bila dilakukan pengukuran.
5. Mencatat respons klien selama dan setelah latihan.
6. Mendokumentasikan hasil evaluasi serta rencana tindak lanjut.

2.5.8 Hasil Analisis Jurnal

Tabel 2. 11 Analisis *Evidande Based Practice* (EBP)

No.	Nama Penulis, Tahun	Judul Penelitian	Intervensi	SPO	Outcome
1.	Alfiyatur Rohmani yah, Suryani, dan Christina (2022)	<i>Pengaruh Latihan Range of motion (ROM) Aktif terhadap Penurunan Nyeri Sendi Rheumatoid Arthritis pada Lansia di Desa Tunggu Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan</i>	Intervensi berupa latihan <i>Range of motion (ROM) aktif</i> yang dilakukan pada penderita <i>Rheumatoid Arthritis</i>	Tidak tercantum	Terdapat penurunan skala nyeri pada kelompok perlakuan ROM aktif. sebelum diberikan latihan ROM aktif, penderita <i>Rheumatoid Arthritis</i> mempunyai nyeri sendi pre rata-rata 4.67, dengan nyeri sendi pre terendah 4 dan tertinggi 6, dan sesudah diberikan latihan ROM aktif mempunyai nyeri sendi post rata-rata 3.47, nyeri sendi post terendah 2 dan tertinggi 5

2.	Winda Wulandari Sembirin g, Muchti Yuda Pratama, dan Nina Olivia (2025)	<i>Implementasi Range of motion (ROM) Aktif pada Lansia dengan Rheumatoid Arthritis (RA) yang Mengalami Nyeri Sendi Ekstremitas Bawah di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai</i>	Intervensi berupa latihan ROM aktif yang dilakukan selama 15 menit sebanyak 2 kali sehari selama 6 hari.	Tidak tercantum	Klien 1 dan Klien 2 dari hari pertama hingga hari keenam mampu mencapai target dalam melakukan latihan rentang gerak (ROM) pada sendi lutut selama 15–20 menit. Sebelum dilakukan intervensi, kedua klien memiliki skala nyeri sedang, yaitu 4. Pada evaluasi hari terakhir, didapatkan Klien 1 memiliki kekuatan otot 4 dan Klien 2 juga memiliki kekuatan otot 4, disertai penurunan skala nyeri menjadi 2 yang termasuk dalam kategori nyeri ringan .
----	---	--	--	-----------------	--

3.	Sitti Nurbaya, Amriati Mutmainna, Wa Mina La Isa, dan Susi Sastika Sumi (2020)	Pelatihan <i>Range of motion</i> (ROM) pada Pasien Reumatoid Atritis di Desa Taraweang Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan	pemberian edukasi, demonstrasi, dan pelatihan latihan <i>Range of motion</i> (ROM) pada pasien <i>Rheumatoid Arthritis</i> .	Tidak Tercantum	Hasil penelitian menunjukkan bahwa latihan <i>Range of motion</i> (ROM) memberikan keuntungan fungsional, seperti meningkatkan mobilitas sendi, fleksibilitas, dan elastisitas struktur periartikular. Perbaikan fungsi tersebut berkontribusi terhadap penurunan intensitas nyeri, sehingga berkurangnya nyeri dapat dipahami sebagai salah satu efek jangka panjang dari latihan ROM yang dilakukan secara rutin.
4.	Putu Indraswari Aryanti (2021)	<i>Literature Review: Efektivitas Latihan Range of motion (ROM) terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Rheumatoid Arthritis</i>	Tidak ada pemberian intervensi	Tidak Tercantum	Hasil literature review menunjukkan terapi nonfarmakologis efektif berupa Latihan <i>Range of motion (ROM)</i> membantu menurunkan nyeri dan meningkatkan kemampuan fungsional pada penderita <i>Rheumatoid Arthritis</i> .

5.	Rovita Popy , Tri Paska Hia , Titonik Hulu, Firman Hidayat Halawa, Meiman Harapan Nduru, Kristina L Silalahi (2025)	<i>Pengaruh Range of motion (ROM) terhadap penurunan nyeri pada pasien penderita rematik (Rheumatoid Arthritis)</i>	Pemberian latihan <i>Range of motion (ROM)</i> selama kurang lebih 2 minggu	Tidak Tercantum	Latihan <i>Range of motion (ROM)</i> meningkatkan kekuatan dan fungsi sendi jari pada pasien <i>Rheumatoid Arthritis</i> . Peningkatan fungsi sendi tersebut berpotensi berkontribusi terhadap penurunan nyeri karena ROM membantu mempertahankan mobilitas sendi dan mengurangi kekakuan.
6.	Christop her Balchin, Ai Lyn Tan, Joshua Golding, Lesley-Anne Bissell, Oliver J. Wilson, Jim McKenn a, dan Antonios Stavropo ulos-Kalinogl ou	<i>Effects of Range of motion (ROM) Exercise on Pain Symptoms in People with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review</i>	Pemberian latihan aktivitas fisik terutama <i>Range of motion (ROM)</i>	Tidak tercantum	Hasil penelitian menunjukkan bahwa exercise mampu meningkatkan kemampuan fungsional pada pasien <i>Rheumatoid Arthritis</i> . Peningkatan kemampuan fungsional tersebut mendukung penggunaan latihan <i>Range of motion (ROM)</i> sebagai intervensi untuk mempertahankan mobilitas sendi. Dengan membaiknya fungsi dan mobilitas sendi, latihan ROM dapat berkontribusi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien <i>Rheumatoid Arthritis</i> .

2.5.9 Analisis Literature Review

Berdasarkan telaah dari beberapa jurnal di atas, sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa latihan *Range of motion* (ROM) efektif dalam membantu menurunkan intensitas nyeri pada pasien *Rheumatoid Arthritis*. Meskipun durasi dan frekuensi latihan berbeda pada setiap penelitian, seluruh penelitian menunjukkan hasil yang konsisten berupa penurunan nyeri yang disertai peningkatan mobilitas sendi, fleksibilitas, elastisitas struktur periartikular, kekuatan otot, dan kemampuan fungsional pasien. Latihan ROM dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis pada pasien *Rheumatoid Arthritis* karena mudah dilakukan, relatif aman, tidak memerlukan alat khusus, serta dapat dilakukan secara mandiri maupun dengan pendampingan tenaga kesehatan. Secara fisiologis, latihan ROM membantu mempertahankan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan, meningkatkan sirkulasi darah di sekitar sendi, serta meningkatkan elastisitas jaringan periartikular. Perbaikan fungsi sendi tersebut akan mengurangi tekanan pada sendi yang mengalami inflamasi sehingga intensitas nyeri berangsur menurun dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari menjadi lebih baik.

Hasil telaah jurnal secara keseluruhan menunjukkan adanya perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah pemberian latihan ROM. Penelitian Rohmaniyah et al. (2022) menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri pasien menurun dari 4,67 sebelum intervensi menjadi 3,47 setelah dilakukan latihan ROM aktif. Hasil serupa juga dilaporkan oleh Sembiring et al. (2025), yaitu terjadi penurunan skala nyeri dari 4 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan)

setelah latihan ROM aktif dilakukan selama 15–20 menit sebanyak dua kali sehari selama enam hari. Selain itu, literature review oleh Aryanti (2020) menyimpulkan bahwa latihan ROM merupakan salah satu terapi

Nonfarmakologis yang efektif dalam membantu menurunkan nyeri dan meningkatkan kemampuan fungsional pada pasien *Rheumatoid Arthritis*. Penelitian Balchin et al. (2022) juga menunjukkan bahwa latihan fisik mampu meningkatkan kemampuan fungsional tanpa meningkatkan nyeri maupun inflamasi, sehingga mendukung penggunaan latihan ROM sebagai bagian dari rehabilitasi pada pasien *Rheumatoid Arthritis*.

Berdasarkan hasil beberapa penelitian tersebut, latihan *Range of motion* (ROM) direkomendasikan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis dalam penatalaksanaan pasien *Rheumatoid Arthritis*. Keberhasilan latihan ROM dipengaruhi oleh keteraturan pelaksanaan, kesesuaian gerakan dengan kemampuan pasien, serta kepatuhan pasien dalam melakukan latihan sesuai anjuran tenaga kesehatan. Oleh karena itu, latihan ROM perlu dilakukan secara rutin dan bertahap agar manfaat yang diperoleh lebih optimal. Pelaksanaan latihan secara teratur diharapkan mampu membantu mengurangi nyeri, mempertahankan fungsi dan mobilitas sendi, meningkatkan kemampuan fungsional, serta mendukung kualitas hidup pasien *Rheumatoid Arthritis*.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 TINJAUAN KASUS

3.1.1 PENGKAJIAN

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Tempat /tgl lahir	: Garut, 06-07-1958
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda

b. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Pekerjaan saat ini	: Pedagang
Pekerjaan sebelumnya	: Pedagang
Sumber pendapatan	: Warung
Kecukupan pendapatan	: Berkecukupan

c. Lingkungan tempat tinggal

Rumah klien tampak bersih dan rapi, lantai berkeramik dan tidak licin, memiliki penerangan yang cukup, sirkulasi udara yang masuk baik, keadaan kamar mandi bersih tidak licin dan menggunakan toilet duduk, pembuangan air kotor di alirkan ke septic tank, sampah diambil tiap 1 minggu.

d. Riwayat Kesehatan

1. *Status Kesehatan saat ini*

Pasien mengeluhkan nyeri pada lutut yang dirasakan berdenyut. Keluhan muncul secara bertahap dan semakin terasa ketika melakukan aktivitas maupun saat terjadi perubahan posisi, seperti dari duduk ke berdiri atau sebaliknya. Untuk mengurangi nyeri, pasien mengoleskan hot cream serta mengonsumsi obat. Pasien juga berobat ke dokter praktik dan Puskesmas untuk mendapatkan penanganan. Selain itu, pasien sesekali mengonsumsi obat pereda nyeri yang dibeli dari apotek sebagai upaya mengatasi keluhan yang dirasakan.

2. *Riwayat Kesehatan Masa Lalu*

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan *Rheumatoid Arthritis*. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan, makanan, binatang, maupun debu. Selain itu, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan belum pernah menjalani perawatan di rumah sakit.

e. Riwayat Penyakit

1. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri di kedua lututnya, terutama di sebelah kiri

2. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian dilakukan pada tanggal 07 Mei 2026, pukul 10.00, saat pengkajian klien mengekuk nyeri di kedua lututnya terutama sebelah kiri bertambah saat mengubah posisi duduk dan berdiri dan berkurang

ketika di istirahatkan/duduk selonjoran, nyeri terasa berdenyut di area kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, skala nyeri 6/10 (nyeri sedang), nyeri muncul di waktu subuh tetapi tidak muncul setiap saat.

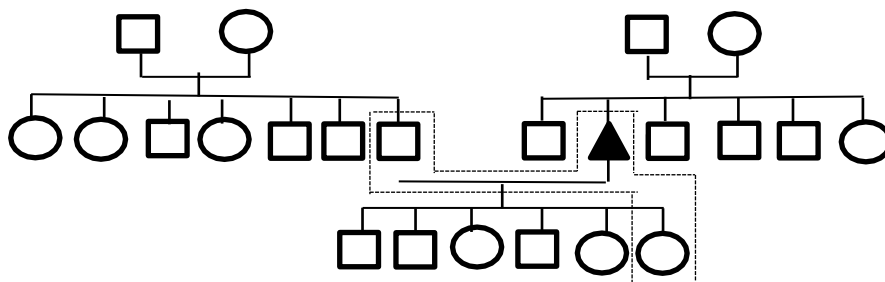
3. Riwayat penyakit dahulu

klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan rheumatoid arthritis sudah 5 tahun, serta ada riwayat jatuh . Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan, makanan, binatang, maupun debu. Selain itu, pasien belum pernah menjalani perawatan di rumah sakit.

