

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN  
*RHEUMATOID ARTHITIS ( KATZ INDEKS A) DAN*  
INTERVENSI KOMPRES HANGAT AIR JAHE DI RUANG  
BOUGENVILE GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program  
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**DISUSUN OLEH :**

**WULAN NURHASANAH, S.Kep.**

**NIM : KHGD23003**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
TAHUN 2024**

## **LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan *Rheumatoid Arthritis* (Katz Indeks A) Dan Intervensi Kompres Hangat Air Jahe Di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Wulan Nurhasanah

NIM : KHGD23003

Garut, Agustus 2024

Menyetujui,

Pembimbing

**Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd**

## LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan *Rheumatoid Arthritis*  
( Katz Indeks A) Dan Intervensi Kompres Hangat Air Jahe Di Ruang  
Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Wulan Nurhasanah

NIM : KHGD23003

Garut, Agustus 2024

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

**Sri Yekti Widadi, M.Kep**

**Tantri P, MNS**

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Profesi Ners  
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,  
Pembimbing

**Sri Yekti Widadi, M.Kep**

**Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PERBAIKAN SIDANG**

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan *Rheumatoid Arthritis*  
( Katz Indeks A) Dan Intervensi Kompres Hangat Air Jahe Di Ruang  
Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Wulan Nurhasanah

NIM : KHGD23003

Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan perbaikan sidang akhir  
Karya Ilmiah Akhir,

Garut, Agustus 2024

Menyetujui,

Mengetahui,

Pembimbing

**Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd**

Penguji I

Penguji II

**Sri Yekti Widadi, M.Kep**

**Tantri P, MNS**

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes 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 dipublikasikan 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 dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2024

Pembuat Pernyataan

Wulan Nurhasanah

# ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN *RHEUMATOID ARTHRITIS* PADA KARTZ INDEKS A DAN INTERVENSI KOMPRES HANGAT AIR JAHE DI RUANGAN BOUGENVILE GRIYA LANSIA GARUT

Wulan Nurhasanah<sup>1</sup> Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswi Stikes Karsa Husada Garut

<sup>2</sup>Dosen Stikes Karsa Husada Garut

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Seorang lansia biasanya mengalami beberapa perubahan yaitu perubahan fisik, mental, social serta spiritual. *Rheumatoid Arthritis* (RA) merupakan suatu penyakit autoimun secara simteris pada persendian tangan dan kaki yang mengalami peradangan sehingga menyebabkan terjadinya pembengkakan, nyeri dan dapat menyebabkan kerusakan pada bagian sendi. *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO), yang terserang *Arthritis* mencapai 20% dari penduduk dunia, dengan persentasi 20% berusia lebih dari 55 tahun. Komplikasi yang timbul bergantung pada lokasi sendi yang mengalami *Rheumatoid Arthritis* dan bagaimana proses perbaikan yang terjadi selama dilakukan terapi. Adapun penanganan yang dapat dilakakukan untuk menurunkan nyeri yang dirasakan dengan melakukan pengobatan secara nonfarmakologi dapat dilakukan dengan pemberian terapi kompres hangat air jahe. **Tujuan:** Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan terapi Kompres hangat air jahe sebagai intervensi pada pasien *Rheumatoid Arthritis* terhadap gangguan pada sistem muskuloskeletal. **Metode:** Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis serta menganalisis antara teori dan praktek terkait asuhan keperawatan yang diberikan berbasis *evidence based practice* (EBP). Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien *Rheumatoid Arthritis* yang diberikan terapi Kompres Hangat Air Jahe. **Hasil:** Hasil studi kasus pada pasien *Rheumatoid Arthritis* dengan masalah keperawatan nyeri kronis dapat diatasi dengan melakukan terapi Kompres Hangat Air Jahe, hal ini ditandai dengan klien mengalami penurunan skla nyeri. Maka dari itu, terapi kompres hangat air jahe sudah terbukti secara empiris sebagai intervensi nyeri kronis pada pasien *Rheumatoid Arthritis* di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut. Sehingga dapat disimpulkan pengaruh terapi kompres hangat air jahe terjadap nyeri pada pasien *Rheumatoid Arthritis* di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut. **Kesimpulan:** Terapi kompres hangat air jahe dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada lansia dengan *Rheumatoid Arthritis* karena efektif dalam menurunkan nyeri.

**Kata Kunci :** Nyeri, Kompres Hangat Air Jahe, *Rheumatoid Arthritis*

# **ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. A WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON KARTZ INDEX A AND WARM COMPRESS INTERVENTION WITH GINGER WATER IN THE BOUGENVILE ROOM AT GRIYA ELDERLY GARUT**

Wulan Nurhasanah<sup>1</sup> Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Stikes Karsa Husada Garut

<sup>2</sup>Dosen Stikes Karsa Husada Garut

## **ABSTRACT**

**Background:** Elderly is a group of people aged 60 years and over. An elderly person usually experiences several changes, namely physical, mental, social and spiritual changes. Rheumatoid Arthritis (RA) is an autoimmune disease that occurs symmetrically in the joints of the hands and feet which become inflamed, causing swelling, pain and can cause damage to the joints. Rheumatoid Arthritis (RA) is reported by the World Health Organization (WHO), which affects 20% of the world's population, with 20% aged over 55 years. The complications that arise depend on the location of the joint experiencing RA and how the repair process occurs during therapy. The treatment that can be done to reduce the pain felt by carrying out non-pharmacological treatment can be done by giving warm compress therapy with ginger water. **Objective:** This case study aims to obtain an overview of the application of warm ginger water compress therapy as an intervention in rheumatoid arthritis patients for disorders of the musculoskeletal system. **Method:** The method used is a descriptive case study by conducting anamnesis, observation, physical examination and medical records as well as analyzing theory and practice related to nursing care provided based on evidence based practice (EBP). Participants in this study were Rheumatoid Arthritis patients who were given Warm Ginger Water Compress therapy. **Results:** Case study results in Rheumatoid Arthritis patients with chronic pain nursing problems can be overcome by using Warm Ginger Water Compress therapy, this is indicated by the client experiencing a decrease in the pain scale. Therefore, warm compress therapy with ginger water has been empirically proven as an intervention for chronic pain in Rheumatoid Arthritis patients in the Bougenvile Room at Griya Elderly, Garut Regency. So it can be concluded that the effect of warm ginger water compress therapy on pain in Rheumatoid Arthritis patients in the Bougenvile Room at Griya Elderly, Garut Regency. **Conclusion:** Warm ginger water compress therapy can be applied in providing nursing care to the elderly with Rheumatoid Arthritis because it is effective in reducing pain.

**Keywords:** Pain, Warm Ginger Water Compress, Rheumatoid Arthritis

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur kehadirat Allah SWT, Atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Rosululloh SAW, serta keluarga dan umatnya sepanjang zaman. Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan *Rheumatoid Arthritis* (Katz Indeks A) Dan Intervensi Kompres Hangat Air Jahe Di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut”. Pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN-N) ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
4. Bapak Rudy Alfiyansah, Ns., M.Pd., selaku pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, arahan, masukan, motivasi dan bimbingan bagi penyusun.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep., selaku penguji I KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
6. Ibu Tantri P, MNS., selaku penguji II KIA yang telah memberikan motivasi serta arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini
7. Seluruh Staf Dosen dan staf pengajar STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat (khususnya staf dosen program studi profesi ners).



8. Kedua orang tua tercinta, terimakasih untuk do'a, pengorbanan dan kasih sayangnya yang tidak akan bisa terbalaskan hingga kapanpun, semoga Allah SWT Selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan selalu di lancarkan dalam segala urusan.
9. Teruntuk Sahabat dan teman-teman yang telah menemani dalam keadaan apapun, yang telah menjadi support system terbaik, dan membantu memberikan ide pembuatan KIA ini.

Semoga Allah senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan KIA ini masih jauh dari kata sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman serta pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan demi perbaikan. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Agustus 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I .....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum .....	4
1.2.2 Tujuan Khusus .....	4
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	5
1.3.1 Manfaat Teori .....	5
1.3.2 Manfaat Praktik.....	5
1.3.3 Bagi Penderita Reumatik .....	5
<b>BAB II .....</b>	<b>6</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Proses Menua dan Lansia .....	6
2.1.1 Teori Proses Menua .....	6
2.1.2 Pengertian Lansia.....	7
2.1.3 Batasan Umur Lanjut Usia.....	8

2.1.4 Perubahan yang terjadi pada lanjut usia .....	9
2.1.5 Tugas Perkembangan pada lanjut usia .....	11
2.1.6 Tipe-Tipe Lansia.....	11
2.2 Konsep Arthritis Reumatoid.....	12
2.2.1 Penyebab Arthritis Reumatoid.....	13
2.2.2 Patofisiologi .....	14
2.2.3 Pathway.....	16
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	17
2.2.5 Penatalaksanaan .....	18
2.2.6 Komplikasi.....	19
2.2.6 Masalah Penyakit Arthritis Reumatik Sebagai Penyebab Ketidak Mampuan.....	19
2.3 Konsep Nyeri.....	20
2.3.1 Pengertian Nyeri .....	20
2.3.2 Fisiologi Nyeri .....	20
2.3.3 Klasifikasi Nyeri .....	22
2.3.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Nyeri .....	23
2.3.5 Intensitas Nyeri .....	25
2.3.6 Respon Tingkah Laku Terhadap Nyeri.....	27
2.4 Konsep Jahe.....	27
2.4.1 Pengertian Jahe .....	27
2.4.2 Jenis Jahe .....	28
2.4.3 Manfaat Jahe .....	28
2.4.4 Pengertian Kompres Jahe.....	29
2.5 Asuhan Keperawatan.....	29
2.5.1 Pengkajian.....	29
2.5.2 Diagnosis Keperawatan .....	34
2.5.3 Intervensi Keperawatan .....	35
Faktor Risiko.....	43
Kondisi Klinis Terkait .....	44
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	45

2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	45
2.6 Konsep Inovasi Aplikasi Kompres Hangat Menggunakan Jahe .....	46
2.6.1 Pengertian Jahe .....	46
2.6.2 Manfaat Jahe .....	46
2.6.3 Tujuan Pemberian Kompres Hangat Menggunakan Jahe .....	46
2.3.4 Parameter Nyeri dan Karakteristik Pasien .....	47
2.3.5 SOP (Standar Operasional Prosedur) Pembuatan Kompres Hangat Menggunakan Jahe .....	47
2.3.6 Evidence Based Practice .....	48
2.3.6 Telaahan EBP Terkait Rheumatoid Arthritis.....	50
<b>BAB III.....</b>	<b>58</b>
<b>ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>58</b>
3.1 PENGKAJIAN .....	58
3.1.1 Identitas.....	58
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	58
3.1.3. Pengkajian / Pemeriksaan fisik .....	62
3.1.4 Analisa Data.....	85
3.2 Diagnosis Keperawatan .....	87
3.3 Intervensi Keperawatan .....	89
Faktor Risiko.....	93
Kondisi Klinis Terkait .....	94
3.4 Implementasi .....	95
3.5 Pembahasan .....	105
3.5.1 Pengkajian.....	105
3.5.2 Diagnosa Keperawatan .....	106
3.5.3 Intervensi Keperawatan .....	107
3.5.4 Implementasi Keperawatan.....	108
3.5.5 Evaluasi Keperawatan.....	110
3.5.6 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i> .....	111

<b>BAB IV .....</b>	<b>115</b>
<b>PENUTUP.....</b>	<b>115</b>
4.1 Kesimpulan.....	115
4.2 Saran .....	116
4.2.1 Bagi Akademik .....	116
4.2.2 Bagi Perawat .....	116
4.2.3 Bagi Masyarakat .....	116

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan .....	35
Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur.....	47
Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur.....	50
Tabel 3. 1 Body Massa Index.....	66
Tabel 3. 2 Kebutuhan Kalori (Dewasa) .....	66
Tabel 3. 3 Nutrisi Metabolik .....	68
Tabel 3. 4 Pola Eliminasi .....	71
Tabel 3. 5 Pola Aktifitas Sehari-hari.....	72
Tabel 3. 6 Pola Istirahat Tidur .....	73
Tabel 3. 7 Analisa Data.....	85
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan .....	89
Tabel 3. 9 Implementasi.....	95

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Pada lanjut usia akan terjadi proses hilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi menurut Constantinides dalam Suryono (2016).

Menjadi tua ditandai dengan adanya kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala-gejala kemunduran fisik, pendengaran dan penglihatan berkurang. Perubahan-perubahan akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia. Perubahan tubuh terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan demikian itu tampak pula pada semua sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang dapat mengalami gangguan salah satunya Rematik (Fitriani, 2009).

Penyakit reumatik merupakan salah satu penyakit yang sering ditemui dalam masyarakat, salah satunya pada kelompok lanjut usia (lansia) yang ditandai dengan nyeri yang terjadi secara berulang-ulang pada persendian.

*Rheumatoid Arthritis* (RA) merupakan suatu penyakit autoimun secara simetris pada persendian tangan dan kaki yang mengalami peradangan sehingga menyebabkan terjadinya pembengkakan, nyeri dan dapat menyebabkan

kerusakan pada bagian sendi (Fitriana, 2021). *Rheumatoid Arthritis* (RA) diawali dengan persendian yang keras kaku dan bisa berujung pada kelumpuhan permanen. Penyakit ini bisa terjadi pada siapapun baik itu pria tau wanita. Penyakit ini termasuk penyakit yang tidak menular, namun jika penyakit ini dibiarkan terus berlanjut akan menyebabkan berat, bahkan bisa membuat tubuh menjadi lumpuh (Hirza Ainin, dkk 2022).

Berdasarkan Prevalensi kejadian *Rheumatoid Arthritis* (RA) cukup tinggi dan besar baik dinegara maju maupun negara berkembang dan telah mencapai angka 335 juta orang, yang artinya 1 dari 6 penduduk bumi mengalami penyakit *Rheumatoid Arthritis* (RA) pada tahun 2019, angka kejadian *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO), yang terserang *Arthritis* mencapai 20% dari penduduk dunia, dengan persentasi 5-10% berusia 5-20 tahun dan persentasi 20% berusia lebih dari 55 tahun. Di Indonesia, penyakit rematik, paling banyak ditemukan di golongan lanjut usia yang diperkirakan jumlah penderita sebanyak 360.000 orang lebih (Prio, 2019). Berdasarkan data yang di peroleh dari Griya Lansia Garut angkat kejadian *Rheumatoid Arthitis* pada tahun 2023 berjumlah 35 orang Dampak pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) yaitu semakin bertambah usia daya imunitasnya akan semakin menurun serta metabolismenyajuga ikut menurun. Menurut penelitian, serangan *Rheumatoid Arthritis* (RA)muncul akibat adanya pengeroposan pada sendi, bagian sendi yang terkena akan menimbulkan rasa nyeri. Nyeri merupakan pengalaman sensori serta emosi yang tidak menyenangkan dan meningkat akibat adanya kerusakan jaringan adanya nyeri terutama pada sendi dapat menyebabkan gangguan pergerakan



sendi dan akibatnya dapat mempengaruhi otot dan jaringan sekitar sendi karena spasme otot (Fitriana, 2021).

Nyeri juga merupakan fenomena yang kompleks. Nyeri adalah mekanisme pertahanan tubuh manusia yang dapat mengindikasikan bahwa tubuh seorang mengalami masalah. Nyeri dapat berasal dari fisik atau psikologis. Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis, Manajemen Farmakologis nyeri dapat diberikan dengan obat-obatan medis dan manajemen non farmakologis untuk menurunkan nyeri dapat dilakukan dengan kompres jahe merah (Hirza Ainin, dkk 2022).

Penerapan penatalaksanaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan juga dapat dilakukan dengan *Evidence Based Nursing* seperti kompres air jahe. Penanganan *Rheumatoid Arthritis* (RA) dengan kompres hangat jahe dapat mengurangi nyeri pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) karena jahe memiliki kandungan *enzim siklo-oksigenase* yang dapat mengurangi peradangan pada penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA). Selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yang dapat meredakan rasa nyeri, kaku dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas (brunner Maria 2019) Kandungan didalam jahe ini cukup banyak antara lain pada bagian rimpang jahe mengandung zat gingerol, shangol, Zingerone, Oleoresin, dan Minyak Atsiri. Kandungan dalam jahe seperti gingerol, shangol dan zingerone memberikan efek fisiologi dan farmakologi seperti anti inflamasi, anti oksidan, analgesik,

antikarsinogenik, dan non toksis meskipun pada konsentrasi tinggi kandungan gingerol pada jahe dan rasa hangat yang ditimbulkan oleh jahe akan membuat pembuluh darah terbuka (vasodilatasi) serta suplai oksigen menjadi lebih baik sehingga nyeri *Rheumatoid Arthritis* (RA) akan berkurang (Widya, dkk 2023).

Dari latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan *Rheumatoid Arthritis* (RA) dan Intervensi Kompres Hangat Air Jahe di Ruang Bougenvile Griya Lansia Garut

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Reumatoid Athritis Dengan Kompres Jahe Merah Di Griya Lansia Garut

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan Pengkajian Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Reumatoid Di Griya Lansia Garut
2. Menegakkan Diagnosis Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Rematoid Di Griya Lansia Garut
3. Merencanakan Intervensi Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Rematoid Di Griya Lansia Garut
4. Memberikan Implementasi Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Rematoid Di Griya Lansia Garut

5. Mengetahui Evaluasi Dari Implementasi Pada Ny. A setelah pemberian kompres jahe Di Griya Lansia Garut
6. Mengetahui Evidence Based Practice Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Rematoid Di Griya Lansia Garut
7. Melakukan Dokumentasi Keperawatan Pada Ny. A Di Griya Lansia Garut

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

#### **1.3.1 Manfaat Teori**

Untuk perkembangan ilmu keperawatan dalam melaksanakan Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Reumatoid Arthritis Dengan Kompres Hangat Air Jahe Di Griya Lansia Garut

#### **1.3.2 Manfaat Praktik**

Sebagai masukan bagi pengasuh panti dalam melakukan Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dalam Penatalaksanaan Nyeri Reumatoid Arthritis Dengan Kompres Hangat Air Jahe Di Griya Lansia Garut

#### **1.3.3 Bagi Penderita Reumatik**

Karya ilmiah akhir ners ini sebagai informasi keperawatan yang dapat di terapkan secara mandiri bagi penderita reumatik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Proses Menua dan Lansia**

##### **2.1.1 Teori Proses Menua**

Ada beberapa teori tentang penuaan, sebagaimana dikemukakan oleh Maryam, dkk (2018), yaitu teori biologi, teori psikologi, teori kultural, teori sosial, teori genetika, teori rusaknya sistem imun tubuh, teori menua akibat metabolisme dan teori kejiwaan sosial. Berdasarkan pengetahuan yang berkembang dalam pembahasan tentang teori proses menjadi tua (menua) yang hingga saat ini di anut oleh gerontologis, maka dalam tingkatan kompetensinya, perawat perlu mengembangkan konsep dan teori keperawatan sekaligus praktik keperawatan yang didasarkan atas teori proses menjadi tua (menua) tersebut. Postulat yang selama ini di yakini oleh para ilmuwan perlu implikasikan dalam tataran nyata praktik keperawatan, sehingga praktik keperawatan benar-benar mampu memberi manfaat bagi kehidupan masyarakat.

Perkembangan ilmu keperawatan perlu diikutipula dengan pengembangan praktik keperawatan, yang pada akhirnya mampu memberikan kontribusi terhadap masalah masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat. Secara umum, implikasi/ praktik keperawatan yang dapat dikembangkan dengan proses menua dapat didasarkan dapat teori menua/secara biologis, psikologis, dan sosial. Berikut adalah uraian bentuk-

bentuk aplikasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu yang mengalami proses penuaan, dengan di dasarkan pada teori yang mendasari proses menua itu sendiri. Iplikasi keperawatan yang diberikan di dasarkan atau asumsi bahwa tindakan keperawatan yang diberikan lebih di tekankan pada upaya untuk memodifikasi faktor-faktor secara teoritis di anggap dapat mempercepat proses penuaan. Istilah lain yang digunakan untuk menunjukkan teori menua adalah senescence. Menurut Comfort (1970), senescence diartikan sebagai perubahan perilaku sesuai usia akibat penurunan kekuatan dan kemampuan adaptasi (Sunaryo, 2016).

### **2.1.2 Pengertian Lansia**

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Hardywinoto dan Setiabudhi, 2016 : 8). Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Constantinides, 2014). Oleh karena itu dalam tubuh akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut penyakit degeneratif yang menyebabkan lansia akan mengakhiri hidup dengan episode terminal (Sunaryo, 2016). Lansia merupakan periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu (Papalia et al, 2017). Proses menua (aging) adalah suatu proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologi maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Kuntjoro, 2002).

Lansia akan mengalami perubahan yang terkait dengan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang kecepatan perubahan tersebut berbeda untuk setiap individu. Jenis kelamin, rasa, kelas sosial, dan keimanan menciptakan interaksi yang kompleks yang berkontribusi dalam proses penuaan setiap individu.

### **2.1.3 Batasan Umur Lanjut Usia**

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Efendi dalam Sunaryo (2016) , bata-batas umur yang mencakup batas umur lansia sebagai berikut

1. Menurut undang-undangn Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.
2. Menurut Wordl Health Organization (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut usia pertengahan (middle age) ialah 45-59 tahun, lanjut usia (elderly) ialah 60-74 tahun, lanjut usia tua (old) ialah 75-90 tahun, usia sangat tua (very old) ialah di batsu 90 tahun.
3. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu: pertama (fase inventus) ialah 25-40 tahun, kedua (Fase virilities) ialah 40-55 tahun, ketiga (fase presenium) ialah 55-65 tahun, keempat (fase senium) ialah 65 sampai tutup usia.
4. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setypnegoro masa lanjut usia (geriatric age) > 65 tahun, atau 70 tahun. Masa lanjut usia (getiatric age) itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu young old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old (> 80 tahun) (Efendi, 2009).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam dkk, 2018)

#### **2.1.4 Perubahan yang terjadi pada lanjut usia**

Menurut Suiroaka (2012), penyakit degeneratif adalah istilah medis untuk menjelaskan suatu penyakit yang muncul akibat proses kemunduran fungsi sel dalam tubuh yaitu dari keadaan normal menjadi lebih buruk. Menurut Mujahidullah (2012) dan Wallace (2017), beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan :

##### **1. Perubahan fisik**

- a. Sel saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proposi protein di otak, otot, ginjal, darah.
- b. Sistem persyarafan, keadaan system persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga, pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjer keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti

menurunnya kekuatan otot pernapasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang.

- c. Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringkali terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan era peristaltic usus juga menurun.
- d. Sistem genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun.
- e. Sistem musculoskeletal, kehilangan cairan pada tulang dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut. Sistem kardiovaskuler, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidanya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia karena hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolic tetap sama atau meningkat.
- f. Perubahan intelektual
- g. Akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan intelegenita quantion (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan,



karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun (Mujahidullah, 2012).

#### h. Perubahan keagamaan

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan dunia.

### **2.1.5 Tugas Perkembangan pada lanjut usia**

Tugas perkembangan adalah tugas yang muncul pada periode tertentu dalam kehidupan suatu individu (Havighurst dalam Stanley, 2017). Ada beberapa tahapan perkembangan yang terjadi pada lansia, yaitu :

1. Penyesuaian diri kepada penurunan kesehatan dan kekuatan fisik.
2. Penyesuaian diri kepada masa pension dan hilangnya pendapatan.
3. Penyesuaian diri kepada kematian pasangan dan orang terdekat lainnya.
4. Pembentukan gabungan (pergelompokan) yang sesuai dengannya.
5. Pemenuhan kewajiban social dan kewarganegaran.
6. Pembentuk kepuasan pengaturan dalam kehidupan

### **2.1.6 Tipe-Tipe Lansia**

Beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2013 dalam Maryam dkk, 2008) tipe tersebut di jabarkan sebagai berikut

1. Tipe lansia bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memnuhi undangan, dan menjadi panutan.

#### 2. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

#### 3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

#### 4. Tipe masrah

Menerima dan menunggu nasib baik,, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

#### 5. Tipe bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

## **2.2 Konsep Arthritis Reumatoid**

Arthritis reumatoid adalah suatu penyakit inflamasi progresif, sistemik, dan kronis (Pusdinakes, 2015). Arthritis reumatoid merupakan peradangan yang kronis dan sistemik pada sendi sinovial.

Inflamasi awal mengenai sendi-sendi sinovial disertai edema, kongestif vaskular, eksudat fibrin, dan infiltrasi selular. Peradangan kronis sinovial menjadi menebal, terutama pada sendi articular kartilago dari sendi. Pada

sendi terjadi granulasi membentuk panus. Jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan nutrisi kartilago artikulasi, sehingga terjadi nekrotik.

Reumatik adalah penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik terutama mengenai jaringan persendian, seringkali melibatkan organ tubuh lainnya. Reumatik lebih banyak terjadi pada wanita (3 : 1 dengan kasus pria) pada usia 25 – 35 tahun. Faktor resiko reumatik terjadi pada orang-orang yang berusia diatas 60 tahun. Gejala reumatik antara lain nyeri dan bengkak pada sendi yang berlangsung terus menerus, kaku pada pagi hari berlangsung selama lebih dari 30 menit, persendian mengalami bengkak dan hangat jika diraba (Lutfi Chabib, 2016).

### **2.2.1 Penyebab Arthritis Reumatoid**

Penyebab penyakit ini belum diketahui secara pasti, namun faktor predisposisinya adalah mekanisme imunitas (antigen-antibodi) dan faktor metabolik dan infeksi virus. Manifestasi klinis arthritis reumatoid:

#### **1. Setempat**

- a. Sakit pada persendian disertai kaku dan gerakan terbatas.
- b. Lambat-laut membengkak, panas, merah dan lemah.
- c. Perubahan bentuk tangan, jari tangan seperti leher angsa, deviasi ulna.
- d. Semua sendi dapat terserang (panggul, lutut, pergelangan tangan, siku, bahu, rahang).

#### **2. Sistemik**

- a. Mudah capek, lemah, dan lesu

- b. Demam
- c. Takikardia
- d. Berat badan turun
- e. Anemia

Jika ditinjau dari stadium penyakit, terdapat tiga stadium, yaitu stadium sinovitis, stadium destruksi, dan stadium deformitas.