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan di keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi dan riwayat yang dengan penyakitnya.

f. Genogram



Keterangan :

□	: Laki – Laki
○	: Perempuan\
▲	: Klien / Pasien
---	: Tinggal Serumah
┌──┐	: Garis Perkawinan
└──┘	: Garis Keturunan
×	: Meninggal

g. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1. Pemeliharaan Kesehatan

Hasil Kajian : Klien memahami kondisi kesehatannya dengan baik, klien rutin mengonsumsi obat hipertensi dan obat nyeri tiap malam. Klien rutin untuk memeriksakan kondisi kesehatan nya ke dokter praktek mandiro atau terkadang ke puskesmas. Klien juga memiliki menantu seorang perawat sehingga yang memperhatikan kondisi kesehatannya.

2. Nutrisi Metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik Ny. I

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan	Baik	Baik
	Jenis	Nasi putih, lauk pauk	Nasi putih, sayur, lauk pauk
	Porsi	1 porsi habis (1 centong nasi)	1 porsi habis (1 centong nasi)
	Frekuensi	3 x sehari	3 x sehari
	Diet Khusus	Mengurangi makanan Asin	Mengurangi makanan Asin
	Makanan Disukai	-	-
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	-	-
	Napsu Makan	Baik	Baik
2	Pola Minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	7-8 gelas
	Jumlah	±2 liter	±2 liter
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang Disukai	Air putih	Air putih

3. Pola Eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.I

No	Jenis	Hari sebelumnya	Hari sekarang
1	BAB		
	Frekuensi	1 x sehari	1 x sehari
	Warna	Khas feses	Khas feses
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	BAK		
	Frekuensi	7-8 x sehari	7-8 x sehari
	Jumlah	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari – hari Ny. I

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	√				
2.	Berpakaian	√				
3.	Eliminasi	√				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√				
5.	Berpindah	√				
6.	Berjalan	√				
7.	Berbelanja	√				
8.	Memasak	√				
9.	Naik tangga	√				
10.	Pemeliharaan rumah / ruangan	√				

Ket.: 0 = Mandiri
 1 = Alat bantu
 2 = Dibantu orang lain
 3 = Dibantu orang lain – alat
 4 = Tergantung/tidak mampu

Tabel 3.4 Kegiatan Sehari- hari Ny.I

No.	Jenis	Sehari – hari
1.	Mandi	Frekuensi : 2 x sehari Jenis : mandi
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x sehari
3.	Mobilisasi Tempat Tidur	Frekuensi : klien tidak hanya berbaring di tempat tidur, sering beraktivitas sekedar jalan-jalan ringan di area rumahnya

5. Pola Persepsi Kognitif

Klien berbicara dengan lancar dan artikulasi jelas dapat dipahami, selama pembicaraan dengan klien nyambung. Bahasa yang digunakan Bahasa sunda dan Indonesia. Klien mampu membaca dengan bantuan kacamata. klien tampak tenang, tidak menu jukkan tanda-tanda cemas. Klien mamu berinteraksi dengan baik, kooperatif selama pembicaraan berlangsung.

6. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3.5 Istirahat Tidur Ny. I

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang		
	Lama tidur	± 1 jam	± 1 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	Tidur Malam		
	Lama Tidur	± 7-8 jam	± 7-8 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

7. Pola Konsep Diri

Konsep Diri : klien menyadari dan menerima kondisi kesehatannya dan masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari

Ideal Diri : klien berharap kembali sehat

Harga Diri : klien merasa dirinya masih dihargai oleh keluarga, tampak percaya diri

Identitas Diri : klien menjalani peran sebagai istri dan ibu

Peran Diri : klien tetap aktif dalam keluarga dan pekerjaan

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien tinggal bersama suami, anak bungsu nya bertempat tinggal tepat di belakang rumahnya sehingga selalu berinteraksi, anak klien yang lainnya rutin menjenguk dan main k erumah klien, hubungan antar anggota keluarga terjalin dengan baik, aling terbuka saat memiliki masalah.

9. Pola Reproduksi dan seksual

Klien mengatakan sudah menopause dan sudah tidak aktif melakukan hubungan seksual. Klien memiliki 6 orang anak dari pernikahan ini.

10. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Klien mampu mengungkapkan perasaan dan masalah kepada anak-anaknya. Klien mendapat dukungan penuh dari keluarga

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam dan rutin melaksanakan ibadah, klien tetap sholat walaupun dengan keadaan duduk.

12. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

Suasana hati yang menojiol saat pengkajian tampak gembira,emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya, kebutuhan untuk beribadah terpenuhi, terdapat keluhan nyeri lutut saat perubahan posisi saat solat sehingga klien solat dengan posisi duduk

h. Riwayat Psikologis

1. Status Nyeri:

Tabel 3.6 Status Nyeri Ny. I

No.	Intensitas Nyeri	Deskripsi
1.	☐ Tidak Nyeri	Pasien mengatakan tidak merasa nyeri
2.	☐ Nyeri Ringan	Pasien mengatakan sedikit nyeri atau ringan
3.	☒ Nyeri Sedang	Pasien mengatakan nyeri sedang atau masih bisa ditahan, pasien nampak gelisah, pasien mampu sedikit berpartisipasi dalam perawatan
4.	☐ Nyeri Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan atau berat, pasien sanga gelisah, fungsi mobilitas dan perilaku pasien berubah
5.	☐ Nyeri Sangat Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak tertahankan atau sangat berat, perubahan ADL yang mencolok (ketergantungan), putus asa

2. Status Emosi

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengekspresikan perasaan yang baik dan tampak senang selama proses wawancara. Tidak ditemukan tingkah laku yang menonjol atau menyimpang. Pasien menyatakan merasa paling bahagia ketika dapat berkumpul bersama keluarga.

3. Gaya Komunikasi

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien tidak tampak berhati-hati dalam berbicara dan mampu berkomunikasi secara spontan. Pasien tidak menolak saat diajak berkomunikasi, serta dapat menyampaikan informasi dengan jelas sehingga proses wawancara berlangsung lancar. Selama berkomunikasi, pasien tidak menggunakan bahasa isyarat.

4. Pola Interaksi

Pasien memberikan respons yang baik terhadap keluarga maupun petugas kesehatan selama proses interaksi. Pasien menyatakan bahwa keluarga merupakan orang yang paling dekat dan paling dipercaya. Dalam kehidupan sehari-hari, pasien tampak aktif dalam berinteraksi dengan orang lain serta memiliki kepribadian yang terbuka.

5. Pola Pertahanan

klien akan segera pergi ke pelayanan kesehatan jika merasa ada keluhan

6. Dampak di Rawat di Rumah Sakit

Apakah ada perubahan secara fisik dan psikologis selama klien dirawat di Rumah Sakit : tidak ada

i. Pemeriksaan Status Mental dan Spritual

1. Kondisi Emosi / Perasaan Klien

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa suasana hati pasien tampak gembira selama proses wawancara. Emosi yang ditunjukkan sesuai dengan ekspresi wajah

2. Kebutuhan Spritual Klien

Kebutuhan spiritual pasien tetap terpenuhi. Pasien menyatakan tetap menjalankan ibadah salat secara rutin, meskipun mengalami kendala berupa nyeri pada lutut saat melakukan perubahan posisi dalam salat. Untuk mengatasi kondisi tersebut, pasien menyesuaikan cara

beribadah dengan melaksanakan salat dalam posisi duduk agar tetap dapat menjalankan kewajiban ibadah dengan nyaman.

3. Pelaksanaan Kegiatan Muslim / Islam

Tabel 3.7 Kegiatan ibadah Ny. I

No.	Kegiatan Ibadah Per Hari	Keterangan				
		Shubuh	Dzuhur	Ashar	Magrib	Isya Hajat/ Tahajud
1.	Wudhu/Tayamum	√	√	√	√	√
2.	Sholat Wajib	√	√	√	√	√
3.	Dzikir	√	√	√	√	√
4.	Doa	√	√	√	√	√
5.	Membaca Al- Quran	√			√	
6.	Mendengarkan Murrotal Quran					
7.	Kajian Agama Islam / Ta'lim					

4. Kecemasan Klien

Tabel 3.8 Kecemasan Ny. I

No.	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
1.	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya	1	2	3	4
2.	Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali	1	2	3	4
3.	Saya mudah marah atau merasa panic	1	2	3	4
4.	Saya merasa seperti jatuh terpisah dan akan hancur berkeping-keping	1	2	3	4
5.	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi	4	3	2	1
6.	Lengan dan kaki saya gemetar	1	2	3	4
7.	Saya terganggu oleh nyeri kepala leher dan nyeri punggung	1	2	3	4
8.	Saya merasa lemah dan mudah lelah	1	2	3	4
9.	Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah	4	3	2	1

10.	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar	1	2	3	4
11.	Saya merasa pusing tujuh keliling	1	2	3	4
12.	Saya telah pingsan atau merasa seperti itu	1	2	3	4
13.	Saya dapat bernapas dengan mudah	4	3	2	1
14.	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki mati rasa dan kesemutan	1	2	3	4
15.	Saya merasa terganggu oleh nyeri lambung atau gangguan pencernaan	1	2	3	4
16.	Saya sering buang air kecil	1	2	3	4
17.	Tangan saya biasanya kering dan hangat	4	3	2	1
18.	Wajah saya terasa panas dan merah merona	1	2	3	4
19.	Saya mudah tertidur dan istirahat malam dengan baik	4	3	2	1
20.	Saya mimpi buruk	1	2	3	4

Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain: nilai 21

1. Skor 20-44: normal/tidak cemas

2. Skor 45-59: kecemasan ringan
3. Skor 60-74: kecemasan sedang
4. Skor 75-80: kecemasan berat

j. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: Baik
2. Tingkat Kesadaran (GCS): E4V5M6 (Compos Mentis)
3. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Nadi : 80 x/mnt

Respirasi : 20x/mnt

Suhu : 36.5°C

4. Antropometri:

TB : 145 cm

BB : 55 kg

5. Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernapasan

Saat dilakukan pengkajian dada tampak simetris, gerakan dinding dada seimbang, bunyi paru sonor, tidak terdapat bunyi napas tambahan.

b) Sistem Kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian, nadi teraba kuat, irama reguler, CRT <2 detik, tidak terdapat edema, bunyi jantung S1=S2 'lup dup' tidak terdapat keluhan nyeri dada

c) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian kulit berwarna kuning langsung, tampak lembab, kulit tampak keriput, turgor kulit kembali 2 detik. Rambut tampak bersih, berwarna hitam dan beruban. Kuku tampak bersih, kuku pendek, tidak terdapat kelainan.

d) Sistem Perkemihan

Saat dilakukan pengkajian frekuensi perkemihan $\pm$ 5-7x/hari, warna kuning khas, tidak terdapat nyeri tekan dan distensi kandung kemih.

e) Sistem Muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan kelainan struktur tulang, pergerakan ekstremitas atas baik , terdapat keluhan nyeri pada

ekstremitas bawah terutama area lutut saat ada perubahan posisi dari duduk ke berdiri.