### **2.2.2 Patofisiologi**

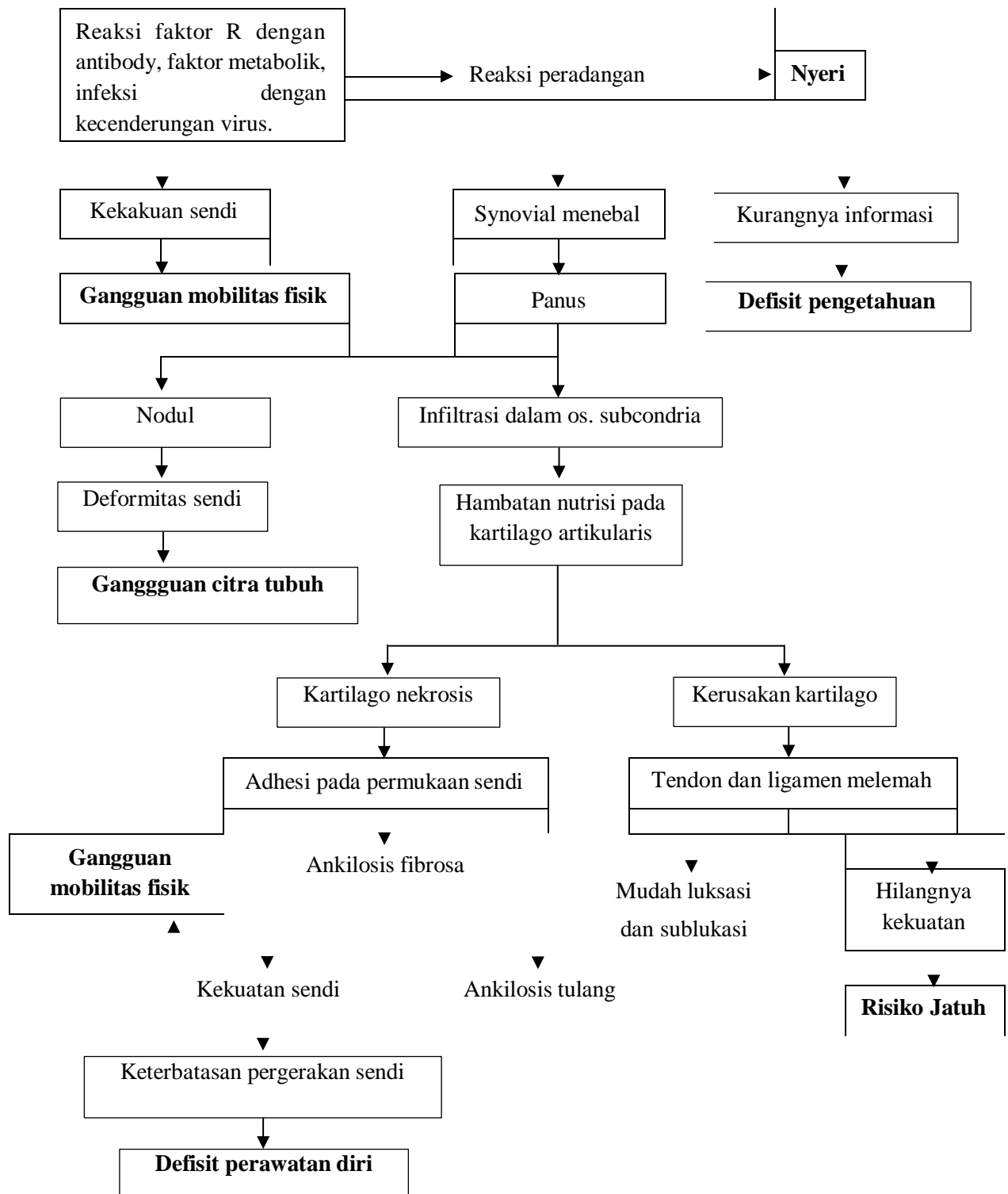
Proses autoimun dalam pathogenesis reumatik masih belum tuntas diketahui, dan teorinya masih berkembang terus. Dikatakan terjadinya berbagai peran yang saling terkait, antara lain peran genetic, infeksi, autoantibody serta peran imunintas selular, humoral, peran sitokin, dan berbagai mediator peradangan. Semua peran satu sama yang lainnya terkait dan menyebabkan peradangan pada sinovium dan kerusakan sendi atau organ lainnya. Berbagai sitokin berperan dalam proses peradangan yaitu NYF , IL- 1, yang terutama dihasilkan oleh monosit atau makrofag menyebabkan stimulasi dari sel mesenzim seperti sel fibroblast sinovium, osteoklas, kondrosit serta merangsang pengeluaran enzim penghancuran jaringan ( Putra dkk, 2013).

Proses peradangan karena proses autorium pada reumatik ditunjuan dari pemerisaan laboratorium dengan adanya RF ( Reumatoid Faktor ) dan anti – CPP dalam darah. RF adalah antibody terhadap komponen Fc dari IgC. Sel B, sel T dan sitoin pro inflamasi berperan penting dalam patofisiologi reumatik. Hal ini terjadi karena hasil diferensiasi dari sel T merangsang

pembentukan IL-17, yaitu sitokin yang merangsang terjadinya sinovitis. Sinovitis adalah peradangan pada membrane sinoial, jaringan yang melapisi dan melindungi sendi. Kerusakan sendi diawali dengan reaksi inflamasi dan pembentukan pembuluh darah baru pada membrane inoal. Kejadian tersebut menyebabkan terbentuknya pannus, yaitu jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibrolus yang berproliferasi, mirovaskular dan berbagai jenis sel radang. Pannus tersebut dapat mendestrusi tulang, melalui enzim yang dibentuk oleh sinoviosit dan kondrosit yang menyerang kartilago.

Pada keadaan awal terjadinya kerusakan mikroaskular, edema pada jaringan dibawah sinovium, poliferansi ringan dan synovial, infiltrasi PMN, dan penyumbatan pembuluh darah oleh sel-sel radang dan thrombus. Pada reumatik yang secara klinis sudah jelas, secara makros akan terlihat sinovium sangat edema dan menonjol ke ruang sendi dengan pembentukan vili. Secara micros terlihat hyperplasia dan hipertropi sel sinovia dan terlihat kumpulan residual bodies. Terlihat perubahan pembuluh darah fokal atau segmental berupa distensi vena, penyumbatan kapiler, thrombosis dan pendarahan periaskuler. Pada reumatik kronis terjadi kerusakan menyeluruh dari tulang rawan, ligament, tendon dan tulang. Kerusakan ini akibat dua efek yaitu kehancuran oleh cairan sendi yang mengandung zat penghancur dan akibat jaringan granulasi serta dipercepat karena adanya pannus ( Putra dkk, 2013).

### 2.2.3 Pathway



Sumber : Pathway Rheumatoid Arthritis (Sekar, 2020)

#### 2.2.4 Manifestasi Klinis

RA dapat ditemukan pada semua sendi dan sarung tendo, tetapi paling sering di tangan. RA juga dapat menyerang sendi siku, kaki, pergelangan kaki dan lutut. Sinovial sendi, sarung tendo, dan bursa menebal akibat radang yang diikuti oleh erosi tulang dan destruksi tulang disekitar sendi (Syamsuhidajat, 2012).

Ditinjau dari stadium penyakitnya, ada tiga stadium pada RA yaitu (Nasution, 2012):

##### 1. Stadium sinovitis

Artritis yang terjadi pada RA disebabkan oleh sinovitis, yaitu inflamasi pada membran sinovial yang membungkus sendi. Sendi yang terlibat umumnya simetris, meski pada awal bisa jadi tidak simetris. Sinovitis ini menyebabkan erosi permukaan sendi sehingga terjadi deformitas dan kehilangan fungsi (Nasution, 2012). Sendi pergelangan tangan hampir selalu terlibat, termasuk sendi interfalang proksimal dan metakarpofalangeal (Suarjana, 2019).

##### 2. Stadium destruksi

Ditandai adanya kontraksi tendon saat terjadi kerusakan pada jaringan sinovial (Nasution, 2012).

##### 3. Stadium deformitas

Pada stadium ini terjadi perubahan secara progresif dan berulang kali, deformitas dan gangguan fungsi yang terjadi secara menetap (Nasution, 2012)

### 2.2.5 Penatalaksanaan

#### 1. Obat-obatan

Sampai sekarang belum ada obat yang spesifik yang khas untuk rematik, oleh karena patogenesisnya yang belum jelas, obat yang diberikan bertujuan untuk mengurangi rasa sakit, nyeri, meningkatkan mobilitas dan mengurangi ketidakmampuan.

#### 2. Perlindungan sendi

Rematik mungkin timbul atau diperkuat karena mekanisme tubuh yang kurang baik. Perlu dihindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit. Pemakaian tongkat, alat-alat listrik yang dapat memperingan kerja sendi juga perlu diperhatikan. Beban pada lutut berlebihan karena kakai yang tertekuk (pronatio)

#### 3. Diet

Diet untuk menurunkan berat badan pasien Rematik yang gemuk harus menjadi program utama pengobatan Rematik. Penurunan berat badan seringkali dapat mengurangi timbulnya keluhan dan peradangan

#### 4. Dukungan psikososial

Dukungan psikososial diperlukan pasien Rematik oleh karena sifatnya yang menahun dan ketidakmampuannya yang ditimbulkannya. Disatu pihak pasien ingin menyembunyikan ketidakmampuannya, dipihak lain dia ingin orang lain turut memikirkan penyakitnya.



5. Fisioterapi dengan pemakaian panas dingin, serta program latihan yang tepat.
6. Kompres dengan es saat kaki bengkak dan kompres air hangat saat nyeri.
7. Kompres air hangat jahe menurut penelitian Masuroh (2021) menyatakan bahwa kompres jahe bisa menurunkan skala nyeri pada reumatik.

### **2.2.6 Komplikasi**

Ketidak Mampuan Kelainan sistem pencernaan yang sering di jumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (disease modifying antirheumathoid drugs, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada *Rheumatoid Arthritis* (RA) (Nugroho,2012). Komplikasi saraf yang terjadi tidak memberikan gambaran jelas, sehingga sukar di bedakan antara akibat lesi artikular dan lesi neuropatik. Umumnya berhubungan dengan meilopati akibat ketidakstabilan iskemik akibat vaskulitis (Nugroho, 2012).

### **2.2.6 Masalah Penyakit Artritis Reumatik Sebagai Penyebab Ketidak Mampuan**

Ada 2 jenis ketidakmampuan timbul dari penyakit rematik

1. Ketidak mampuan fisik yang mengakibatkan gangguan pada fungsi muskuloskeletal dasar seperti : membungkuk, susah berjalan.
2. Ketidak mampuan sosial menunjuk pada aktivitas sosial yang lebih tinggi seperti : makan, interaksi dengan orang lain.

Besarnya masalah penyakit reumatik di seluruh dunia dapat dilihat dari data di bawah ini :

1. Di seluruh dunia penyakit sendi merupakan separuh dari semua penyakit menahun pada orang-orang di atas 60 tahun.
2. Rematik dengan nyeri yang nyata dijumpai pada 25 % masyarakat dengan usia di atas 60 tahun di Amerika Serikat.
3. Nyeri pinggang merupakan penyebab hambatan aktivitas yang paling sering pada usia muda dan tua, menjadi salah satu penyebab yang paling sering untuk pergi ke dokter dari masyarakat yang kerja (Editorial : 2010).

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Pengertian Nyeri**

Artur C Curton (2013), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. (Alimul, 2018).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal atau tingkatannya dan hanya pada orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Alimul, 2018).

### **2.3.2 Fisiologi Nyeri**

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi, dan perilaku. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu menjelaskan

3 komponen fisiologis berikut, yakni : resepsi, persepsi, dan reaksi. (Potter & Perry , 2016).

1. Resepsi Semua kerusakan seluler, yang disebabkan oleh stimulus termal, mekanik, dan stimulus listrik yang menyebabkan pelepasan substansi yang menghasilkan nyeri. Tidak semua jaringan terdiri dari reseptor yang mentranmisikan tanda nyeri. Seiring dengan tranmisi stimulus nyeri,tubuh mampu menyesuaikan diri atau memvariasikan resepsi nyeri.Resepsi nyeri membutuhkan system saraf perifer dan medula spinalis yang utuh.Faktor-faktor umum yang mengganggu resepsi nyeri normal meliputi trauma, obatobatan, pertumbuhan tumor, dan gangguan metabolic. (Potterr, 2015:1504).

2. Persepsi

Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Stimulus nyeri di tranmisikan naik ke medulla spinalis ke thalamus dan otak tengah. Dari thalamus,serabut mentranmisikan pesan nyeri keberbagai area otak. .Pada saat individu menjadi sadar akan nyeri maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Faktor psikologis dan kognitif berinteraksi dengan factor neuro fisiologis dalam mempersiapkan nyeri.

3. Reaksi

Reaksi terhadap nyeri merupakan respons fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri.

- a. Respons fisiologis Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan thalamus, system saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stress.
- b. Respons perilaku Pada saat nyeri dirasakan, pada saat itu juga di mulai suatu siklus, yang apabila tidak di obati atau tidak dilakukan upaya untuk menghilangkannya, dan mengubah kualitas kehidupan individu secara bermakna. (Potter, 2015:1509).

### **2.3.3 Klasifikasi Nyeri**

Penting bagi seorang perawat untuk mengetahui tentang macammacam tipe nyeri. Dengan mengetahui macam-macam tipe nyeri diharapkan dapat menambah pengetahuan dan membantu perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri. Ada banyak jalan untuk memulai mendiskusikan tentang tipe-tipe nyeri, antara lain melihat nyeri dari segi durasi nyeri, tingkat keparahan dan intensitas, model transmisi, lokasi nyeri, dan kausatif dari penyebab nyeri itu sendiri (Perry & Potter, 2019)

Nyeri Akut Dibagi Menjadi 2 bagian:

1. Nyeri Somatik, jika organ yang terkena adalah organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, atau ligament karena di sini mengandung kaya akan nosiseptor. Terminologi nyeri muskuloskeletal diartikan sebagai nyeri somatik. Nosiseptor disini menjadi sensitif terhadap inflamasi, yang akan terjadi jika terluka atau keseleo. Selain itu, nyeri juga bias terjadi akibat iskemik, seperti pada kram otot. Hal inipun termasuk nyeri nosiseptif. Gejala nyeri somatik umumnya tajam dan lokalisasinya jelas, sehingga

dapat ditunjuk dengan telunjuk. Jika kita menyentuh atau menggerakkan bagian yang cedera, nyerinya akan bertambah berat (Perry & Potter, 2019).