Kekuatan otot:

5	5
4	4

f) Sistem Endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan JVP

g) Sistem Gastrointestinal

Saat dilakukan pengkajian mulut tampak bersih, mukosa bibir lembab, kondisi gigi bersih, terdapat gigi tanggal 4, tidak ada gigi palsu. Abdomen tampak datar, bising usus 18x/menit

h) Sistem Reproduksi

Tidak didapatkan data yang menyimpang.

i) Sistem Penginderaan

Saat dilakukan pengkajian posisi mata simetris, pergerakan bola mata sesuai, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, otot-otot mata tidak terdapat kelainan, fungsi penglihatan menurun, klien tidak mampu melihat dengan jelas dengan jarak >5m. Daun telinga tampak bersih, tidak tampak adanya serumen, tidak terdapat cairan, fungsi pendengaran baik. Lidah tampak bersih, fungsi pengecapan baik, klien dapat membedakan rasa.

j) Sistem Neurologi

- N I (*Olfactorius*) : Klien mampu membedakan bau kayu putih dan parfum
- N II (*Opticus*) : Klien mampu melihat dengan ketajaman jarak <5m lebih dari itu benda di sekitarnya terlihat namun sedikit kabur, pupil isokor
- N. III (*Oculomotorius*) : Pergerakan bola mengikuti jari tangan, pupil isokor
- N. IV (*Trochlearis*) : Pergerakan mata sesuai intruksi
- N.V (*Trigeminus*) : Klien dapat menggerakkan wajahnya dan otot mengunyah baik, mampu menggerakkan rahang dan menggigit
- V VI (*Abdusen*) : Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping
- N. VII (*Facialis*) : Klien mampu mengubah ekspresi wajahnya, dengan tersenyum, mengerutkan dahi dan menutup mata, mengetahui sensasi rasa yang diberikan
- N.VIII (*Auditory*) : Klien mampu mendengar dengan baik dan mampu menjaga keseimbangan saat berdiri

- N.IX (*Glosopharingeus*) : Klien mampu menelan dan Mengucapkan kalimat yang diinstruksikan 'ah'
- N. X (*Vagus*) : Klien mampu menggerakkan lidahnya
- N.XI (*Accesorius*) : Klien mampu mengangkat bahu dan memutar kepala
- N.XII (*Hipoglosus*) : Klien mampu menggerakkan lidah dari satu sisi ke sisi

k. Pengkajian Khusus Lansia

1. APGAR Keluarga

Tabel 3.9 APGAR Keluarga Ny. I

No.	Items Penilaian	Selalu (2)	Kadang Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	√		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	√		
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	√		

5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon	√
JUMLAH		10

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Interpretasi :

Nilai APGAR Keluarga Ny. I 10, Artinya fungsi keluarga dalam kategori baik

2. Pengkajian fungsi intelektual dan mental (SPMSQ /short portable mental status questionnaire)

Tabel 3.4 fungsi intelektual dan mental (SPMSQ) Ny. I

No.	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : Jam 10	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2026	√	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : 1958	√	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : 68 Tahun	√	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Desa pasawahan	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 5 orang	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Enin, abah, anak bungsu , suami anak dan cucu 1	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	√	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Pak prabowo	√	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : 20,19,18,17,16,15,14,13,12,11, 10,9,8,7,6,5,4,3,2,1	√	
JUMLAH		10	

Skore Salah	: 0-2	: Fungsi intelektual utuh
Skore Salah	: 3-4	: Kerusakan intelektual Ringan
Skore Salah	: 5-7	: Kerusakan intelektual Sedang
Skore Salah	:8-10	: Kerusakan intelektual BERAT

Interpretasi :

Ny. I memperoleh skor salah (0) Artinya fungsi intelektual Ny.I Utuh

3. Pengkajian MMSE (*Mini Mental Status Examination*)

Tabel 3.11 Pengkajian MMSE (*Mini Mental Status Examination*) Ny. I

No.	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	√	
	2. Musim apa sekarang ?	√	
	3. Tanggal berapa sekarang ?	√	
	4. Hari apa sekarang ?	√	
	5. Bulan apa sekarang ?	√	
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	√	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	√	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	√	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	√	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	√	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. Meja	√	
	12. Kursi	√	
	13. Pintu	√	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		

14. K	√
15. A	√
16. P	√
17. A	√
18. B	√
4. Mengingat	
Minta klien untuk mengulang 3 obyek diatas	
19.	√
20.	√
21	√
5. BAHASA	
c. Penamaan	
Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:	
22.	√
23	√
d. Pengulangan	
24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “	√
Perintah tiga langkah	
25. Ambil Kertas !	√
26. Lipat Dua !	√
27. Taruh Dilantai !	√
a. Turuti hal berikut	
22. Tutup mata	√
23. Tulis satu kalimat	√
24. Salin gambar	√
Jumlah	30

Analisis hasil :

Nilai 24-30 : Normal

Nilai 18-23 : Kerusakan Kognitif Ringan

Nilai 0-17 : Penurunan Fungsi Otak /Kerusakan Kognitif Berat

Interpretasi :

Nilai yang diperoleh Ny.I yaitu 30, Artinya tidak terdapat kerusakan kognitif

5. Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kartz)

Tabel 3.12 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Katz) Ny. I

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	√	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masukdan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	

4	Berpindah	
	Mandiri :	
	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri	√
	Tergantung :	
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	
5	Kontinen	
	Mandiri :	
	BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri	√
	Tergantung :	
	Inkontinensia parsial atau total, penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	

Keterangan : Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi Tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Interpretasi :

Nilai status fungsional (Katz Indeks) Ny.I yaitu A, artinya Ny.I memiliki kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

5. Screening Faal Fungtional Reach (Fr) Test

Tabel 3.13 Screening Faal Funtional Reach (Fr) Test Ny. I

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

INTERPRETASI : Risiko roboh rendah

Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

Hasil Pemeriksaan: Klien mampu berdiri dan melakukan Gerakan condong kedepan tanpa melangkah namun tampak berhati-hati dan sedikit menahan rasa sakit, jarak tangan 1 dan 2 sekitar 7 inchi, tidak tampak kehilangan keseimbangan

Score:

≤ 10 detik	: <i>low risk of falling</i>
11 - 19 detik	: <i>low to moderate risk for falling</i>
20 – 29 detik	: <i>moderate to high risk for falling</i>
≥ 30 detik	: <i>impaired mobility and is at high risk of falling</i>

6. The Timed Up And Go (Tug) Test

Tabel 3.14 The Timed Up And Go (TUG) Test Ny. I

No	Langkah
1	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah (3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

INTERPRETASI : Hasil TUG Test menunjukkan waktu tempuh 14 detik, sehingga termasuk dalam kategori *low to moderate risk for falling* (risiko jatuh rendah hingga sedang). Hal ini menunjukkan pasien masih mampu melakukan mobilisasi secara mandiri, namun tetap memiliki risiko jatuh sehingga perlu berhati-hati saat beraktivitas.

Score:

≤ 10 detik	: <i>Low risk of falling</i>
11 - 19 detik	: <i>Low to moderate risk for falling</i>
20 – 29 detik	: <i>Moderate to high risk for falling</i>
≥ 30 detik	: <i>Impaired mobility and is at high risk of falling</i>

Hasil Pemeriksaan : Pada pemeriksaan *The Timed Up and Go (TUG) Test*, pasien mampu berdiri dari kursi, berjalan sejauh 3 meter, berbalik arah, kembali ke kursi, dan duduk kembali dengan waktu tempuh 14 detik. Berdasarkan hasil tersebut, pasien termasuk dalam kategori risiko jatuh rendah hingga sedang (*low to moderate risk for falling*).

7. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

Tabel 3.15 Geriatric Depression Scale Ny. I

No	Pertanyaan		
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Tidak	√
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan Dan Minat/Kesenangan Anda		Ya (√)
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	√	Ya
4	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?		Ya (√)
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Tidak	√
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	√	Ya

7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Tidak	√
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	√	Ya
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?	√	Ya
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?	√	Ya
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	Tidak	√
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?	√	Ya
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	Tidak	√
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	√	Ya
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	√	Ya

*) Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1 “ (Satu) :

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

Interpretasi :

Diperoleh skor 2, artinya Ny.I Tidak Terdapat Kemungkinan Depresi

8. SKOR NORTON (Untuk Menilai Potensi Dekubitus)

Nama penderita : Ny.I

Kondisi fisik umum :

- Baik	4
- Lumayan	3
- Buruk	2
- Sangat buruk	1

Kesadaran :

- Komposmentis	4
- Apatis	3
- Konfus / soporus	2
- Stupor / koma	1

Aktifitas :

- Ambulan	4
- Ambulan dengan bantuan	3
- Hanya bisa duduk	2
- Tiduran	1

Mobilitas :

- Bergerak bebas	4
- Sedikit terbatas	3
- Sangat terbatas	2
- Tak bisa bergerak	1

Inkontinesia :

- Tidak	4
- Kadang - kadang	3
- Sering Inkontinesia urin	2
- Inkoninensia alvi & urin	1

Skor Total : 20

Katagori skor	15 - 20	= Kecil sekali / tak terjadi
	12 - 15	= Kemungkinan kecil terjadi
	< 12	= Kemungkinan besar terjadi

Interpretasi :

Nilai Skor Ny.1 20 artinya kecil sekali kemungkinan terjadinya dekubitus

3.1.2 ANALISA DATA

Tabel 3.16 Analisa Data Ny. I

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
DS: 1. Klien mengatakan nyeri di area lutut dan semakin terasa saat perubahan posisi (dari duduk ke berdiri)	Rheumatoid artritis ↓ Proses inflamasi kronis pada sendi ↓ Peradangan pada membrane sinoval ↓ Nyeri dan kekakuan sendi ↓ Nyeri lutut saat bergerak (perubahan posisi) ↓ Nyeri kronis	Nyeri Kronis
DO: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 dari 10		
DS: 1. klien mengatakan kaki kiri terasa kaku terutama telapak kaki, lutut terasa nyeri saat ditekuk, klien mengatakan sholat dalam kondisi duduk	Rheumatoid artritis ↓ Inflamasi dan kekauan sendi ↓ Nyeri pada lutut dan kaku jari kaki ↓ ROM menurun ↓ Keterbatasan bergerak dan perubahan posisi	Gangguan Mobilitas Fisik
DO: 2. klien tampak meringis saat mencoba berdiri dari posisi duduk 3. Kekuatan otot ekstremitas bawah bernilai 4 (menurun)		

4. Klien nampak kesulitan saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri	↓ Gangguan mobilitas fisik	
DS: 1. Klien mengatakan tadi pagi terjatuh saat sedang dipasar	Usia Lanjut ↓ Nyeri lutut <i>rheumatoid athritis</i> ↓	Risiko Jatuh
DO : 1. Usia Klien 68 Tahun 2. Riwayat jatuh 3. Nampak nyeri saat duduk ke berdiri jadi Nampak keseimbangan terganggu saat mencoba merubah posisi 4. Hasil TUG Test menunjukkan pasien termasuk dalam kategori low to moderate risk for falling (risiko jatuh rendah hingga sedang).	↓ Kekakuan otot dan keseimbangan menurun ↓ Perubahan posisi menimbulkan nyeri ↓ Mobilisasi lambat dan hati – hati ↓ Risiko Jatuh	