2. Nyeri viseral, jika yang terkena adalah organ-organ viseral atau organ dalam yang meliputi rongga toraks (paru dan jantung), serta rongga abdomen (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga pelvis (ovarium, kantung kemih dan kandungaan). Berbeda dengan organ somatik, yang nyeri kalau diinsisi, digunting atau dibakar, organ somatik justru tidak. Organ viseral akan terasa sakit kalau mengalami inflamasi, iskemik atau teregang. Selain itu nyeri viseral umumnya terasa tumpul, lokalisasinya tidak jelas disertai dengan rasa mual - muntah bahkan sering terjadi nyeri refer yang dirasakan pada kulit. (Perry & Potter, 2019)

#### **2.3.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Nyeri**

##### **1. Usia**

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri

##### **2. Jenis kelamin**

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam pengepreksian nyeri

### 3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang di terima oleh kebudayaan diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. (Potter, 2015:1512).

### 4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut.

### 5. Perhatian

Tingkat seseorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

### 6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

### 7. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

#### 8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

#### 9. Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa berdaya dengan merasa sepi itu.(Potter, 2015:1514).

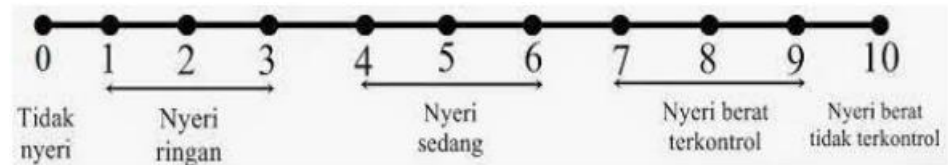
#### 10. Dukungan keluarga dan social

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respons nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sikap mereka terhadap klien. (Potter, 2015:1515).

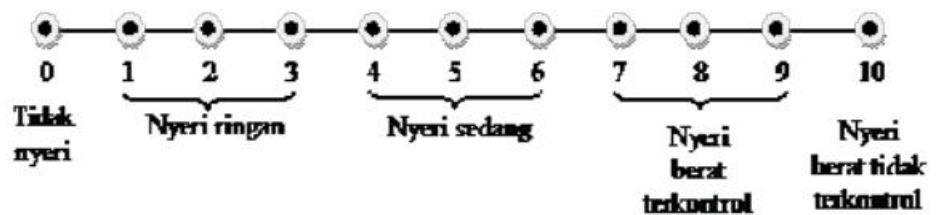
### **2.3.5 Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2017).

## 1) Skala intensitas nyeri Deskriptif Sederhana



## 2) Skala Intensitas Nyeri Numerik menurut bourbanis



Skala 2.1 Skala Nyeri

## Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masi respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.



10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi.

Cara penggunaan skala nyeri ini :

Skala Numerik Nyeri Skala ini digunakan dengan cara: berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Hingga dapat digambarkan dengan skala numerik, dari 0 hingga 10.

### **2.3.6 Respon Tingkah Laku Terhadap Nyeri**

Respon perilaku terhadap nyeri dapat mencakup:

1. Pernyataan verbal seperti : Menangis, Sesak Nafas, Mendengkur.
2. Ekspresi wajah seperti : Meringis, Menggeletukkan gigiGerakan tubuh seperti : Gelisah, Imobilisasi, Ketegangan otot, peningkatan gerakan jari & tangan.
3. Kontak dengan orang lain/interaksi sosial seperti : Menghindari percakapan, Menghindari kontak sosial.

## **2.4 Konsep Jahe**

### **2.4.1 Pengertian Jahe**

Tanaman jahe merupakan terna tahunan, berbatang semu dengan tinggi antara 30-75 cm. Berdaun sempit memanjang menyerupai pita, dengan panjang 15-23 cm, tersusun teratur dua baris berseling. Tanaman jahe hidup merumpun, beranak-pinak, menghasilkan rimpang dan berbunga. Rimpang jahe memiliki bentuk yang bervariasi, mulai dari agak pipih sampai gemuk (bulat panjang). Rimpang jahe mengandung minyak atsiri. Minyak atsiri adalah minyak yang mudah menguap dan memberikan bau yang khas pada

jahe. Minyak atsiri mengandung komponen utama yang berupa senyawa zingiberen ( $C_{12}H_{24}$ ) dan zingiberol ( $C_{12}H_{26}O_2$ ). Senyawa yang menyebabkan rimpang jahe berasa pedas dan agak pahit adalah oleoresin (Rahmat Sukmana, 2012).

#### **2.4.2 Jenis Jahe**

Kumpulan tumbuhan yang termasuk dalam spesialis dan dihasilkan dari pembagian jenis. Jenis jahe yang berkembang di Indonesia sebagai berikut

##### **1. Jahe Putih Besar (JPB)**

Di Jawa Barat, jahe putih besar ini disebut sebagai jahe badak, sedangkan di Sumatra dikenal sebagai jahe gajah. Jahe putih besar ditandai dengan ukuran rimpang yang lebih besar berwarna kuning muda berserat halus dan sedikit. Jahe ini pada umumnya dimanfaatkan sebagai bahan baku makanan dan minuman.

##### **2. Jahe Merah (JM)**

Jahe merah sering disebut sebagai jahe sunti. Jahe merah dengan ukuran rimpang yang kecil berwarna merah jingga, berserat kasar, beraroma serta berasa sangat tajam (pedas). Jahe merah pada umumnya dimanfaatkan sebagai bahan baku obat-obatan

#### **2.4.3 Manfaat Jahe**

Jahe banyak digunakan dalam ramuan obat tradisional, yang berfungsi sebagai obat perangsang selaput lendir, pencernaan, peluruh keringat dan reumatik, sakit kepala, batuk kering, sakit kulit. Rimpang jahe mengandung nutrisi (gizi) yang cukup tinggi. Rimpang jahe kering,

mengandung pati sekitar 58%, protein 8%, oleoresin 3%- 5%, dan minyak atsiri 1%-3%.

#### **2.4.4 Pengertian Kompres Jahe**

Kompres jahe dapat menurunkan nyeri yang diakibatkan oleh rematik. Kompres jahe merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternative untuk mengurangi nyeri rematik. Kompres jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita rematik, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam 20 menit sesudah aplikasi panas (Smart, 2010)

### **2.5 Asuhan Keperawatan**

#### **2.5.1 Pengkajian**

##### **a. Identitas klien**

Pada identitas klien, akan didapatkan data-data terkait dengan identitas klien maupun keluarga yang menjadi penanggung jawab klien tersebut. Pada identitas didapatkan nantinya nama klien, alamat, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, umur, suku/ras, agama, nomor telepon dan lain-lain. Sedangkan untuk penanggung jawab, juga akan didapatkan data-data yang sama, baik berupa nama, alamat, umur, nomor telepon dan diagnosa klien

## b. Riwayat kesehatan

### 1. Keluhan utama

Klien mengeluhkan rasa nyeri pada tiap-tiap sendi seperti tangan dan kaki.

### 2. Riwayat penyakit sekarang

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan atau kaki, perasaan tidak nyaman dalam beberapa waktu sebelum mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi.

### 3. Riwayat penyakit dahulu

Adanya memiliki kecelakaan atau terbenturnya salah satu organ tubuh waktu dulu, adanya mengalami penyakit yang sama waktu dahulu.

### 4. Riwayat penyakit keluarga

Ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus dan penyakit yang lain-lain.

## c. Pemeriksaan fisik

### 1. Kepala dan wajah :

Inspeksi : Kepala simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada kepala. Ukuran kepala normal sesuai dengan umur. Wajah biasanya tidak simetris kiri dan kanan, wajah terlihat pucat.

Palpasi : tidak terjadi nyeri pada kepala

### 2. Mata :

Mata tampak simetris kiri dan kanan, terdapat adanya kekeruhan pada kornea, lapang pandang terdapat penurunan lapang pandang.

Inspeksi : Pupil sama, bulat, reaktif terhadap cahaya dan akomodasi,

Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.

Palpasi : tidak ada pembengkakan pada mata

3. Telinga :

Inspeksi : Simetris telinga kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan, terlihat bersih tanpa serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri pada daun telinga, pembengkakan pada daun telinga tidak ada.

4. Hidung :

Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat polip.

Adanya penurunan kemampuan membau.

Inspeksi : Simetris hidung kiri dan kanan, tidak terlihat perdarahan pada hidung.

Palpasi : Tidak adanya nyeri saat diraba pada hidung, pembengkakan tidak ada.

5. Mulut :

Mulut bersih terdapat mulut berbau.

Inspeksi : Membran mukosa berwarna merah jambu, lembab, dan utuh.

Uvula digaris tengah, Tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri pada mulut , tidak adanya pembengkakan pada mulut

## 6. Leher

Inspeksi : Posisi trakea apakah mengalami kemiringan atau tidak, vena jugularis tidak terlihat,

Palpasi : Tidak teraba nodul pada leher, tidak terjadi pembengkakan, apakah terjadi pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe ada pembesaran atau tidak

## 7. Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak adanya lesi, ada atau tidaknya retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan Auskultasi :

Vesikuler

Perkusi : Sonor

Palpasi : Ada pergerakan dinding dada, taktil fremitus teraba jelas

## 8. Jantung

Inspeksi : Iktus kordis terlihat atau tidak, lesi diarea jantung atau tidak, pembengkakan pada jantung atau tidak

Palpasi : Pada area ICS II, ICS V kiri, dan Area midclavicula untuk menentukan batas jantung, tidak terjadi pembesaran pada jantung

Perkusi : Redup Auskultasi : Normalnya bunyi jantung I lebih tinggi dari pada bunyi jantung II, tidak adanya bunyi tambahan seperti murmur.

S2 (dub) terdengar pada ICS II ketika katup aorta dan pulmonal menutup pada saat awal sistolik, terdengar suatu split yang mengakibatkan dua suara katup, ini diakibatkan penutupan aorta dan

pulmonal berbeda pada waktu respirasi. S1( lub) terdengar pada ICS V ketika katup mitral dan katup trikuspidalis tertutup pada saat awal sistolik. Terdengar bagus pada apex jantung dan didengar dengan diafragma stetostokop dimana terdengar secara bersamaan.

#### 9. Abdomen

Inspeksi : tidak adanya pembengkakan pada abdomen/ asites

Palpasi : tidak adanya distensi pada abdomen

Perkusi : Tympani

Auskultasi : bising usus normal

#### 10. Ekstremitas :

Biasanya didapatkan bahwa pada ektremitas yang tidak normal, jalan kemungkinan tidak nrmal, atau tangan susak digerakkan terasa kaku

#### 11. Neuro Sensori :

Klien merasakan kebas, semutan pada kaki dan tangan, hilangnya sensasi pada jari tangan, pembengkakan pada sendi

#### d. Interaksi sosial :

Kerusakan interaksi sosial dengan keluarga/ orang lain, terjadi perubahan peran

#### e. Riwayat Psikososial :

Pasien dengan reumatik mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah

**Tabel 2.2 Format Pengkajian SPMSQ**

No	Item Penilaian	Benar	Salah
1	Jam berapasekarang ?		
2	Tahunberapasekarang ?		
3	Kapan bapak/ibulahir ?		
4	Berapaumur bapak/ibusekarang ?		
5	Dimana alamat bapak/ibusekarang ?		
6	Berapajumlahanggotakeluarga yang tinggal bersama ?		
7	Siapanamaanggotakeluarga yang tinggalbersama ?		
8	TahunberapaharikemerdekaanIndonesia ?		
9	Siapanamapresiden Indonesia sekarang ?		
10	Cobahitungterbalikdariangka 20 ke1 ?		
	Jumlah		

**Tabel 2.3 Format Pengkajian MMSE**

No	Item Penilaian	Benar	Salah
1	ORIENTASI		
	1. Tahunberapasekarang? 2. Musimapsekarang? 3. Tanggalberapasekarang? 4. Hari apasekarang? 5. Bulanapsekarang? 6. Di Negara mana andatinggal? 7. Di provinsi mana andatinggal? 8. Di kabupaten mana andatinggal? 9. Di kecamatan mana andatinggal? 10. Di desa mana andatinggal?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan 3 objek		
	11. ....		
	12. ....		
	13.....		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		



	<p>Minta pasien mengeja 5 kata dari belakang seperti :</p> <p>14. K 15. A 16. P 17. A 18. B</p>		
4	MENGINGAT		
	<p>Minta klien mengulang 3 objek di atas</p> <p>19..... 20..... 21.....</p>		
5	BAHASA		
	<p>Tunjukkan 2 benda, minta klien menyebutkan</p> <p>22. Jam tangan 23. Pensil</p> <p>Minta klien mengulangi 3 kalimat berikut</p> <p>24. “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”</p> <p>Perintah 3 langkah</p> <p>25. Ambil kertas! 26. Lipat 2! 27. Taruh di lantai!</p> <p>Turutilah berikut</p> <p>28. Tutup mata 29. Tuliskan satu kalimat 30. Saling gambar</p>		
	Jumlah		