3.1.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri; tampak meringis; merasa tertekan
2. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan nyeri saat bergerak; cemas saat bergerak; sendi kaku; kekuatan otot menurun; gerakan terbatas
3. risiko jatuh ditandai dengan usia di atas 65 tahun; riwayat jatuh

3.1.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.17 Intervensi Keperawatan Ny I

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri tampak meringis merasa tertekan	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x2 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. keluhan nyeri menurun (Skala menjadi 2) 2. meringis menurun (Klien nampak rileks/ nyaman)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Tarik napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri (menjelaskan mengenai penyakit <i>Rheumatoid Arthritis</i>) 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan Tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri

2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Dengan Gangguan Muskuloskeletal Ditandai Dengan Nyeri Saat Bergerak Cemas Saat Bergerak Kaku ROM Menurun Gerakan Terbatas	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x2 jam diharapkan mobilitas fisik menurun dengan kriteria hasil 1. Kekuatan otot meningkat (kekuatan otot 5) 2. Nyeri menurun (Skala menjadi 2) 3. gerakan terbatas menurun (Keluhan nyeri dan kaku berkurang)	Teknik latihan penguatan sendi (I.05185) Observasi 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas Terapeutik 1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif 4. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi 5. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama Edukasi 1. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama 2. Anjurkan melakukan latihan tentang gerak aktif dan pasif secara sistematis
---	---	---

3. Risiko Jatuh (0143) ditandai dengan usia di atas 65 tahun dan riwayat jatuh	Tingkat Jatuh (L.04138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x2 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil 1. jatuh saat berdiri menurun 2. jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat menaiki tangga menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
---	---	--

3.1.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.18 Implementasi Keperawatan Ny. I

No.	Hari/tgl	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf
I	Jumat, 08 Mei 2026 09.30	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Memberikan teknik Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Observasi 1. klien mengatakan nyeri di area lutut nyeri seperti berdenyut nyeri menjalar sampai ke telapak kaki jadi bertambah terutama pada pagi hari saat bangun tidur 2. klien mengatakan nyeri 6/10 3. klien nampak meringis saat berubah posisi dari duduk ke berdiri 4. klien mengatakan nyeri bertambah Saat dingin dan membaik jika dibalur oleh hot cream 5. klien menyatakan sulit jika posisi jongkok jadi salat posisinya duduk bahkan mandi juga duduk memakai bangku kecil Terapeutik 6. Klien nampak rileks 7. melakukan ROM aktif	S: Klien mengatakan nyeri masih terasa berdenyut O: - klien nampak meringis saat berubah posisi - skala nyeri 6/10 - klien mengatakan mau mengikuti arahan yang diberikan A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan	Indah Agustin

		Edukasi	Edukasi		
		7. Menjelaskan mengenai penyakit <i>Rheumatoid Arthritis</i>	8. klien mengetahui penyebab dan pemicu nyeri		
		8. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri	9. ROM di ketahui mengurangi nyeri jangka panjang		
		9. Mengajukan menggunakan analgetik secara tepat	10. klien menyatakan tiap malam mengkonsumsi obat nyeri dari Apotek		
		10. Mengajarkan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	11. Klien mengikuti arahan		
II	Sabtu, 09 Mei 2026 09.30	Observasi	Observasi	S: klien mengatakan saat menekuk lutut harus perlahan karena cukup kaku dan nyeri O: - Klien Nampak berhati – hati saat ROM - Kaki kiri telapaknya cukup kaku	Indah Agustin
		1. mengidentifikasi keterbatasan fungsi dari gerak sendi	1. Klien mengatakan tidak bias benar benar menekuk lutut dan telapak kaki terasa kaku(kaki kiri), Kekuatan otot 4		
		2. monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau sakit selama pergerakan	2. Klien Nampak meringis saat mencoba menekuk lutut secara perlahan		

-
3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk Gerakan sendi aktif
 4. Memfasilitasi jadwal latihan rentang gerak aktif
 5. Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas – batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi
 6. Memberikan penguatan positif untuk melakukan latihan Bersama

Edukasi

7. Menjelaskan tujuan melakukan latihan

Terapeutik

3. Klien mengatakan tetap nyaman karena tidak benar – benar menekuk lutut
4. Klien Nampak nyaman
5. Klien setuju melakukan latihan gerak setiap hari selama 6 hari kedepan
6. Klien melakukan setiap Gerakan ROM secara perlahan dan sesuai dengan tingkat nyamannya
7. Klien Nampak bersemangat
8. Klien mengatakan akan mencoba mempraktikkannya

- Klien mengikuti terapi latihan ROM dengan baik
- Kekuatan otot ekstremitas bawah 4

A: masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

- Mengidentifikasi Keterbatasan fungsi dari gerak sendi
 - Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai pergerakan
 - Memberikan posisi tubuh optimal untuk Gerakan sendi aktif
 - Memfasilitasi gerak sendi dalam batas rasa sakit
 - Memberikan penguatan positif untuk latihan bersama
-

III	Jumat, 09 Mei 2026 09.30	Observasi Mengidentifikasi factor risiko 1. Mengidentifikasi factor lingkungan Terapeutik 2. Menganjutkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan 3. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki agar seimbang	Observasi 1. Klien berusia 68 tahun dan memiliki riwayat jatuh 2. Rumah klien ada tangga 3. Klien mengatakan akan mencoba lebih hati – hati 4. Klien mengatakan akan mencoba menerapkannya dan akan menghindari menggunakan alas kaki yang licin	S: Klien mengatakan akan berhati – hati O: klien Nampak menyimak saat diberi penjelasan A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi - Mengevaluasi informasi yang disampaikan sebelumnya	Indah Agustin
-----	---------------------------------------	---	---	--	------------------

3.1.6 CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 3.19 Catatan Perkembangan Ny. I

No. DX	Tgl/Jam	SOAPIE	Paraf
I	Sabtu, 09 Mei 2026 09.30	S: Klien mengatakan nyeri masih terasa berdenyut tapi klien mengatakan tarik nafas dalam membuat klien merasa lebih nyaman saat perubahan posisi O: - skala nyeri 5/10 - klien nampak meringis saat berubah posisi - klien mampu mempragakan ulang cara tarik nafas dalam A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I : - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan E : - Nyeri berkurang dari 6 menjadi 5 - Klien masih berhati hati saat melakukan pergerakan - Klien mampu mempragakan ulang cara tarik nafas dalam	Indah Agustin
III	Sabtu, 09 Mei 2026	S : klien mengatakan sudah menerapkan yang dianjurkan O : Klien mampu menjelaskan kembali informasi yang dianjurkan sebelumnya A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	Indah Agustin

	09.30	I : - Mengevaluasi informasi yang disampaikan sebelumnya E : - klien sudah mengetahui hal hal yang dianjurkan - Klien nampak lebih berhati hati dalam beraktivitas	
I	Senin, 11 mei 2026 10.00	S : Klien mengatakan nyeri berkurang dibanding sebelumnya. O: - skala nyeri 4/10 - klien nampak berhati hati saat melakukan pergerakan - Klien mampu meperagakan Teknik tarik nafas dalam A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I : - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan E : - Skala nyeri turun dari 5 menjadi 4 - Klien masih berhati hati saat melakukan pergerakan - Klien mampu mempragakan ulang cara tarik nafas dalam	Indah Agustin
II	Senin, 11 mei 2026 10.00	S : klien mengatakan kaki kiri masih cukup kaku dan masih terasa nyeri saat coba ditekuk O: - Kekuatan otot 4 - klien nampak berhati-hati saat ROM - kaki kiri telapaknya cukup kaku - klien mengatakan bersemangat untuk mengikuti gerakan ROM dan mengatakan akan mencoba mempraktekkannya secara mandiri	Indah Agustin

		A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - Mengidentifikasi Keterbatasan fungsi dari gerak sendi - melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai pergerakan - memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif - memfasilitasi gerak sendi dalam batas-batas rasa sakit - memberikan penguatan positif untuk latihan bersama E : - Kekuatan otot masih bernilai 4 - Klien masih berhati-hati dalam pergerakan karena masih terasa nyeri - Kaki kiri masih terasa kaku saat ROM Klien bersemangat untuk ROM		
III	Senin, 11 mei 2026 10.00	S : klien mengatakan sudah menerapkan yang dianjurkan O : Klien mampu menjelaskan kembali informasi yang dianjurkan sebelumnya A : masalah teratasi P: intervensi dihentikan I : - E : - klien sudah mengetahui hal-hal yang dianjurkan - Klien nampak lebih berhati-hati	Indah Agustin	

I	Selasa, 12 mei 2026 10.10	S : Klien mengatakan nyeri berkurang dibanding sebelumnya. O: - skala nyeri 3/10 - klien nampak rileks saat melakukan pergerakan (menekuk lutut) - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I : - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan E : - Skala nyeri turun dari 4 menjadi 3 - Klien nyaman saat melakukan pergerakan - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam	Indah Agustin
---	--	--	-----------------------------

II	Selasa, 12 mei 2026 10.10	S : klien mengatakan kaki kiri sudah cukup lentur dibanding sebelumnya O: - Kekuatan otot 4 - klien nampak lebih rileks - kaki kiri nampak lebih lentur - klien mengatakan bersemangat untuk mengikuti gerakan ROM dan mengatakan akan mencoba mempraktekkannya secara mandiri A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai pergerakan - memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif - memfasilitasi gerak sendi dalam batas-batas rasa sakit - memberikan penguatan positif untuk latihan bersama E : - Kekuatan otot 4 - Klien mulai nyaman saat melakukan pergerakan - Kaki kiri nampak mulai lentur	Indah Agustin
----	--	--	--------------------------

I	Rabu, 13 mei 2026 10.00	S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan masih sama seperti hari sebelumnya tetapi pergerakan sendi lutut terasa lebih nyaman. O: - skala nyeri 3/10 - klien nampak rileks saat melakukan pergerakan (menekuk lutut) - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I: - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan E : - Skala nyeri masih 3 namun klien mengatakan pergerakan lebih nyaman dibanding sebelumnya - Klien nampak nyaman saat melakukan pergerakan - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam	Indah Agustin
---	--------------------------------------	--	------------------

II	Rabu, 13 mei 2026 10.00	S : Klien mengatakan lutut terasa lebih lentur dan mulai mencoba melaksanakan salat dengan posisi berdiri, yang sebelumnya dilakukan dengan posisi duduk. O: - Kekuatan otot 5 - klien nampak lebih rileks - kaki kiri nampak lebih lentur - klien mengatakan bersemangat untuk mengikuti gerakan ROM dan mengatakan akan mencoba mempraktekannya secara mandiri secara rutin A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai pergerakan - memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif - memfasilitasi gerak sendi dalam batas-batas rasa sakit - memberikan penguatan positif untuk latihan bersama E : - Kekuatan meningkat dari 4 menjadi 5 - Klien mengatakan nyaman saat melakukan pergerakan - Klien mulai mencoba untuk melaksanakan salat dengan berdiri	Indah Agustin
----	--------------------------------------	--	------------------

I	Kamis, 14 mei 2026 10.15	S : Klien mengatakan nyeri pada lutut berkurang dibandingkan hari sebelumnya. O: - skala nyeri 2/10 - klien nampak rileks saat melakukan pergerakan (menekuk lutut) - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I : - mengidentifikasi skala nyeri - mengidentifikasi respon nyeri nonverbal - mengevaluasi teknik non farmakologis yang telah diajarkan E : - Skala nyeri turun dari 3 menjadi 2 - Klien nampak semakin nyaman saat melakukan pergerakan - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam	Indah Agustin
---	---------------------------------------	--	------------------