**Tabel 2.4 Format Pengkajian Kartz Index**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri :bantuan hanya pada 1 bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidakmampu) atau mandiri sendiri sepenuhnya Tergantung :Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan keluar masukdari bak mandi, dan tidka mandi sendiri		
2	Berpakaian Mandiri :megambil baju drailemari, memakai, melepaskan, mengancing/mengikatpakaian Tergantung :tidakdapatmemakai baju sendiriatausebagian		
3	Ke Kamar Kecil Mandiri :keluarmasuk dan membersihkan genitalia sendiri  Tergantung :menerima bantuan masuk kekamar kecil/menggunakan pispot		
4	Berpindah Mandiri :berpindah dari tempat tidur, lalu duduk, bangkit dan kekursisendiri  Tergantung : naik turun tempat tidur dibantu, tidak melakukan satu perpindahan		
5	Kontinen Mandiri : BAB dan BAK dikontrolsendiri  Tergantung :ikontinensia parsial atau total		
6	Makan Mandiri :mengambil makan dan menyuapisendiri  Tergantung :mengambil makan, menyuapi dengan bantuan, tidak makan sama sekali		

**Table 2.5 Format Pengkajian TUG**

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

### **2.5.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung actual maupun potensial (SDKI, 2018).

- a. Nyeri Kronis b/d kondisi muskuloskeletal kronis.
- b. Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi.
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal.
- d. Gangguan citra tubuh b/d proses penyakit.
- e. Risiko Jatuh d/d Penggunaan alat bantu jalan

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri Kronis (D.0078)</p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi musculoskeletal kronis</li> <li>2. Kerusakan sistem saraf</li> <li>3. Penekanan saraf</li> <li>4. Infiltrasi tumor</li> <li>5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>6. Gangguan imunitas</li> <li>8. Riwayat posisi kerja statis</li> <li>9. Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>10. Kondisi pasca trauma</li> </ol>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>b. Keluhan nyeri menurun</li> <li>c. Meringis menurun</li> <li>d. Sikap protektif menurun</li> <li>e. Gelisah menurun</li> <li>f. Kesulitan tidur menurun</li> <li>g. Menarik diri menurun</li> <li>h. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>i. Diaphoresis menurun</li> <li>j. Perasaan depresi atau tertekan menurun</li> <li>k. Perasaan takut mengalami</li> <li>l. Cedera berulang menurun</li> <li>m. Anoreksia menurun</li> <li>n. Perineum terasa tertekan</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik,</li> </ul>

	<p>11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan 13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b> <b>Data Subjektif</b> - Mengeluh Nyeri - Merasa Depresi (tertekan) <b>Data Objektif</b> - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b> <b>Data Subjektif</b> - Merasa takut mengalami cedera berulang <b>Data Objektif</b> - Bersikap protektif - Waspada</p>	<p>menurun o. Uterus teraba membulat menurun p. Ketegangan otot menurun q. Pupil dilatasi menurun r. Muntah menurun s. Mual menurun t. Frekuensi nadi membaik u. Pola nafas membaik v. Tekanan darah membaik w. Proses berpikir membaik x. Fokus membaik y. Fungsi berkemih membaik z. Perilaku membaik aa. Nafsu makan membaik bb. Pola tidur membaik</p>	<p>biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Berikan Terapi Non Farmakologis (Kompres Air Jahe)</p> <p><b>Edukasi</b> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Kompres Air Jahe)</p> <p><b>Kolaborasi</b> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Defisit pengetahuan(D.0111).</p> <p><b>Definisi:</b> Ketiadaan atau kurangnya</p>	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan</p>	<p>Edukasi Proses Penyakit (I.12444)</p> <p><b>Observasi</b></p>

<p>informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan kognitif</li> <li>2. Gangguan fungsi kognitif</li> <li>3. Kekeliruan mengikutianjuran</li> <li>4. Kurang terpapar informasi</li> <li>5. Kurang minat dalam belajar</li> <li>6. Kurang mampu mengingat</li> <li>7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b></p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Data Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tersedia</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjalani pemeriksaan yang tidak</li> </ul>	<p>keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat dan Setelah dilakukan Tindakan keperawata n keluarga mampu mengenal masalah, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dan keluarga siap dan mampumenerima informasi</li> <li>2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit rheimaroid arthritis</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerimainformasi Terapeutik</li> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Berikan kesempatan bertanya</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab dan factor resiko penyakit</li> <li>- Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit</li> <li>- Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</li> <li>- Informasikan kondisi klien saat ini.</li> </ul>
---	---	---

	<p>tepat - Menunjukkan perilaku yang berlebihan</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaya hidup sehat</li> <li>2. Keamanan diri</li> <li>3. Keamanan fisik anak</li> <li>4. Kehamilan dan persalinan</li> <li>5. Kesehatan maternal pasca melahirkan</li> <li>6. Kesehatan maternalprekonsepsi</li> <li>7. Penyakit Kronis</li> </ol>		
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Muskuloskeletal (D.0054)</p> <p><b>Definisi :</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> </ol>	<p>Mobilitas Fisik (05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan mobilitas fisik meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan sendi meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi</li> <li>- Monitor kemajuan pasien/ keluarga dalam melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan materi, media, dan alat-alat seperti bantal, gait belt</li> <li>- Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan</li> </ul>

<p>5. Penurunan masa otot  6. Penurunan kekuatan otot  7. Keterlambatan perkembangan  8. Kekakuan sendi  9. Kontraktur  10. Malnutrisi  11. Gangguan musculoskeletal  12. Gangguan neuromuscular  13. Indeks masa tubuh diatas pesentil ke-75 sesuai usia  14. Efek agen farmakologis  15. Program pembatasan gerak  16. Nyeri  17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik  18. Kecemasan  19. Gangguan kognitif  20. Keengganan melakukan pergerakan  21. Gangguan sensori persepsi</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <b>Subjektif :</b>  1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas</p> <p><b>Objektif :</b>  1. Kekuatan otot menurun  2. Rentan gerak (ROM) menurun</p>		<p>sesuai kesepakatan dengan pasien dengan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontra indikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</li> <li>- Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi dirumah.</li> <li>- Demotrasikan cara melatih rentang gerak (misalkan gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dari kepala ke ekstremitas, Gerakan semua persendian sesuai dengan rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak para sisi ekstremitas yang parese dengan mengunkan ekstremitas yang normal.</li> </ul>
--	--	--



	<p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stroke</li> <li>- Cedera medulla spinalis</li> <li>- Trauma</li> <li>- Fraktur</li> <li>- Osteoarthritis</li> <li>- Osteomalasia</li> <li>- Keganasan</li> </ul>		
4.	<p>Gangguan citra tubuh(D.0083)</p> <p><b>Definisi :</b>Perubahan presepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu</p>	<p>Citra Tubuh (L.09067)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dapat</p>	<p>Promosi citra tubuh (I.093005)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahapperkembangan</li> <li>- Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, danumur terkait citra tubuh</li> </ul>

	<p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)</li> <li>2. Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)</li> <li>3. Perubahan fungsi kognitif</li> <li>4. Ketidaksiain budaya, keyakinan atau sistem nilai</li> <li>5. Transisi perkembangan</li> <li>6. Gangguan psikososial</li> <li>7. Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)</li> </ol> <p><b>Gejala Tanda Mayor :</b></p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang</li> <li>-</li> </ul>	<p>merawat anggota keluarga dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat bagian tubuh membaik</li> <li>2. Menyentuh bagian tubuh membaik</li> <li>3. Verbalisasi kecacatan tubuh membaik</li> <li>4. Verbalisasi kehilangan tubuh membaik</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> <li>- Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>- Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>- Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>- Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan</li> <li>- Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (luka, penyakit, pembedahan)</li> <li>- Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</li> <li>- Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>- Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>- Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (misal kelompok sebaya)</li> </ul>
--	---	---	---

	<p><b>Gejala Tanda Minor :</b></p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak mau mengungkapkan kecatatan.kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh</li> <li>- Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain</li> <li>- Mengungkapkan perubahangaya hidup</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyembunyikan</li> <li>- Menunjukanbagian tubuh secara berlebih</li> <li>- Menhindari melihat.dan atau menyentuh bagian tubuh</li> <li>- Fokus berllebian perubahan tubuh</li> <li>- Respon non-verbal pada perubahan dan presepsi tubuh</li> <li>- Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu</li> <li>- Hubungan social berubah</li> </ul>		<p>- Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p>
--	---	--	---

	<p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masektomi</li> <li>2. Ampitasi</li> <li>3. Jerawat</li> <li>4. Parut atau luka bakar yang terlihat</li> <li>5. Obesitas</li> <li>6. Hiperpigmentasi pada kehamilan</li> <li>7. Gangguan psikiatrik</li> <li>8. Program terapi neoplasma</li> <li>9. Alopecia chemically induces</li> </ol>		
5.	<p>Risiko Jatuh (D0143)</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh</p> <p><b>Faktor Risiko</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia &gt;65 tahun (pada dewasa) atau &lt;2 tahun (pada anak).</li> <li>2. Riwayat jatuh.</li> <li>3. Anggota gerak bawah prostesis (buatan).</li> <li>4. Penggunaan alat bantu berjalan.</li> <li>5. Penurunan tingkat kesadaran.</li> <li>6. Perubahan fungsi kognitif.</li> <li>7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing).</li> </ol>	<p>L.14138-Tingkat Jatuh.</p> <p><b>Definisi :</b> Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi.</p> <p><b>Ekspektasi :</b> Menurun.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur</li> <li>2. Jatuh saat berdiri</li> <li>3. Jatuh saat duduk</li> <li>4. Jatuh saat berjalan</li> <li>5. Jatuh saat dipindahkan</li> <li>6. Jatuh saat naik tangga</li> <li>7. Jatuh saat di kamar mandi</li> <li>8. jatuh saat membungkuk</li> </ol>	<p><b>Edukasi Pencegahan Jatuh (I.12047)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan kognitif dan fisik yang memungkinkan jatuh</li> <li>- Periksa kesiapan, kemampuan menerima informasi dan persepsi terhadap risiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko jatuh di rumah sakit maupun di rumah</li> <li>- Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p>

	<p>8. Kondisi pasca operasi.  9. Hipotensi ortostatik.  10. Perubahan kadar glukosa darah.  11. Anemia.  12. Kekuatan otot menurun.  13. Gangguan pendengaran.  14. Gangguan keseimbangan  15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus).  16. Neuropati.  17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <p>1. Osteoporosis.  2. Kejang.  3. Penyakit sebrovaskuler.  4. Katarak.  5. Glaukoma.  6. Demensia.  7. Hipotensi.  8. Amputasi.  9. Intoksikasi.  10. Preeklampsi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi</li> <li>- Ajarkan mengidentifikasi perilaku dan faktor yang berkontribusi terhadap risiko jatuh dan cara mengurangi semua faktor risiko</li> <li>- Ajarkan mengidentifikasi tingkat kelemahan, cara berjalan dan keseimbangan</li> <li>- Anjurkan meminta bantuan saat ingin menggapai sesuatu yang sulit</li> <li>- Jelaskan pentingnya alat bantu jalan untuk mencegah jatuh seperti tongkat, walker ataupun kruk – Jelaskan pentingnya handrail pada tangga, kamar mandi dan area jalan di rumah</li> <li>- Anjurkan menghindari objek yang membuat anak-anak dapat memanjat (mis, lemari, tangga, kursi tinggi)</li> <li>- Ajarkan memodifikasi area-area yang membahayakan di rumah</li> </ul>
--	--	---

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hidayah, 2019)

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (*formatif*) dan evaluasi hasil (*sumatif*) (Hidayah, 2019).

##### **a. Evaluasi Formatif**

Evaluasi Formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

#### b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, *Assesment*, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, *Assesment*, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R) (Hidayah, 2019).

### **2.6 Konsep Inovasi Aplikasi Kompres Hangat Menggunakan Jahe**

#### **2.6.1 Pengertian Jahe**

Jahe merupakan tanaman rimpang yang sangat populer sebagai rempah-rempah dan bahan obat. Rimpangnya berbentuk jemari yang menggembung di ruas-ruas tengah (Hesti & Cahyo, 2013)

#### **2.6.2 Manfaat Jahe**

Beberapa manfaat jahe diantaranya adalah untuk keperluan pembuatan obatobatan, khususnya obat herbal seperti masuk angin, sakit perut dan penghilang rasa nyeri. Hal itu terbukti ampuh karena jahe memiliki efek farmakologis yang berkhasiat sebagai obat dan mampu memperkuat khasiat obat yang dicampurkannya (Hesti & Cahyo, 2013).

#### **2.6.3 Tujuan Pemberian Kompres Hangan Menggunakan Jahe**

Jahe mengandung komponen aktif yaitu gingerol, gingerdione, dan zingeron yang mempunyai efek anti radang. Seiring dengan penurunan peradangan tersebut maka akan terjadi penurunan rasa nyeri. Sedangkan air

hangat bermanfaat untuk meningkatkan aliran darah, sehingga dengan meningkatnya aliran darah pada tubuh maka pasokan oksigen ke jaringan-jaringan di dalam tubuh juga akan meningkat. (Sriwiyati & Noviyanti, 2018).

### 2.3.4 Parameter Nyeri dan Karakteristik Pasien

Pasien yang mengalami nyeri sedang pada skala 4-6. Secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri dan dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsive terhadap tindakan yang akan dilakukan.