II	Kamis, 14 mei 2026 10.15	S : Klien mengatakan bahwa salat masih dilaksanakan dengan posisi berdiri dan pergerakan terasa lebih nyaman dibanding sebelumnya O: - Kekuatan otot 5 - klien nampak lebih rileks - kaki kiri nampak lebih lentur - klien mengatakan bersemangat untuk mengikuti gerakan ROM dan mengatakan akan mencoba mempraktekannya secara mandiri A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai pergerakan - memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif - memfasilitasi gerak sendi dalam batas-batas rasa sakit - memberikan penguatan positif untuk latihan bersama E : - Kekuatan otot bernilai 5 - klien masih menjalankan salat dengan posisi berdiri Klien semakin nyaman saat melakukan pergerakan	Indah Agustin
----	---------------------------------------	---	------------------

3.1.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.20 Evaluasi Keperawatan Ny.I

DX	Hari/ Tanggal	Evaluasi	Paraf
I	Jumat, 15 mei 2026 10.10	S : Klien mengatakan nyeri pada lutut masih dirasakan hampir sama seperti hari sebelumnya, namun pergerakan lebih nyaman dari sebelumnya . O: - klien nampak rileks saat melakukan pergerakan (menekuk lutut) - skala nyeri 2/10 - klien mampu mempragakan tarik nafas dalam A : masalah teratasi P: intervensi dihentikan	Indah Agustin
II	Jumat, 15 mei 2026 10.10	S : Klien mengatakan salat dengan posisi berdiri terasa semakin nyaman dan lutut tidak terlalu kaku saat bergerak maupun saat perubahan posisi. O: - Kekuatan otot bernilai 5 - klien nampak lebih rileks - kaki kiri nampak lebih lentur - klien mengatakan bersemangat untuk mengikuti gerakan ROM dan mengatakan akan mencoba mempraktekkannya secara mandiri A : masalah P : intervensi dihentikan	Indah Agustin
III	Jumat, 15 mei 2026 10.10	S : klien mengatakan sudah menerapkan yang dianjurkan O : Klien mampu menjelaskan kembali informasi yang dianjurkan sebelumnya A : masalah teratasi P: intervensi dihentikan	Indah Agustin

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada Ny.I dilakukan pada tanggal 07 mei 2026 di desa pasawahan wilayah kerja puskesmas tarogong Garut. Klien berusia 68 tahun, saat dikaji klien mengeluh nyeri. Klien mengeluh nyeri lutut, nyeri bertambah saat beraktivitas (saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri) dan berkurang saat istirahat, nyeri terasa seperti berdenyut, skala nyeri 6 (0-10), nyeri muncul saat pagi (subuh) atau cuaca dingin. Hasil pemeriksaan diperoleh keadaan umum baik, tingkat kesadaran composmentis (E4V5M6), dan tanda-tanda vitalnya tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/mnt, respirasi 20x/mnt, dan suhu 36.5°C, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 4, klien mampu berjalan dengan baik meskipun sedikit lambat. Hasil pemeriksaan khusus lansia diperoleh skor *screening faal functional reach test* 7 inchi (tidak berisiko roboh) dan *time up and go test* 14 detik (risiko untuk jatuh rendah).

Menurut Wuan et al. (2023), *Rheumatoid Arthritis* (RA) merupakan penyakit autoimun yang menyebabkan peradangan pada sendi sehingga menimbulkan nyeri, pembengkakan, dan gangguan fungsi sendi. Pada lansia, proses penuaan menyebabkan penurunan fungsi sistem muskuloskeletal sehingga keluhan akibat RA lebih mudah terjadi dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Sedangkan Abdullah et al. (2025) menyatakan bahwa proses inflamasi pada *Rheumatoid Arthritis* menyebabkan kekakuan sendi, terutama pada pagi hari, disertai nyeri dan keterbatasan gerak. Kondisi tersebut dapat menurunkan kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas fisik serta meningkatkan

ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Selain itu, Andari et al. (2021) menjelaskan bahwa nyeri pada *Rheumatoid Arthritis* bersifat kronis karena berlangsung dalam waktu lama akibat peradangan yang terus-menerus pada sendi. Nyeri kronis yang tidak teratasi dapat menyebabkan penurunan rentang gerak (ROM), gangguan mobilitas fisik, serta penurunan kualitas hidup pada lansia.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (DPP PPNI SDKI, 2018). Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian (Polopadang & Hidayah, 2019).

Penentuan masalah prioritas klien ditentukan agar masalah yang dapat diselesaikan dahulu dapat segera diatasi. Adapun indikator diagnostik dalam penentuan diagnosis aktual terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Penyebab merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan diantaranya mencakup fisiologi, biologis, atau psikologis. Sedangkan tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari anamnesis. Data objektif dan subjektif yang diperoleh sesuai dengan kriteria diagnosis berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Data mayor yang ditemukan pada klien meliputi keluhan Pengkajian pada Ny.I dilakukan pada tanggal 07 mei 2025 di desa pasawahan wilayah kerja puskesmas tarogong Garut. Klien berusia 68 tahun, saat dikaji klien mengeluh nyeri. Klien mengeluh nyeri lutut, nyeri bertambah saat beraktivitas (saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri) dan berkurang saat istirahat, nyeri terasa seperti berdenyut, skala nyeri 6 (0-10), nyeri muncul saat pagi (subuh) atau cuaca dingin.

Sejalan dengan penelitian Andari et al. (2021) yang menyatakan bahwa *Rheumatoid Arthritis* merupakan penyakit inflamasi kronis yang dapat menyebabkan nyeri berkepanjangan akibat peradangan yang terjadi secara terus-menerus pada sendi. Nyeri yang dialami penderita RA umumnya berlangsung dalam waktu lama, dapat muncul secara hilang timbul, dan sering kali meningkat saat sendi digunakan untuk beraktivitas. Data tersebut sesuai dengan definisi diagnosis keperawatan nyeri kronis, yaitu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berlangsung lebih dari tiga bulan atau berhubungan dengan kondisi penyakit kronis.

Dengan demikian, diagnosis utama pada Ny.I adalah nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis dan nampak tertekan. diprioritaskan dalam penatalaksanaan keperawatan untuk mengurangi ketidaknyamanan, meningkatkan kemampuan beraktivitas serta mendukung peningkatan kualitas hidup klien.

2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal

Diagnosis keperawatan kedua adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, ROM menurun. Berdasarkan hasil pengkajian, keluhan nyeri saat bergerak (terutama saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri), cemas saat bergerak, sendi jari kaki terasa kaku, ROM menurun serta gerakan terbatas.

Data yang diperoleh sesuai dengan indikator diagnostik gangguan mobilitas fisik, meliputi data mayor mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan ROM menurun. Adapun data minor pada klien yaitu nyeri saat bergerak, Sendi kaku dan gerakan terbatas.

Sejalan dengan penelitian Astutik dan Ibnu (2024), *Rheumatoid Arthritis* merupakan penyakit inflamasi kronis yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik akibat terjadinya kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot, dan keterbatasan rentang gerak (ROM). Proses inflamasi yang berlangsung secara terus-menerus dapat mengakibatkan penurunan fungsi sendi sehingga kemampuan individu dalam melakukan pergerakan dan aktivitas sehari-hari menjadi terganggu. Selain itu, Abdullah et al. (2025) menyatakan bahwa nyeri dan kekakuan sendi pada penderita *Rheumatoid Arthritis* dapat menyebabkan keterbatasan aktivitas fisik dan penurunan kemampuan fungsional. Kondisi tersebut dapat menghambat mobilitas individu dan meningkatkan ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

3. Risiko Jatuh d.d Usia ≥ 65 tahun (D.0143)

Diagnosis keperawatan keempat adalah risiko jatuh dibuktikan dengan usia ≥ 65 tahun. Saat dilakukan pengkajian khusus lansia diperoleh skor screening faal functional reach test 7 inchi (tidak berisiko roboh) dan time up and go test 14 detik (risiko untuk jatuh rendah). Selaras dengan penelitian oleh Nugraha S (2019) yang menyatakan bahwa risiko jatuh pada usia lanjut cenderung meningkat sebagai dampak dari menurunnya fungsi keseimbangan tubuh. Lansia yang menderita penyakit degeneratif lebih dari satu berisiko mengalami jatuh 2 kali dibandingkan lansia yang tidak mengalami penyakit tersebut. Oleh karena itu, usaha pencegahan terjadinya jatuh pada lansia merupakan langkah yang perlu dilakukan karena bila sudah terjadi jatuh, dipastikan akan menyebabkan komplikasi yang memberatkan kondisi lansia ataupun kejadian berulang.

Penelitian yang dilakukan Ramadhani (2023) juga menyatakan bahwa risiko jatuh meningkat secara signifikan seiring menurunnya kekuatan otot, terutama pada otot-otot ekstremitas bawah. Kelemahan otot dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan tubuh dan berkurangnya koordinasi gerak saat berjalan maupun berpindah posisi. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik dapat memperburuk keadaan karena otot yang jarang digunakan akan mengalami atrofi yang berpengaruh negatif terhadap stabilitas dan kontrol postural. Dengan demikian penurunan kekuatan otot karena faktor usia ataupun pola aktivitas sebelumnya menjadi faktor utama yang dapat meningkatkan risiko jatuh pada kelompok usia lanjut

Berdasarkan teori terdapat 7 diagnosis keperawatan yang muncul, namun dari hasil pengkajian penulis menetapkan 3 diagnosis yang dari diagnosis prioritas hingga risiko. Adapun diagnosis yang tidak ditemukan pada kasus ini yaitu:

1. Gangguan Citra Tubuh

Penetapan diagnosis gangguan citra tubuh memerlukan data mayor berupa perubahan persepsi terhadap bentuk atau fungsi tubuh, merasa malu terhadap kondisi fisik, serta mengungkapkan perasaan negatif terhadap tubuhnya. Data minor dapat berupa penolakan melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan, menarik diri dari lingkungan sosial, atau menunjukkan perilaku yang berlebihan terhadap perubahan fisik yang dialami. Pada klien *Rheumatoid Arthritis*, diagnosis ini dapat muncul apabila telah terjadi deformitas sendi yang mengganggu penampilan fisik. Namun, pada kasus ini klien tidak menunjukkan adanya keluhan terkait perubahan citra tubuh maupun perasaan negatif terhadap kondisi fisiknya sehingga diagnosis tersebut tidak ditegakkan.

2. Defisit Perawatan Diri

Penetapan diagnosis defisit perawatan diri memerlukan data berupa ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, berhias, atau toileting secara mandiri. Diagnosis ini biasanya ditandai dengan ketergantungan kepada orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Meskipun klien mengalami nyeri dan keterbatasan gerak akibat *Rheumatoid Arthritis*, selama pengkajian klien masih mampu melakukan perawatan diri secara mandiri sehingga diagnosis defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan.

3. Ansietas

Penetapan diagnosis ansietas memerlukan data berupa perasaan khawatir, takut, gelisah, sulit berkonsentrasi, atau menunjukkan tanda-tanda ketegangan. Pada kasus ini, selama proses pengkajian klien tampak kooperatif, mampu berkomunikasi dengan baik, serta tidak mengungkapkan adanya kekhawatiran atau kecemasan yang berlebihan terkait kondisi penyakitnya. Oleh karena itu, diagnosis ansietas tidak dapat ditegakkan.