### 2.3.5 SOP (Standar Operasional Prosedur) Pembuatan Kompres Hangat Menggunakan Jahe

**Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur**

	<p><b>Persiapan alat dan bahan</b></p>	<p><b>Persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parutan.</li> <li>2. Timbangan 2 kg.</li> <li>3. Pisau kecil.</li> <li>4. Baskom kecil.</li> <li>5. Termos untuk air panas.</li> <li>6. Handuk kecil dengan ukuran 30x70cm, terdiri dari 2 handuk kecil</li> </ol> <p><b>Bahan-bahannya yaitu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jahe 100 gram</li> </ol>
--	--	---



		2. Air hangat kuku 40-50 °C
	<b>Cara Kerja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan jahe 100 gram.</li> <li>2. Cuci jahe sampai bersih.</li> <li>3. Kemudian jahe diparut.</li> <li>4. Siapkan baskom kecil dan isi air, isi dengan air hangat suhu 40-50 °C secukupnya untuk 100 gram jahe.</li> </ol>

Sumber: Asri Kusyani, 2018

### 2.3.6 Evidence Based Practice

*Evidence based practice* (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *evidence based practice* dalam kurikulum undergraduate juga dijelaskan didalam (Hidayat et al., 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *evidence based practice* pada *undergraduate student* merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai *registered nurses* (RN).

#### a. Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat

kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam nofi 2019).

b. Langkah Dalam Membuat EBP

Langkah 1 : Kembangkan semangat penelitian. Sebelum memulai dalam tahapan yang sebenarnya di dalam EBP harus ditumbuhkan semangat dalam penelitian sehingga klinikal akan lebih nyaman dan tertarik mengenai pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan perawatan pasien

Langkah 2 : Ajukan pertanyaan klinis dalam format PICOT pertanyaan klinis dalam format PICOT (Populasi pasien, Intervensi, Perbandingan intervensi atau kelompok, Outcome, Time) untuk menghasilkan *Evidence Based Practice* yang lebih baik dan relevan.

c. Hasil Review Artikel

Berdasarkan hasil pencarian artikel penelitian pada database Google Scholar, Berikut merupakan hasil telaah penelitian yang berkaitan dengan Kompres Hangat Air Jahe untuk *Rheumatoid Arthritis*. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi berjumlah 5 artikel. Hasil penelitian terdapat pada tabel dibawah ini :

### 2.3.6 Telaahan EBP Terkait Rheumatoid Arthritis

**Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur**

No	Penulis	Judul	Sample	Metode	Hasil
1	Rentawa ti Purba, Siti Marlina, Adi Arianto	Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Penurunan Skala Nyeri Arthritis Reumatoid Pada Lansia Di Desa Lau Rakit Dusun Ii Kecamatan Stm Hilir Kab Deli Serdang	Penelitian ini melibatkan 13 orang responden	Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian pre ekperimen dengan satu kelompok pre-post	Hasil penelitian ini terdapat adanya pengaruh kompres hangat jahe terhadap penurunan skala nyeri arthritis reumatoid pada lanisa di Desa Lau Rakit Kecamatan STM Hilir Kabupaten Deli SerdangSkala nyeri pada penderita arthritis reumatoid yang diberikan terapi kompres hangat jahe dengan

					<p>ketentua p-value  <math>&lt; \alpha = 0,005</math>  dengan  demikian  berlakuku  ketentuan <math>H_a</math>  diterima ada  pengaruh  kompres hangat  jahe terhadap  penurunan skala  nyeri arthritis  reumatoid .</p>
2	Diah Jerita Eka Sari , Masruro h	Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Intensitas Nyeri Rheumatoid Arthritis Pada Lansia	Populasi sebanyak 48 lansia, jumlah sampel sebanyak 43 lansia, menggunak an teknik	Penelitian ini menggunaka n desain Pra- Experimental dengan rancangan One Group Pre- Post Test Design	hasil penelitian di lapangan serta teori menunjukkan ada pengaruh dari pemberian kompres hangat jahe terhadap intensitas nyeri rheumatoid

			purposive sampling.		arthitis pada lansia di Puskesmas Pembantu Desa Gulbung Kabupaten Sampang, dibuktikan dengan perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan kompres hangat jahe. Hal ini dipengaruhi oleh kandungan dalam jahe seperti gingerol, shongaol dan zingerone yang memberikan
--	--	--	------------------------	--	---

					<p>efek fisiologi dan farmakologi seperti anti-inflamasi, anti-oksidan, analgesik, anti-karsinogenik, dan nontoksik, serta jahe memiliki efek panas dan pedas yang dapat meredakan nyeri, kaku dan spasme otot pada rheumatoid arthritis.</p>
3	Abd. Rahmat Muthalib, Sabirin B. Syukur,	Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Jahe Dalam Penurunan	Sampel dalam penelitian ini adalah 17 responden.	Metode penelitian kuantitatif menggunakan Quasi eksperimental	Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian kompres hangat

	Abdul Wahab Pakaya , Dewi Modjo	Nyeri Pada Penderita Rematik Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga		I pre-posttest. Teknik pengambilan sampel purposive sampling	jahe pada penurunan skala nyeri pada penderita reumatik di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. Pemberian kompres jahe termaksud tindakan pemberian nonfarmakologi untuk penanganan nyeri, nyeri responden pada penelitian mengalami penurunan setelah di berikan terapi
--	---------------------------------	--	--	--	---

					<p>kompres hangat jahe. Kompres hangat jahe membantu vasodilatasi pembuluh darah sehingga menurunkan nyeri. Hal ini dikarenakan responden saat diberikan terapi kompres hangat jahe merasakan kenyamanan dan merasa nyeri menurun.</p>
4	<p><i>Effect of Ginger Warm Compresses on Pain Intensity Reduction in Patients with Rheumatoid Arthritis</i> (Edison, 2019)</p>	<p>Efektivitas kompres hangat air jahe terhadap intensitas nyeri pada</p>	<p>Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang menderita</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode studi kasus deskriptif yang</p>	<p>Hasil penelitian yang telah dilakukan dari keseluruhan responden menunjukkan</p>



		Rheumatoid arthritis (Edison, 2019)	rheumatoid arthritis. Sampel sebanyak 15 responden.	merupakan salah satu jenis strategi dalam penelitian kualitatif, dengan pendekatan case study research (studi kasus)	bahwa sesudah dilakukan kompres jahe terdapat penurunan intensitas nyeri. Hal ini dapat dilihat dari lembar observasi responden.
5	Widya Arisandy, Suherwin, Nopianti	Penerapan Kompres Hangat Dengan Jahe Pada Rheumatoid Arthritis Terhadap Nyeri Kronis	Objek penelitian yang diteliti berjumlah 2 pasien yang mengalami rheumatoid arthritis	Tempat penelitian ini dilaksanakan di Panti Sosial Lanjut Usia Harapan Kita Palembang, selama 5 hari tanggal 11-16 Mei 2022	Penelitian yang didapatkan setelah implementasi pada pasien 1 dan 2 adalah penerapan kompres hangat dengan jahe pada kedua pasien dapat membantu

					menurunkan skala nyeri kronis pada lansia
--	--	--	--	--	---

**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

**3.1 PENGKAJIAN**

**3.1.1 Identitas**

1. Nama : Ny. A
2. Tempat /tgl lahir : Bandung, 10 Oktober 1948
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Cerai mati
5. Agama : Islam
6. Suku : Sunda
7. Masuk ke RPSTW : 26 Juli 2023

**3.1.2 Riwayat Kesehatan**

a. Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :

Nyeri pada bagian lutut

2. Gejala yang dirasakan :

Ny. A mengatakan mengalami nyeri pada persendian yaitu lutut dan siku yang sering kambuh pada pagi hari, Ny. A mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, Ny. A mengatakan lutut terasa kaku dan sulit untuk beraktifitas.

3. Faktor pencetus :

Ny. A mengatakan nyeri ketika melakukan aktivitas

4. Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak (✓) Bertahap
5. Upaya mengatasi : Ny. A mengatakan untuk mengatasi masalah nyeri pada lutut biasanya hanya istirahat atau minum obat rematik

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit yang pernah diderita :

Ny. A mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang berat sebelumnya, Ny. A mengatakan hanya mengalami demam dan batuk biasa, Ny. A mengatakan mengalami nyeri persendian sejak lama.

2. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu dll)

Ny. A mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, tetapi Ny. A mengatakan terkadang ketika makan sambal telur dan ikan laut mengalami gatal sedikit, tetapi tidak sampai ke alergi.

3. Riwayat kecelakaan

Ny. A mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan yang berat sebelumnya, Ny. A mengatakan hanya terpeleset biasa dan tidak parah

4. Riwayat pernah dirawat di RS

Ny. A mengatakan selama hidupnya tidak pernah dirawat di rumah sakit

5. Riwayat pemakaian obat

Ny. A mengatakan pernah mengonsumsi obat untuk mengurangi rematik yang didapatkan dari poli klinik.

#### d. Riwayat Kesehatan

##### 1. Keluhan utama

Ny. A mengatakan mengalami nyeri pada bagian persendian terutama pada lutut yang menyebabkan Ny. A sulit untuk beraktifitas

##### 2. Riwayat penyakit sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian , Klien mengeluh nyeri pada kedua kaki, nyeri dirasakan bertambah ketika lama berdiri dan banyak bergerak dan nyeri berkurang ketika duduk, nyeri dirasakan seperti tertusuk tusuk dan juga linu, nyeri menyebar ke pergelangan kaki sampai paha, skala nyeri klien 4 (dari 1-10), nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa saat pagi hari ketika bangun.

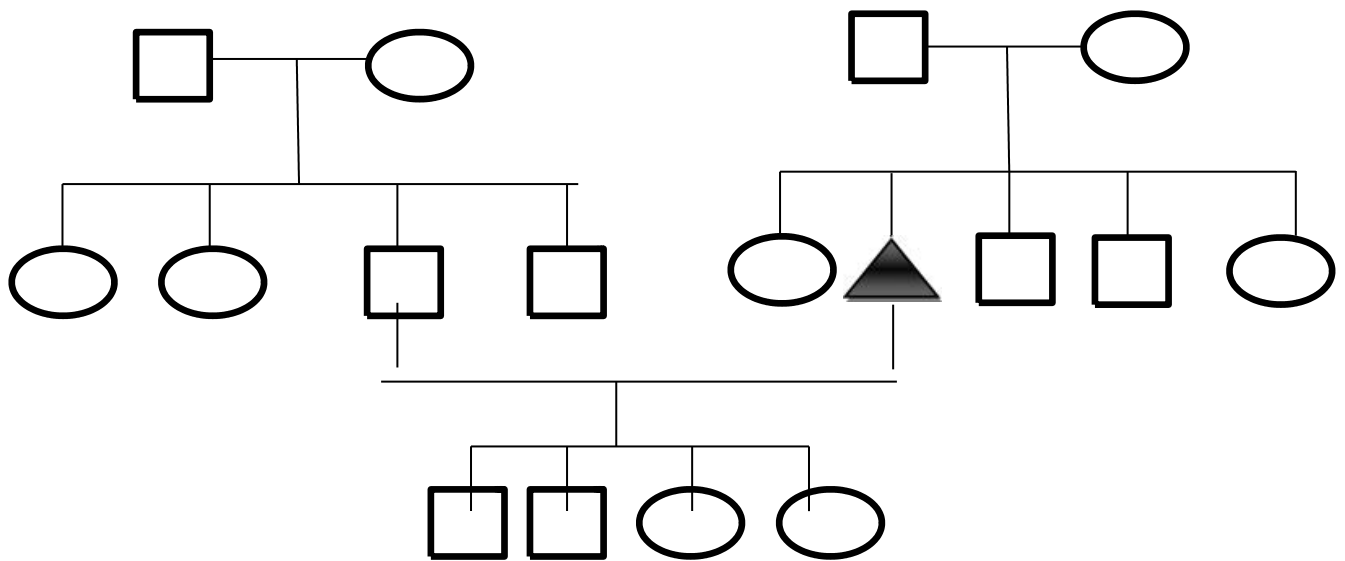
##### 3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit hipertensi









##### 4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien

## Genogram



## Keterangan :

-  : Laki – Laki
-  : Perempuan\
-  : Suami
-  : Isteri
-  : Klien / Pasien
-  : Tinggal Serumah
-  : Garis Perkawinan
-  : Garis Keturunan

### 3.1.3. Pengkajian / Pemeriksaan fisik

#### a. Keadaan Umum

- Tanda-tanda vital :

TD : 140/80 mmHg

Suhu : 36,6 °C

RR : 21 x/ menit

Nadi : 90 x/ menit

TB : 160 cm

BB : 53 kg

#### b. Kepala

- Inspeksi

Bentuk kepala Ny. A normal, distribusi merata, kulit kepala bersih, rambut terlihat putih, kulit kepala tampak sedikit berminyak.

- Palpasi

Pada saat dipalpasi tidak terdapat pembengkakan luka/lesi pada kepala, tidak terdapat kerontokan rambut pada Ny. A

#### c. Mata

- Inspeksi

Mata tampak simetris kiri dan kanan, terdapat adanya kekeruhan pada kornea, saat mengukur lapang pandang terdapat penurunan lapang pandang. Tidak tampak ada pembengkakan, luka/lesi, Ny. A tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

- Palpasi

Saat diraba tidak ada teraba pembengkakan, tidak ada nyeri tekan/lepas di daerah mata

d. Telinga

- Inspeksi

Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan, luka/lesi, tidak tampak cairan yang keluar dari telinga, fungsi pendengaran berkurang.

- Palpasi

Tidak ada nyeri tekan/lepas

e. Hidung

- Inspeksi

Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan, polip hidung tidak ada serta peradangan mukosa hidung tidak ada. Adanya penurunan kemampuan membau.

- Palpasi

Tidak teraba pembengkakan pada hidung (sinus) atau yang lainnya, tidak ada nyeri tekan atau lepas di daerah hidung.

f. Mulut, Gigi dan Bibir

- Inspeksi

Mulut tampak kotor terdapat mulut berbau, Ny. A jarang membersihkan mulut dan gigi karna keterbatasan nyeri reumatik untuk kekamar mandi.