4. Defisit Pengetahuan

Penetapan diagnosis defisit pengetahuan memerlukan data berupa kurangnya informasi atau pemahaman klien mengenai kondisi penyakit, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan, maupun perawatan yang harus dilakukan. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan antara lain mengajukan pertanyaan tentang penyakit yang dialami, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran kesehatan, atau menyampaikan informasi yang keliru mengenai kondisi kesehatannya. Pada kasus ini, klien mampu menjelaskan penyakit yang dideritanya, mengetahui keluhan yang dirasakan, serta memahami tindakan perawatan dan pengobatan yang dijalani. Selama proses pengkajian juga tidak ditemukan adanya kesalahan persepsi maupun kurangnya pemahaman terkait kondisi kesehatannya. Oleh karena itu, diagnosis defisit pengetahuan tidak dapat ditegakkan.

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan dimana perawat menyusun tujuan dan hasil yang diharapkan serta menentukan intervensi yang sesuai untuk mencapainya (Tammy J et al. 2023). Menurut Polopadang & Hidayah (2019) suatu perencanaan keperawatan pada klien sesuai dengan diagnosis keperawatan untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan klien dengan cara merumuskan tujuan, rencana tindakan dan kriteria hasil atau kemajuan pada klien

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Data mayor yang ditemukan pada klien meliputi mengeluh nyeri lutut, nyeri bertambah saat beraktivitas (saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri) dan berkurang saat istirahat, nyeri terasa seperti berdenyut, skala nyeri 6 (0-10), nyeri muncul saat pagi (subuh) atau cuaca dingin. Klien nampak meringis dan nampak tertekan saat pergerakan. Intervensi keperawatan utama yang diberikan adalah manajemen nyeri.

Manajemen nyeri yang direncanakan meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, berikan terapi relaksasi teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: terapi relaksasi napas dalam, jelaskan penyebab dan pemicu nyeri, dan ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Diagnosis keperawatan kedua adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dibuktikan dengan kekuatan

otot menurun, ROM menurun. Berdasarkan hasil pengkajian, keluhan nyeri saat bergerak (terutama saat perubahan posisi dari duduk ke berdiri), cemas saat bergerak, sendi jari kaki terasa kaku, ROM menurun serta gerakan terbatas. Rencana tindakan untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah latihan teknik penguatan sendi melalui latihan *Range of motion* (ROM).

Intervensi latihan teknik penguatan sendi meliputi Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas, Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama, Anjurkan melakukan latihan tentang gerak aktif secara sistematis.

Selaras dengan penelitian Astutik dan Ibnu (2024) yang menyatakan bahwa latihan ROM dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan, meningkatkan fleksibilitas, serta memperbaiki kemampuan mobilitas pada penderita *Rheumatoid Arthritis*.

3. Risiko Jatuh d.d Usia ≥ 65 tahun (D.0143)

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan risiko jatuh ditandai dengan usia klien ≥ 65 tahun adalah dengan pencegahan jatuh. Intervensi pencegahan

jatuh meliputi identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, hitung risiko jatuh dengan *Screening Faal FR* dan TUG, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, dan anjurkan berjalan dengan pelan dan tidak terburu-buru. Didukung penelitian Nugraha S (2019) menyatakan bahwa pencegahan jatuh pada lansia merupakan langkah penting untuk mencegah terjadinya jatuh karena ketika lansia mengalami jatuh, hal ini dapat menimbulkan komplikasi yang memperburuk kondisi dan meningkatkan risiko terjadinya jatuh berulang.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Proses implementasi keperawatan yakni melakukan pengkajian kembali terhadap kondisi klien, menentukan kebutuhan perawat terhadap tindakan yang akan dilakukan, mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah dibuat, melakukan supervisi terhadap asuhan keperawatan yang didelegasikan serta melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan Kozier (2011) dalam Polopadang & Hidayah (2019).

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Intervensi yang diambil pada masalah keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri. Tindakan yang dilakukan meliputi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis: terapi relaksasi napas dalam, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, dan mengajarkan teknik relaksasi.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Intervensi latihan teknik penguatan sendi meliputi mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/ aktivitas, Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, Memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, Memberikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama, Menganjurkan melakukan latihan tentang gerak aktif secara sistematis.

Didukung penelitian Astutik dan Ibnu (2024) yang menyatakan bahwa latihan ROM dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan, meningkatkan fleksibilitas, serta memperbaiki kemampuan mobilitas pada penderita *Rheumatoid Arthritis*.

3. Risiko Jatuh d.d Usia ≥ 65 tahun

Intervensi pada masalah keperawatan risiko jatuh yakni pencegahan jatuh sebagai langkah awal untuk menurunkan tingkat risiko. Tindakan yang dilakukan meliputi: mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan *Screening Faal FR* dan TUG, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri,

dan menganjurkan berjalan dengan pelan dan tidak terburu-buru. Klien tidak kesulitan melakukan anjuran yang diberikan perawat terlebih lagi lingkungan yang sudah disesuaikan dengan kondisi lansia.

Pada tahap implementasi, penulis mengidentifikasi adanya faktor pendukung maupun faktor penghambat. Faktor pendukung pada Ny.I adalah sikap kooperatif yang ditunjukkannya selama sesi pertemuan serta motivasinya untuk menjalani pola hidup sehat. Sementara itu, faktor penghambat muncul karena Gerakan cukup banyak sehingga Ny. I pada beberapa hari awal kerap lupa terhadap gerakan terapi *Range of motion* (ROM), sehingga perawat perlu memberikan pendampingan hingga ia mampu mengingat kembali.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan perawat menilai dengan membandingkan perubahan keadaan klien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi kegiatan dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Tujuan intervensi ditetapkan agar tingkat nyeri menurun pada pertemuan ke-6 setelah pemberian asuhan keperawatan, ditandai dengan penurunan skala nyeri dari 6 (0–10), berkurangnya ekspresi meringis, berkurangnya ketegangan otot, serta stabilitas tanda vital (nadi 60–100x/menit dan tekanan

darah <140/90 mmHg). Pada pertemuan pertama tanggal 09 mei 2026, nyeri Ny.I menurun pada skala 5 (0–10) .Pada pertemuan kedua tanggal 11 mei 2026, skala nyeri menurun menjadi 4 (0–10). dengan catatan klien mengonsumsi obat nyeri pada malam sebelumnya. Selanjutnya, pada pertemuan ke-3 dan ke-4 (12-13 mei 2026), nyeri kembali menurun menjadi skala 3 (0–10). Pada pertemuan ke-5 dan ke-6 tanggal 14 dan 15 mei 2026, klien tampak tenang dengan skala nyeri menurun menjadi 2 (0–10). Dengan demikian, nyeri kronis dapat teratasi melalui *Range of motion* yang memberikan efek mengurangi kekakuan sendi sehingga skala nyeri klien menurun. Selaras dengan penelitian wulandari et al. (2025) yang menyatakan bahwa pemberian *Range of motion* (ROM) selama 15 menit sebanyak 2 kali dalam waktu 6 hari efektif untuk menurunkan nyeri pada lansia dengan rheumatoid arthritis . Dengan demikian, meskipun pada hari ke-5 skala nyeri menurun hingga angka 2 (0-10), intervensi tetap diberikan sampai hari ke-6 sesuai dengan rujukan penelitian yang menjadi acuan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Pada masalah mobilitas fisik, diharapkan ROM meningkat, nyeri menurun dan gerakan terbatas menurun. Tujuan ini ditetapkan selesai dengan 6 kali pertemuan tindakan keperawatan. Pada tanggal 09 mei 2026, klien mengeluh nyeri saat mencoba menekuk lutut sehingga klien menjalani solat dan mandi dalam posisi duduk, klien nampak berhati-hati saat melakukan ROM, kaki kiri nampak kaku. Pada 11 mei 2026, klien mengatakan kaki kiri masih kaku dan nyeri saat melakukan ROM. Pada pertemuan ketiga tanggal 12 mei 2026,

Klien mengatakan kaki kiri sudah cukup lentur dibanding sebelumnya, klien nampak lebih rileks. Pada pertemuan keempat tanggal 13 Mei 2026. Klien mengatakan lutut terasa lebih lentur dan klien juga sudah mencoba melaksanakan solat dengan posisi berdiri. Pada pertemuan kelima tanggal 14 Mei 2026. Klien menjalani solat dengan posisi berdiri dan klien mengatakan pergerakan terasa lebih nyaman dibanding sebelumnya. Pada pertemuan keenam tanggal 15 Mei 2026. Klien menjalani solat dengan posisi berdiri dan klien mengatakan pergerakan terasa lebih nyaman dibanding sebelumnya. Sejalan dengan penelitian Astutik dan Ibnu (2024) yang menyatakan bahwa latihan ROM dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan, meningkatkan fleksibilitas, serta memperbaiki kemampuan mobilitas fisik.

3. Risiko Jatuh d.d Usia ≥ 65 tahun (D.0143)

Tujuan intervensi ditetapkan agar risiko jatuh teratasi setelah 6 kali pertemuan melalui program pencegahan jatuh. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi klien tidak jatuh dari tempat tidur, saat berdiri, saat duduk menurun, dan saat berjalan. Namun pada pelaksanaannya, masalah ini sudah teratasi hanya dalam 2 kali pertemuan. Pada 09 Mei 2026, klien menyatakan akan menerapkan hal-hal yang dianjurkan, terdapat riwayat jatuh, dengan hasil pemeriksaan SFFR sebesar 7 inchi (tidak berisiko roboh) dan skor TUG 14 detik (risiko jatuh ringan). Pada pertemuan kedua 11 Mei 2026, klien menyampaikan akan menerapkan anjuran perawat, tampak berhati-hati saat berjalan, serta tidak mengalami kejadian jatuh baik selama sesi latihan

maupun saat melakukan aktivitas lainnya. Kondisi ini juga didukung oleh lingkungan yang sudah dimodifikasi, seperti lantai tidak licin, tersedianya pegangan, dan pencahayaan memadai sehingga mempermudah lansia saat beraktivitas. Nindrahayu et al. (2023) menyatakan pencegahan jatuh dipadukan dengan latihan fisik turut berkontribusi dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas bawah dan keseimbangan tubuh, sehingga secara signifikan menurunkan risiko jatuh.

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya. Oleh karena itu, beberapa masalah keperawatan teratasi sebelum target waktu yang ditentukan karena respon klien yang baik dan tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Hal yang mendukung tahap evaluasi keperawatan segera tercapai yaitu Ny.I kooperatif selama tindakan, konsisten melakukan terapi *Range of motion*, dan menunjukkan kemauan untuk mengubah gaya hidup yang bersih dan sehat.

3.2.6 Analisis *Evidence Based Practice (EBP)* *Range of motion* terhadap penurunan skala nyeri

Terapi *Range of motion* (ROM) merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diberikan pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* untuk membantu mempertahankan fungsi sendi, meningkatkan rentang gerak, mengurangi kekakuan sendi, serta meningkatkan kemampuan mobilitas fisik. Pada asuhan keperawatan ini, latihan ROM diberikan selama 6 hari berturut-turut sesuai dengan kondisi dan toleransi klien. Selama pelaksanaan intervensi, klien

mampu mengikuti latihan yang diberikan dan menunjukkan perbaikan pada pergerakan sendi yang ditandai dengan berkurangnya kekakuan serta meningkatnya kenyamanan saat melakukan perubahan posisi dan aktivitas sehari-hari. Perbaikan tersebut berdampak pada penurunan intensitas nyeri yang diukur menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS), yaitu dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) sebelum dilakukan latihan ROM menjadi skala nyeri 2 (nyeri ringan) setelah pemberian intervensi. Berdasarkan hasil tersebut, latihan *Range of motion* (ROM) terbukti mampu membantu menurunkan nyeri pada klien dengan *Rheumatoid Arthritis*.

Sejalan dengan hal tersebut, Rohmaniyah et al. (2022) menunjukkan bahwa latihan ROM aktif memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis*. Latihan gerakan sendi yang dilakukan secara teratur tidak hanya menurunkan intensitas nyeri, tetapi juga meningkatkan kemampuan fungsional sendi. Hal ini menunjukkan bahwa ROM tidak hanya berfokus pada aspek pergerakan, tetapi juga memberikan dampak terhadap penurunan keluhan nyeri yang dirasakan pasien.

Hasil serupa juga ditemukan oleh Sembiring et al. (2025), yang menyatakan bahwa pemberian ROM secara rutin pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* mampu meningkatkan kemampuan mobilitas serta menurunkan skala nyeri secara bertahap. Latihan yang dilakukan secara konsisten membantu pasien beradaptasi terhadap keterbatasan gerak, sehingga aktivitas sehari-hari dapat dilakukan dengan lebih optimal. Temuan ini memperkuat bahwa ROM merupakan terapi sederhana yang efektif dalam proses rehabilitasi pada gangguan muskuloskeletal.

Selanjutnya, Nurbaya et al. (2020) menjelaskan bahwa ROM bekerja melalui mekanisme latihan gerakan sendi yang dilakukan secara berulang dan terstruktur. Mekanisme ini dapat mencegah kekakuan sendi, meningkatkan sirkulasi darah, serta mempertahankan fleksibilitas jaringan otot dan ligamen di sekitar sendi. Dengan demikian, ROM berperan dalam mempertahankan fungsi sendi agar tidak mengalami penurunan lebih lanjut akibat proses inflamasi kronis pada *Rheumatoid Arthritis*.

Selain itu, Balchin et al. (2022) menambahkan bahwa latihan fisik pada penderita *Rheumatoid Arthritis* tidak memperburuk kondisi inflamasi, melainkan dapat meningkatkan kemampuan fungsional dan kualitas hidup pasien. Latihan yang dilakukan secara teratur memberikan dampak positif terhadap peningkatan kekuatan otot, kemampuan gerak, serta pengurangan keterbatasan aktivitas akibat nyeri dan kekakuan sendi.

Berdasarkan berbagai temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa latihan *Range of motion* (ROM) merupakan intervensi nonfarmakologis yang efektif pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*. ROM terbukti memberikan manfaat dalam menurunkan nyeri, meningkatkan rentang gerak sendi, serta memperbaiki kemampuan mobilitas fisik secara bertahap apabila dilakukan secara teratur dan sesuai dengan kemampuan pasien.

BAB IV

KESIMPULAN DAN PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Ny. I didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada lutut terutama bagian kiri yang terasa seperti berdenyut, nyeri bertambah saat beraktivitas terutama ketika perubahan posisi dari duduk ke berdiri, dan berkurang saat istirahat. Nyeri muncul terutama pada pagi hari atau saat cuaca dingin dengan skala nyeri 6 (0–10). Selain itu, klien mengeluhkan kaki kiri terasa kaku, terutama pada telapak kaki, sehingga mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas seperti salat dan mandi. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 4, serta hasil *Timed Up and Go Test* 14 detik yang menunjukkan risiko jatuh rendah.
2. Berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh dari Ny. I terdapat 3 diagnosis keperawatan yang ditetapkan mulai dari diagnosis aktual hingga risiko, yaitu nyeri kronis, gangguan mobilitas fisik, dan risiko jatuh.
3. Pada tahap perencanaan, intervensi difokuskan pada masalah yang dialami Ny. I, yaitu manajemen nyeri melalui teknik nonfarmakologis berupa relaksasi napas dalam untuk membantu mengurangi nyeri, latihan teknik penguatan sendi melalui *Range of motion* (ROM) aktif untuk meningkatkan rentang gerak sendi dan mobilitas fisik, serta pencegahan jatuh melalui

identifikasi faktor risiko, edukasi keselamatan, dan modifikasi perilaku agar risiko jatuh dapat diminimalkan.

4. Pada tahap implementasi keperawatan, Ny. I menunjukkan sikap kooperatif selama proses asuhan keperawatan, mampu mengikuti latihan ROM sesuai arahan, serta memiliki motivasi yang baik untuk melakukan latihan secara mandiri. Berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP), tindakan keperawatan diprioritaskan pada latihan *Range of motion* (ROM) sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu menurunkan nyeri kronis sekaligus meningkatkan mobilitas fisik pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*.
5. Pada tahap evaluasi keperawatan, , ketiga diagnosis keperawatan, yaitu nyeri kronis, gangguan mobilitas fisik, dan risiko jatuh, berhasil teratasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Bahkan, beberapa tujuan keperawatan berhasil dicapai sebelum target waktu yang direncanakan karena respons positif, sikap kooperatif klien selama intervensi, serta konsistensi klien dalam melakukan latihan *Range of motion* (ROM) dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam.
6. Tahap pelaksanaan *Evidence Based Practice* melalui latihan *Range of motion* (ROM) pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* menunjukkan kesesuaian antara hasil telaah literatur dengan temuan kasus. Setelah dilakukan latihan ROM selama 6 kali pertemuan, intervensi ini terbukti efektif membantu menurunkan skala nyeri, mengurangi kekakuan sendi, meningkatkan fleksibilitas & memperbaiki kemampuan mobilitas fisik Ny.I.

4.2 Saran

1. Institusi Pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya Keperawatan Gerontik terkait penerapan latihan *Range of motion* (ROM) pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*. Selain itu, hasil penulisan ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran, referensi penelitian selanjutnya, serta menjadi acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan gerontik berbasis bukti.

2. Satuan Pelayanan Kesehatan

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi puskesmas maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan gerontik, khususnya pada penatalaksanaan lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*. Penerapan latihan *Range of motion* (ROM) sebagai intervensi nonfarmakologis dapat dijadikan salah satu program rutin untuk membantu mengurangi nyeri serta meningkatkan mobilitas fisik.

3. Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menyusun asuhan keperawatan yang komprehensif berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), serta mengintegrasikan *Evidence Based Practice* dalam pemberian asuhan keperawatan. Selain itu,

mahasiswa diharapkan mampu memberikan edukasi dan demonstrasi latihan *Range of motion* (ROM) secara benar sehingga dapat diterapkan secara mandiri oleh klien di rumah.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan jumlah responden yang lebih banyak dengan desain penelitian yang lebih kuat sehingga diperoleh hasil yang lebih representatif. Selain itu, penelitian dapat mengeksplorasi variabel lain seperti kualitas hidup, kemampuan fungsional, tingkat kemandirian, kualitas tidur, maupun risiko jatuh pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis*. Penelitian berikutnya juga diharapkan menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) latihan *Range of motion* (ROM) yang lebih terstruktur agar mudah diterapkan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyatur Rohmaniyah, Suryani, C., & Mg. (2022). PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) AKTIF TERHADAP PENURUNAN NYERI SENDI *RHEUMATOID ARTHRITIS* PADA LANSIA DI DESA TUNGGU KECAMATAN PENAWANGAN KABUPATEN GROBOGAN. *Kep Journal*, 7(2). <https://doi.org/Vol.7 No.2 Tahun 2022>
- Dwilianti, S., Umrana, S., Program, D., Iii, S. D., Akper, K., & Kendari, P. (2023). *T e r a p e u t i k J u r n a l Penerapan Terapi Aktivitas Range of motion (ROM) Dalam Manajemen Hambatan Mobilitas Fisik Pada Lansia Penderita Rematik Di PSTW Minaula Kendari T e r a p e u t i k J u r n a l*. 41–48.
- Putra, K., Atmaja, K. W., & Sastrawan, A. (2021). *KNEE STRETCHING EXERCISE MENINGKATKAN PENCAPAIAN RANGE OF MOTION DAN MENURUNKAN NYERI*. 6(1), 6–14.
- Putri, Y. D., Febrina, T. Y., & Badri, I. A. (2025). *Yulia devi putri, trisya yona febrina, isna aglusi badri, santi*. 7(2), 293–298.
- Rovita Popy, Tri Paska Hia, Titonik Hulu, Firman Hidayat Halawa, Meiman Harapan Nduru, K. L. S. (2025). PENGARUH *RANGE OF MOTION* (ROM) TERHADAP PENURUNAN KEKUATAN SENDI JARI PADA PASIEN PENDERITA REMATIK (*RHEUMATOID ARTHRITIS*). *Journal of Language and Health*, 6(1), 67–72.
- Winda Wulandari Sembiring, Muchti Yuda Pratama, N. O. (2025). IMPLEMENTASI *RANGE OF MOTION* (ROM) AKTIF PADA LANSIA DENGAN RHEMATOID ARTRITIS (RA) YANG MENGALAMI NYERI SENDI EKSTREMITAS BAWAH DI UPT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA BINJAI (pp. 681–686). <https://doi.org/10.62335>
- Aminuddin, S. K. N. M. K., Mustain, S. K. N. M. K., Suhaema, S. S. T. M. P. H., Puput Risti Kusumaningrum, S. K. N. M. K., Yuliana D, S. K. N. M. K., Rina Saraswati, S. K. N. M. K., Hendri Tamara Yuda, S. K. N. M. K., Ns. Rismalasari Dewi, S. K. M. K., Indhira Shagti, S. S. T. M. G., & Ernawati, S. K. N. M. K. (2025). KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK. CV Rey Media Grafika <https://books.google.co.id/books?id=PuhcEQAAQBAJ>

- Kalim, H., Handono, K., Wahono, C. S., Darinafitri, I., Rahman, P. A., Febriliant, M. R., & Manugan, R. A. (2019). *Reumatologi Dasar*. Universitas Brawijaya Press. <https://books.google.co.id/books?id=-HHcDwAAQBAJ> Kemenkes RI.(2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018.
- Listyorini, M. W., Anisah, N., & Iksan, R. R. (2024). *KONSEP DEPRESI LANSIA DAN ASUHAN KEPERAWATAN*. Lakeisha.
- Langgow, (2020). *Penyakit Rematik Autoimun*, PT. Elex Media
- Komputindo Minarti, S. K. N. M. K. S. K., Ns. Dely Maria P, M. K. S. K. K., Ns. Annisa Febriana, M. K. S. K. K., Ach. Arfan Adinata, S. K. N. M. K., Siti Riskika, S. K. N. M. K., Ns. Mardiana, S. K. M. K., Basmalah Harun, S. K. M. K., Fifi Alviana, S. K. N.M. S. N., Nurul Laili, S. K. N. M. K., & Heru Sulistijono, S. K. N. M. K. (2024). *KONSEP USIA LANJUT*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Ratnawati, R., Nugrahenny, D., Mattalitti, G. N. M., Ramadhan, R., Budianto, R., Pratiwi, I. C., & Prakosa, A. G. (2019). *Prinsip Dasar Kesehatan Lanjut Usia (Geriatric)*. Universitas Brawijaya Press.
- Widayanti, W. N. (2023). Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan hipertensi di panti sosial tresna werdha nirwana puri kota samarinda
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Tujuan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPD PPNI
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of *Range of motion* (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137-142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Nusamedia. Hutagaluh, M. S. (2019). *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan*. <https://books.google.co.id/books?id=UmVcEAAAQBAJ>