- Palpasi

Pada saat dilakukan palpasi tidak teraba benjolan atau masa pada bibir.

g. Thorak

- Inspeksi

Tidak terdapat retraksi dinding dada, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, tidak tampak bantuan otot pernafasan, pernafasa 21 x/ menit

- Palpasi

Saat dipalpasi tidak ada teraba massa/pembengkakan di dada, tidak ada nyeri tekan/lepas

- Perkusi

Saat diperkusi terdengar bunyi sonor di seluruh lapang paru (kiri dan kanan)

- Auskultasi

Saat diauskultasi tidak terdengar adanya bunyi suara nafas tambahan

h. Abdomen

- Inspeksi

Tidak ada distensi abdomen, tidak tampak pembengkakan/massa pada abdomen.

- Auskultasi

Saat diauskultasi terdengar bising usus 8 x/i

- Perkusi

Saat diperkusi terdengar bunyi tympani

- Palpasi

Saat dipalpasi tidak teraba adanya massa/pembengkakan, hepar dan limpa tidak teraba, tidak ada nyeri tekan/lepas di daerah abdomen

i. Kulit

- Inspeksi

Pada saat dilakukan pemeriksaan tidak terdapat perlukaan ataupun lesi, kulit tampak kering dan mulai berkeriput.

- Palpasi

Pada saat dilakukan pemeriksaan tidak teraba pembengkakan luka/lesi pada kulit, kulit teraba hangat.

j. Ekstremitas Atas

Pada ekstremitas atas kuku jari tangan tampak pendek, bersih, turgor kulit baik, tidak ada kelainan, kulit tampak mulai berkeriput, akral teraba hangat,  $\geq$  CRT 2 detik, kekuatan otot

5	5
4	4

k. Ekstremitas Bawah

Pada ekstremitas bawah terdapat nyeri pada persendian yaitu pada lutut, turgor kulit baik, kuku pendek, bersih, tidak ada oedema, tidak ada kelainan, akral teraba hangat,  $\geq$  CRT 2 detik, kekuatan otot

5	5
4	4

1. Nutrisi Metabolik dan Kebutuhan cairan

1. Menghitung Body Mass Index (BMI) :

2. **Tabel 3. 1 Body Massa Index**

<b>BB</b>		
<b>TB x TB (m)</b>		
BB : Berat Badan		
TB : Tinggi Badan satuan meter		
STATUS	KATEGORI	BATAS AMBANG
<b>KURUS</b>	Kekurangan BB Tingkat Berat	<b>&lt; 17,00</b>
	Kekurangan BB Tingkat Ringan	<b>17,00 s.d 18,50</b>
<b>NORMAL</b>	Ideal	<b>&gt; 18,50 s.d 25,00</b>
<b>KEGEMUKAN</b>	Kelebihan BB Tingkat Ringan (Overweight)	<b>&gt; 25,00 s.d 27,00</b>
	Kelebihan BB Tingkat Berat (Obesitas)	<b>&gt; 27,00</b>
<b>PEMERIKSAAN</b>	$\frac{53}{1.6 \times 1.6} = 20.70$	

3. Rumus Menghitung Kebutuhan Kalori (Dewasa)

**Tabel 3. 2 Kebutuhan Kalori (Dewasa)**

<b>Keb. EMB (AMB)</b>	1 Kal X BB Klien X 24 Jam	= A Kalori
<b>AMB + Aktifitas Fisik</b>	AMB (Tabel) X A Kalori	= B Kalori
<b>Jadi Kebutuhan Kalori Perhari adalah</b>		<b>B Kalori</b>
<b>TABEL Aktifitas Metabolisme Basal (AMB)</b>		
<b>AKTIFITAS</b>	<b>LAKI – LAKI</b>	<b>PEREMPUAN</b>

Sangat Ringan	1,30	1,30
Ringan	1,65	1,55
Sedang	1,76	1,70
Berat	2,10	2,00

Hasil Hitungan Kalori Pasien :

$$\text{Keb. EMB (AMB)} : 1 \text{ Kal} \times 53 \times 24 \text{ Jam} = 1272 \text{ Kal}$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas Fisik} : 1,30 \times 1.272 \text{ Kal} = 1.653,6$$

Jadi, Kebutuhan kalori perhari adalah 1.653,6 kkal

1. Rumus Kebutuhan Cairan (Holliday & Segar)

Dewasa

$$\text{BB } 10 \text{ kg pertama} = 1 \text{ ltr/hr cairan}$$

$$\text{BB } 10 \text{ kg kedua} = 0,5 \text{ ltr/hr cairan}$$

$$\text{BB} \gg 10 \text{ kg} = 20 \text{ mL} \times \text{sisa BB}$$

Hasil Penghitungan Kebutuhan Cairan Pasien :

$$\text{BB } 10 \text{ kg pertama} = 1 \times 10 = 1000 \text{ ml}$$

$$\text{BB } 10 \text{ kg kedua} = 0,5 \times 10 = 500 \text{ ml}$$

$$\text{BB} \gg 10 \text{ Kg} = 20 \text{ mL} \times 33 = 660 \text{ ml}$$

$$\text{Jadi Keb. Cairan pasien} = 1000+500+660 = 2.160 \text{ ml}$$

**Tabel 3. 3 Nutrisi Metabolik**

No	Jenis	Sebelum disarankan	Setelah disarankan
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi putih, sayur, tahu	Nasi putih, sayur, daging
	Keb. Kalori	1.653,6 kkal	1.653,6 kkal
	Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	Frekuensi	3x Sehari	3x Sehari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Sayur asem	Sayur asem
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik
2	Pola Minum		
	Jenis	Air Putih, The	Air putih,
	Keb. Cairan	2.160 ml 5-	2.160 ml
	Frekuensi	8x/hari 5-8	5-8x/hari
	Jumlah	gelas	5-8 gelas
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Air teh manis	Air teh manis

No	Jenis	Sebelum disarankan	Setelah disarankan
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi, sayur sop, tempe	Nasi putih, bola bola ayam, tahu, sayur sop
	Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	Keb. Kalori	1.653,6 kkal	1.653,6 kkal
	Frekuensi	3x Sehari	3x Sehari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Sayur asem	Sayur asem
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik
2	Pola Minum		
	Jenis	Air Putih, Teh	Air putih,
	Keb. Cairan	2160 ml 5-	2160 ml
	Frekuensi	8x/hari 5-8	5-8x/hari
	Jumlah	gelas	5-8 gelas
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Air teh manis	Air teh manis

No	Jenis	Sebelum disarankan	Setelah disarankan
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, daging	Nasi, sayur, daging ayam
	Keb. Kalori	1.653,6 kkal	1.653,6 kkal
	Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	Frekuensi	3x Sehari	3x Sehari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Sayur asem	Sayur asem
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik
2	Pola Minum		
	Jenis	Air Putih, energen	Air putih,
	Keb. Cairan	2160 ml 5-	2160 ml
	Frekuensi	8x/hari	5-8x/hari
	Jumlah	5-8 gelas	5-8 gelas
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Air teh manis	Air teh manis

## O. Pola Eliminasi

Tabel 3.4 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1	BAB Frekuensi Warna Masalah	1-2x/hari Kuning Tidak ada	1x/hari Kecoklatan Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada

No	Jenis	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1	BAB Frekuensi Warna Masalah	1-2x/hari Kuning Tidak ada	1x/hari Kecoklatan Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada

No	Jenis	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1	BAB Frekuensi Warna Masalah	1-2x/hari Kuning Tidak ada	1x/hari Kecoklatan Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada	4-5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada



## n. Pola Aktifitas Sehari-hari

**Tabel 3. 5 Pola Aktifitas Sehari-hari**

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1	Mandi	<input type="checkbox"/>				
2	Berpakaian	<input type="checkbox"/>				
3	Eliminasi	<input type="checkbox"/>				
4	Mobilisasi di tempat tidur	<input type="checkbox"/>				
5	Berpindah	<input type="checkbox"/>				
6	Berjalan	<input type="checkbox"/>				
7	Berbelanja	<input type="checkbox"/>				
8	Memasak	<input type="checkbox"/>				
9	Naik tangga	<input type="checkbox"/>				
10	Pemeliharaan rumah / ruangan	<input type="checkbox"/>				

Ket: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

2 = Dibantu orang lain-alat

3 = Tergantung / tidak mampu

Hasil : Mandiri

## o. Pola Persepsi Kognitif

Berbicara :

Klien masih bias berbicara dengan baik dan jelas

Bahasa :

Klien menggunakan bahasa sehari-hari yaitu sunda

Kemampuan membaca :

Klien masih bias membaca namun harus dalam jarak dekat

Tingkat ansietas :

Klien tampak cemas karena ingin pulang keumahnya .

Kemampuan Berinteraksi :

Klien dapat berinteraksi dengan anggota panti lainnya.

## p. Pola Istirahat Tidur

**Tabel 3. 6 Pola Istirahat Tidur**

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan	1 jam Tidak ada	30 menit Tidak ada
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan	19.00-03.00 8 jam Tidak ada	19.00-03.00 8 jam Tidak ada

## q. Pola Konsep Diri

*( Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asetif atau passive, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup / relaks ).*

Konsep Diri :

Klien mengatakan pasrah dengan penyakit yang dideritanya saat ini

Ideal Diri :

Klien mengatakan ingin segera pulang ke rumah

Harga Diri :

Klien mengatakan sedih karena dia diantarkan oleh menantunya ke panti ini

Identitas Diri :

Klien mengatakan bahwa ia adalah seorang ibu dari 4 orang anak

Peran Diri :

Klien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga yang setiap harinya hanya mengurus rumah dan anaknya.

r. 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 dl ).*

Hasil Kajian :

Klien berhubungan baik dengan anggota panti yang lainnya, klien juga aktif dalam melakukan kegiatan yang ada dipanti seperti mengikuti senam pagi lalu dilanjutkan dengan mengaji bersama.

s. Pola Reproduksi dan seksual

*( Menggambarkan kepuasan atau masalah yang actual atau dirasakan dengan seksualitas, Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hub sex, pemeriksaan genital, dll. )*

Hasil Kajian :

Klien sudah menikah dan memiliki 4 orang anak dan kini suaminya telah meninggal dunia dan klien sudah menopause.

t. Pola Keyakinan dan Nilai

*(Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit).*

Hasil kajian :

Klien beragama islam, rajin melaksanakan shalat 5 waktu dan mengikuti pengajian yang diadakan di panti

u. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

1. Kondisi emosi / perasaan klien
2. Apa suasana hati yang menonjol pada klien ( sedih / gembira )
3. Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya ( ya / tdk )
4. Kebutuhan Spiritual Klien : Sholat, mengaji

5. Kebutuhan untuk beribadah ( terpenuhi / tidak terpenuhi )
6. Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual : Tidak ada masalah
7. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual : Tidak ada masalah

**PENGAJIAN FUNGSI KOGNITIF (SPMSQ)**

<b>No</b>	<b>Item Pertanyaan</b>	<b>Benar</b>	<b>Salah</b>
1	Jam berapa sekarang? Jawab	<input type="checkbox"/>	
2	Tahun berapa sekarang? Jawab	<input type="checkbox"/>	
3	Kapan Bapak/Ibulahir? Jawab	<input type="checkbox"/>	
4	Berapaumur Bapak/Ibusekarang ? Jawab	<input type="checkbox"/>	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab	<input type="checkbox"/>	
6	Berapajumlah anggotakeluargayang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab	<input type="checkbox"/>	
7	Siapa namaanggotakeluarga yang tinggalbersama Bapak/Ibu ? Jawab	<input type="checkbox"/>	
8	Tahun berapa Hari KemerdekaanIndonesia? Jawab	<input type="checkbox"/>	
9	Siapa namaPresidenRepublik Indonesia sekarang ? Jawab	<input type="checkbox"/>	
10	Coba hitungterbalikdariangka 20ke 1? Jawab	<input type="checkbox"/>	
	<b>Jumlah</b>	<b>10</b>	

Hasil = 10 Skore benar (Tidak ada gangguan)

Analisis Hasil

Skore Benar : 8 – 10 : tidak ada gangguan

Skore Benar : 0 – 7 : ada gangguan

### FORMAT PENGKAJIAN MMSE

NO	ITEMPENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI	<input type="checkbox"/>	
	1. Tahun berapa sekarang?	<input type="checkbox"/>	
	2. Musimapa sekarang?	<input type="checkbox"/>	
	3. Tanggalberapasekarang ?	<input type="checkbox"/>	
	4. Hari apa sekarang ?	<input type="checkbox"/>	
	5. Bulan apasekarang?	<input type="checkbox"/>	
	6. Dinegara manaanda tinggal?	<input type="checkbox"/>	
	7. Di Provinsi manaandatinggal?	<input type="checkbox"/>	
	8. Di kabupatenmana anda tinggal?	<input type="checkbox"/>	
	9. Di kecamatanmana anda tinggal?	<input type="checkbox"/>	
	10. Di desa mana andatinggal ?		<input type="checkbox"/>
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkankantigaobyek		
	11. Kursi	<input type="checkbox"/>	
	12. Pulpen	<input type="checkbox"/>	
	13. Kerudung	<input type="checkbox"/>	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5kata dari belakang, misal”BAPAK“		
	14. K	<input type="checkbox"/>	
	15. A	<input type="checkbox"/>	
	16. P	<input type="checkbox"/>	
	17. A	<input type="checkbox"/>	
	18. B	<input type="checkbox"/>	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		

	19. Kursi	<input type="checkbox"/>	
	20. Pulpen	<input type="checkbox"/>	
	21. Kerudung	<input type="checkbox"/>	

5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	<input type="checkbox"/>	
	23. Pensil	<input type="checkbox"/>	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. "Tak ada jika, dan, atau tetapi"		<input type="checkbox"/>
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	<input type="checkbox"/>	
	26. Lipat dua!	<input type="checkbox"/>	
	27. Taruh di lantai!	<input type="checkbox"/>	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	<input type="checkbox"/>	
	29. Tuliskan satu kalimat		<input type="checkbox"/>
	30. Salingambar		<input type="checkbox"/>
	JUMLAH	26	4

Analisis hasil :

Nilai  $\leq 21$  : Kerusakan kognitif

**PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL**  
**(Indeks Kemandirian Katz )**

	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri:</p> <p>Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Ketergantungan:</p> <p>Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	<input type="checkbox"/>	
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri:</p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung:</p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>	<input type="checkbox"/>	
3	<p>Ke Kamar Kecil</p> <p>Mandiri:</p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung:</p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	<input type="checkbox"/>	
4	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri:</p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung:</p> <p>Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	<input type="checkbox"/>	



5	<p>Mandiri:</p> <p>BAK danBAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung:</p> <p>Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot,enema danpembalut (pampers )</p>	□	
6	<p>Makan</p> <p>Mandiri:</p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung:</p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali,dan makan parenteral ( NGT )</p>	□	

### Hasil Pengkajian:

Hasil pengkajian Ny. A berada paa kategori Katz Indeks A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

### Analisis Hasil:

- Indeks Katz A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
- Katz Index B yaitu kemandirian dalam 5 aktivitas.
- Katz Index C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
- Katz Index D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
- Katz Index E yaitu kemandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambhan.
- Katz Index F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
- Katz Index G yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut.