- Istichomah. (2020). Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1. CV Media Sains Indonesia.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=yOYSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg%0A-PA1&dq=Istichomah,+2020&ots=DkXiopG4fW&sig=j0_9xEGC_451Blek8DBdi%0AD41184&redir_esc=y#v=onepage&q=Istichomah%2C%202020&f=false
- Nindrahayu, O., Ariyandy, A., Idris, I., Abadullah, M. M., Rizky, A., & Hasyar, A. (2023). Kekuatan Otot Tungkai Pada Lansia Di Lembaga Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Batara Hati Mulia Kabupaten Gowa. <https://binapatria.id/index.php/MBI>
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019a). Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik (Fitriani, Ed., Ist ed.). Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas. Praktik http://repositori.uinalauddin.ac.id/14154/1/Buku_Proses%20Keperawatan.pdf
- Astutik, D., & Ibnu, F. (2024). Analisis asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan mobilitas fisik melalui terapi *Range of motion* (ROM) pada penderita *Rheumatoid Arthritis* di UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto. Karya Tulis Ilmiah, Repository STIKes PPNI Mojokerto.
- Syah, I., & Utami, R. F. (2021). Aktifitas Fisik Dan Kognitif Berpengaruh Terhadap Keseimbangan Lansia (Vol. 6).
- Abdullah, S., & Hutabarat, S. H. (2025). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Nyeri Rheumatoid Artritis Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Talise. 9, 32459–32463.
- Adrianus Ola Wuan , Marni Tangkelangi , Wilhelmus Olin , M. B. B. . (2023). Screening Kadar Rheumatoid Factor (RF) Pada Lanjut Usia (Lansia) Dengan Keluhan Nyeri Sendi. Jurnal Pelayanan Dan Pengabdian Masyarakat Indonesia (JPPMI), 2(2).<https://doi.org/https://doi.org/10.55606/jppmi.v2i2.457>
- Fatsiwi Nunik Andari, Reska Ayu Santri, N. (2021). Terapi benson untuk penurunan nyeri *Rheumatoid Arthritis* lansia. Urnal Vokasi Keperawatan (JVK) Program Study of Nursing Universitas Bengkulu, 4(2), 345–356.

- Balchin, Christopher., Tan, Ai Lyn., Golding, Joshua., Bissell, Lesley-Anne., Wilson, Oliver J., McKenna, Jim., & Stavropoulos-Kalinoglou, Antonios. (2022). Acute Effects of Exercise on Pain Symptoms, Clinical Inflammatory Markers and Inflammatory Cytokines in People with *Rheumatoid Arthritis*: A Systematic Literature Review. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 14, 1-16
- Sembiring. Winda Wulandari., Pratama, Muchti Yuda., & Olivia, Nina. (2025). Implementasi *Range of motion* (ROM) Aktif pada Lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang Mengalami Nyeri Sendi Ekstremitas Bawah di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai.
- Rohmaniyah, Alfiyatur., Suryani., & Christina. (2022). Pengaruh Latihan *Range of motion* (ROM) Aktif terhadap Penurunan Nyeri Sendi *Rheumatoid Arthritis* pada Lansia di Desa Tunggu Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan.
- Aryanti, P. I. (2020). Literature Review: Efektifitas Terapi Komplementer Nonfarmakologi terhadap Nyeri pada Klien dengan *Rheumatoid Arthritis*. *Jurnal Ners Lentera*, 8(1).
- Nurbaya, S., Mutmainna, A., La Isa, W. M., & Sumi, S. S. (2020). Pelatihan *Range of motion* (ROM) pada Pasien Reumatoid Atritis di Desa Taraweang Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan.

LAMPIRAN

Standar Operasional prosedur (SOP)

Pemberian Latihan Rentang Gerak				
Kategori : Fisiologi		Subkategori : Aktivitas dan latihan		
Pengertian	Memberikan latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian			
Tujuan	1. Mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi 2. Meningkatkan sirkulasi			
Diagnosa keperawatan yang mendasari	➤ Gangguan mobilitas fisik ➤ Gangguan integritas kulit/jaringan ➤ Risiko disfungsi neurovaskuler perifer	➤ Perlambatan pemulihan pascabedah ➤ Gangguan rasa nyaman		
Luarann keperawatan yang diharapkan	➤ Mobilitas fisik meningkat ➤ Integritas kulit / jaringan ➤ Neurovaskular perifer meningkat	➤ Pemulihan pascabedah meningkat ➤ Rasa nyaman meningkat		
Prosedur	Kegiatan	K	BK	Ket
Persiapan Pasien	1. Kaji/identifikasi kebutuhan akan latihan 2. Pahami kondisi pasien sebelum bertemu pasien (nama, keluhan, diagnosa medis, hasil pemeriksaan) melalui rekam medis atau teman sejawat			
Persiapan alat	3. Tidak terdapat alat dan bahan yang disiapkan			
Pelaksanaan	Fase Orientasi			
	4. Mengucapkan salam kepada pasien 5. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 6. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 7. Jaga privasi (sampiran / gordin / pintu)			
	Fase Kerja			
	8. Lakukan kebersihan cuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir atau <i>handscrub</i> . 9. Atur tinggi tempat tidur dan posisi pasien yang sesuai dan nyaman 10. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih 11. Lakukan latihan dengan: - Melakukan gerakan perlahan dan lembut - Menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi - Mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi - Menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan 12. Latihan pada leher			

	- Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali keposisi tegak - Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri - Rotasi laterel: palingkan wajah ke kiri dan kanan			
	13. Latihan pada bahu - Elevasi-depresi: angkat dan turunkan bahu - Fleksi-ekstensi: angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula - Abduksi-adduksi: angkat lengan kesamping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula - Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu			
	14. Latihan pada siku - Fleksi-ekstensi: gerakan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula - Supinasi-pronasi: putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah			
	15. Latihan pada pergelangan tangan - Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atas - Fleksi radial-fleksi ulnar: tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan kearah kelingking - Sirkumduksi: putar tangan pada poros pergelangan tangan			
	16. Latihan pada jari-jari tangan - Fleksi-ekstensi: kepalkan jari dan luruskan seperti semula - Abduksi-adduksi: renggangkan jari-jari dan rapat kembali			
	17. Latihan pada pelviks dan lutut - Fleksi-ekstensi: angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakan lutut ke			

	arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula - Abduksi-adduksi: gerakan kaki kesamping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya - Rotasi internal-rotasi ekstenal: putar kaki kearah dalam lalu ke samping tubuh 18. Latihan pada pergelangan kaki - Dorso fleksi-plantar fleksi: dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas - Eversi-inversi: putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam - Sirkumduksi: putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki 19. Latihan pada jari-jari kaki - Fleksi-ekstensi: dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah - Abduksi-adduksi: regangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula 20. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah			
	Fase Terminasi			
	21. Respon pasien (subyektif dan obyektif) setelah dilakukan tindakan 22. Kontrak waktu untuk tindak lanjut a. Informasikan bahwa latihan rentang gerak akan dilakukan kembali dalam waktu 24 jam kemudian 23. Mengucapkan salam			
Hal yang perlu didokumentasikan	24. Tanggal dan waktu 25. Jenis latihan (Aktif/ pasif) 26. Respon pasien 27. Efek samping yang terjadi baik saat maupun setelah			
Sikap	28. Menjaga perasaan klien 29. Teliti dan hati-hati			
Catatan Penguji:				

Referensi	1. PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI. 2. Kusyati, Eni, dkk. (2016). Keterampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar Edisi 2. Jakarta: EGC 3. Azari, Abdul Aziz , dkk. (2023). Uji Kompetensi Keperawatan OSCE Kebutuhan Dasar Manusia. Bandung: Yrama Widya
Disusun oleh	Ns. Budi Mulyana, S.Kep., BSN., M.Kep
Dimodifikasi oleh	
Divalidasi oleh	Ns. Anita Sukarno, S.Kep., M.Sc
Dikontrol oleh	Ns. Ernalinda Rosya, S.Kep., M.Kep

Surat Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN

(Informed consent)

Dengan hormat,

Deangan menandatangani lembar ini saya :

Nama : Ny. I
Umur : 68 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Indah Agustin (KHGD25080) Mahasiswa Program Studi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Kartz Indeks A Pada Ny. I dengan Rheumatoid Arthritis untuk Mengurangi Nyeri di desa pasawahan wilayah kerja puskesmas Tarogong”

Demikian suarat pernyataan ini saya buat dengan sejujurnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Garut, 08 Mei 2026



Ida

Dokumentasi



09 Mei 2026



11 mei 2026



12 Mei 2026



13 Mei 2026



14 Mei 2026



15 Mei 2026

Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
PROGAM STUDI PROFESI NERS 2025/2026
INSTITUT KESEHATAN KARSASUS GARUT**

NAMA : Inoh Agustin
 NIM : K16025080
 PEMBIMBING : Ibu Devi Ratnasari M.Kep
 JUDUL : Analisis Aruhan Keperawatan Gerontik Dengan Funtz Indeks A pada Ny. J Dengan Rheumatoid Arthritis melalui penerapan Range of Motion (ROM)

No	Tanggal		Materi Yang Di Konsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	Senin, 25 Mei 2026	Senin, 25 Mei 2026	BAB I	Lanjutan BAB selanjutnya	jk.
2	Senin, 06 Juli 2026	Senin, 06 Juli 2026	BAB II	~ Perbaiki penulisan - u sikon	jk
3	Senin, 13 Juli 2026	Senin, 13 Juli 2026	BAB III	- Perbaiki pengkajian - Analisa data	jk
4	Rabu, 17 Juli 2026	Rabu, 17 Juli 2026	BAB IV	~ Perbaiki KTI. ~ Evaluasi kep.	jk

5	Kamis, 2 Juli 2026	Kamis, 2 Juli 2026	BAB III	Perbaiki pemba- hasan.	Jh
6	Rabu, 08 Juli 2026	Rabu, 08 Juli 2026	BAB II	Perbaiki kesim- pulan	Jh
7	Selasa, 14 Juli 2026	Selasa, 14 Juli 2026	BAB II	Kengkap draft	Jh
8	Rabu, 15 Juli 2026	Rabu, 15 Juli 2026	Draft	Acc. Sidang.	Jh.
9					

BIODATA HIDUP



Identitas Diri

Nama Lengkap : Indah Agustin
NIM : KHGD25080
Tempat Tanggal Lahir : Bogor, 18 Agustus 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Moyan Rt 003 Rw 011 Desa Bantarjaya Kec.
Rancabungur Kab.Bogor, Jawa Barat Indonesia

Riwayat Pendidikan

2008-2009 : TK Tunas Karya
2009-2015 : SDN Bantarkambing 05
2015-2018 : SMPN 1 Rancabungur
2018-2021 : SMAN 1 Rancabungur
2021-2025 : S1 KeperawatanSTIKes Karsa Husada Garut
2025-2026 : Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada
Garut

Riwayat Penelitian

1. Hubungan *Self Affirmation* Dengan Tingkat Kecemasan Pada Mahasiswa Yang Sedang Menyusun Skripsi Di Stikes Karsa Husada Garut
2. Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Kartz Indeks A Pada Ny.I dengan *Rheumatoid Arthritis* melalui *Range of motion (ROM)* untuk Mengurangi Nyeri di desa pasawahan wilayah kerja puskesmas Tarogong