**SCREENING FAAL**  
**FUNGTIONAL REACH (FR) TEST**

NO	LANGKAH
1	MINTA PASIEN BERDIRI DISISITEMBOK DENGAN TANGAN DIRENTANGKAN KEDEPAN
2	BERITANDA LETAK TANGANI
3	MINTA PASIEN CONDONG KEDEPANTANPAMELANGKAH SELAMA
4	BERITANDA LETAK TANGANKE IIPADA POSISI CONDONG
5	UKUR JARAKANTARA TANDATANGAN I&KE II

**INTERPRETASI :**

USIA LEBIH 70 TAHUN : KURANG 6 INCHI: RESIKO ROBOH

Hasil Pemeriksaan :

Setelah dilakukan screening faal fungtional reach (FR) test hasilnya adalah 4 inchi artinya klien beresiko roboh

**THE TIMED UPANDGO(TUG) TEST**

NO	LANGK
1	POSISI PASIEN DUDUK DIKURSI
2	MINTA PASIENBERDIRIDARI KURSI, BERJALAN10 LANGKAH(3METER),KEMBALI KE KURSI, UKURWAKTU DALAM DETIK

**INTERPRETASI :**

Score:

≤ 10 detik : low risk of falling  
 11 -19 detik : low to moderaterisk for falling  
 20 – 29 detik : moderate to highrisk for falling  
 ≥ 30 detik : impaired mobilityand is at high risk of falling

Hasil Pemeriksaaan :

Setelah dilakukan pemeriksaan TUG hasil menunjukan klien berjalan dalam waktu 20-29 detik yang artinya klien berada pada kategori moderate to highrisk for falling

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE  
( SKALA DEPRESI )**

NO	PERTANYAAN		
1	APAKAHANDA SEBENARNYA PUAS DENGAN KEHIDUPAN ANDA?	TIDAK	<input type="checkbox"/>
2	APAKAHANDA TELAH MENINGGALKAN BANYAK KEGIATAN DAN MINAT/KESENANGANANDA	<input type="checkbox"/>	YA
3	APAKAHANDA MERASA KEHIDUPANANDA KOSONG?		<input type="checkbox"/>
4	APAKAHANDA SERING MERASA BOSAN?		<input type="checkbox"/>
5	APAKAHANDA MEMPUNYAISEMANGAT YANGBAIK SETIAP SAAT?	TIDAK	<input type="checkbox"/>
6	APAKAHANDA MERASA TAKUTSESUATU YANGBURUK AKAN TERJADIPADAANDA?		<input type="checkbox"/>
7	APAKAHANDA MERASA BAHAGIA UNTUK SEBAGIAN BESAR HIDUP ANDA?	TIDAK	<input type="checkbox"/>
8	APAKAHANDA MERASA SERING TIDAKBERDAYA?	<input type="checkbox"/>	YA
9	APAKAHANDALEBIH SERINGDIRUMAH DARIPADA PERGI KELUAR DANMENERJAKAN SESUATU HAL YANGBARU?	<input type="checkbox"/>	YA
10	APAKAHANDA MERASA MEMPUNYAI BANYAK MASALAH DENGANDAYAINGAT ANDA DIBANDINGKAN KEBANYAKAN ORANG ?	<input type="checkbox"/>	YA
11	APAKAHANDA PIKIRBAHWA KEHIDUPANANDA SEKARANG MENYENANGKAN?	TIDAK	<input type="checkbox"/>
12	APAKAHANDA MERASA TIDAKBERHARGA SEPERTI PERASAAN ANDASAATINI?		<input type="checkbox"/>
13	APAKAHANDA MERASA PENUHSEMANGAT?	TIDAK	<input type="checkbox"/>
14	APAKAHANDA MERASA BAHWA KEADAAN ANDATIDAK ADAHARAPAN?	<input type="checkbox"/>	YA
15	APAKAHANDA PIKIRBAHWA ORANGLAIN,LEBIHBAIK KEADAANNYADARIPADAANDA?	<input type="checkbox"/>	YA

Hasil : skor 4

\*) SETIAP JAWABAN YANG SESUAI MEMPUNYAI SKOR “1 “(SATU) :

SKOR 5-9 : KEMUNGKINAN DEPRESI

SKOR 10 >: DEPRESI

## SKORNORTON

(untuk menilai potensi dekubitus)

Nama penderita :Ny. A

Skor Kondisi Fisik umum:

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

Kesadaran:

-Konsentis	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

**Inkontines:**

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

Skor Total : 20

Kategori skor :

15-20 = Kecil sekali/ tidak terjadi

12-15 = Kemungkinan kecil terjadi

< 12 = Kemungkinan besar terjadi

### 3.1.4 Analisa Data

**Tabel 3. 7 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. A mengatakan nyeri padakedua kaki, dari lutut sampai kaki bawah.</li> <li>- Ny. A mengatakan kaki terasa nyeri seperti di sayat-sayat.</li> <li>- Ny. A mengatakan nyeri memberat apabila terkena udara dingin</li> <li>- Ny. A mengatakan jika nyerinya timbul Ny. A hanya beristirahat dikamar</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> <li>- Skala nyeri 4 (1-10)</li> <li>- Klien tampak bersikap protektif</li> </ul>	<p>Reaksi faktor R dengan antibody, faktor metabolik, infeksi dengan kecenderungan virus.</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p style="text-align: center;">Reaksi peradangan</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p style="text-align: center;">Nyeri</p>	Nyeri Kronis

2	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan merasakan kekakuan di sekitar lutut pada pagi hari</li> <li>b. Klien mengatakan lutut tidak bisa ditekuk</li> <li>c. Klien mengatakan nyeri saat bergerak</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sendi kaku</li> <li>b. Kekuatan menurun</li> <li>c. Gerakan terbatas</li> <li>d. Fisik lemah</li> </ul>	<p>Reaksi faktor R dengan antibody, faktor metabolik, infeksi dengan kecenderungan virus.</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Reaksi peradangan</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Kekakuan sendi</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	Gangguan Mobilitas Fisik
3	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengeluh linu pada bagian lutut</li> <li>b. Klien megatakan lutut terasa nyeri terutama ketika beraktivitas</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak menggunakan alat bantu jalan</li> <li>b. Kekuatan otot menurun (4)</li> <li>c. Gangguan keseimbangan</li> <li>d. Screening faal menunjukkan klien beresiko roboh</li> <li>e. Hasil screening TUG klien berada pada kategori resiko tinggi jatuh</li> </ul>	<p>Reaksi faktor R dengan antibody, faktor metabolik, infeksi dengan kecenderungan virus.</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Reaksi peradangan</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Synovial menebal</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Infiltrasi dalam os. subcondria</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Tendon dan ligamen melemah</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Hilangnya kekuatan</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p><b>Risiko Jatuh</b></p>	Risiko jatuh

### 3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan Agen Pencedera Biologis (Inflamasi Sendi) ditandai dengan

**DS :**

- Ny. A mengatakan nyeri padakedua kaki, dari lutut sampaikaki bawah.
- Ny. A mengatakan kaki terasa nyeri seperti di sayat-sayat.
- Ny. A mengatakan nyeri memberat apabila terkena udara dingin
- Ny. A mengatakan jika nyerinya timbul Ny. A hanya beristirahat dikamar

**DO :**

- Klien tampak meringis
- Klien tampak tidak mampu menuntaskan aktivitas
- Skala nyeri 4 (1-10)
- Klien tampak bersikap protektif

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:

**DS:**

- Klien mengatakan merasakan kekakuan di sekitar lutut pada pagi hari
- Klien mengatakan lutut tidak bisa ditekuk
- Klien mengatakan nyeri saat bergerak

**DO:**

- Sendi kaku
- Kekuatan menurun
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah



3. Risiko Jatuh dibuktikan dengan

**DS:**

- Klien mengeluh linu pada bagian lutut
- Klien megatakan lutut terasa nyeri terutama ketika beraktivitas

**DO:**

- Klien tampak menggunakan alat bantu jalan
- Kekuatan otot menurun (4)
- Gangguan keseimbangan
- Screening faal menunjukkan klien beresiko roboh
- Hasil screening TUG klien berada pada kategori resiko tinggi jatuh

### 3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri Kronis (D.0078)</p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensorik atau emosiaonal yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Kondisi musculoskeletalkronis</li> <li>7. Kersuakan sistem saraf</li> <li>8. Penekanan saraf</li> <li>9. Infiltrasi tumor</li> <li>10. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>6. Gangguan imunitas</li> <li>14. Riwayat posisi kerja statis</li> <li>15. Peningkatan indeks massatubuh</li> <li>16. Kondisi pasca trauma</li> </ul>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil : Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur Menurun</li> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap responnyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik,</li> </ul>

	<p>17. Tekanan emosional 18. Riwayat penganiayaan 19. Riwayat penyalahgunaan obat/zat</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b> <b>Data Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh Nyeri</li> <li>- Merasa Depresi (tertekan)</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b> <b>Data Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa takut mengalami cedera berulang</li> </ul> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersikap protektif</li> <li>- Waspada</li> </ul>	<p>10. Proses berpikir membaik 11. Pola tidur membaik</p>	<p>biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Berikan Terapi Non Farmakologis (Kompres Air Jahe)</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Kompres Air Jahe)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Muskuloskeletal (D.0054)	Mobilitas Fisik (05042)  Setelah dilakukan tindakan	Dukungan mobilisasi (I.05173)  <b>Observasi</b>

	<p><b>Definisi :</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan masa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuskular</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas pesentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatasan gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Kecemasan</li> </ol>	<p>keperawatan didapatkan mobilitas fisik meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan sendi meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi indikasi dan kontra indikasi mobilisasi</li> <li>- Monitor kemajuan pasien/ keluarga dalam melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan materi, media, dan alat-alat seperti bantal, gait belt</li> <li>- Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dengan keluarga</li> <li>- Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontra indikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</li> <li>- Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah.</li> <li>- Demotrasikan cara melatih rentang gerak (misalkan gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dari kepala ke ekstremitas, Gerakan semua persendian</li> </ul>
--	--	--	---

<p>19. Gangguan kognitif  20. Keengganan melakukan pergerakan  21. Gangguan sensori persepsi</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <b>Subjektif :</b>  1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas  <b>Objektif :</b>  1. Kekuatan otot menurun  2. Rentan gerak (ROM) menurun</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b>  <b>Subjektif:</b>  1. Nyeri saat bergerak  2. Enggan melakukan pergerakan  3. Merasa cemas saat bergerak  <b>Objektif:</b>  1. Sendi kaku  2. Gerakan tidak terkoordinasi  3. Gerakan terbatas  4. Fisik lemah</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b>  - Stroke  - Cedera medulla spinalis  - Trauma</p>		<p>sesuai dengan rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak para sisi ekstremitas yang paresis dengan menggunakan ekstremitas yang normal.</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur</li> <li>- Osteoarthritis</li> <li>- Osteomalasia</li> <li>- Keganasan</li> </ul>		
3.	<p>Risiko Jatuh (D0143)</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh</p> <p><b>Faktor Risiko</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia &gt;65 tahun (pada dewasa) atau &lt;2 tahun (pada anak).</li> <li>2. Riwayat jatuh.</li> <li>3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan).</li> <li>4. Penggunaan alat bantu berjalan.</li> <li>5. Penurunan tingkat kesadaran.</li> <li>6. Perubahan fungsi kognitif.</li> <li>7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing).</li> <li>8. Kondisi pasca operasi.</li> <li>9. Hipotensi ortostatik.</li> <li>10. Perubahan kadar glukosa darah.</li> <li>11. Anemia.</li> <li>12. Kekuatan otot menurun.</li> <li>13. Gangguan pendengaran.</li> </ol>	<p>L.14138-Tingkat Jatuh.</p> <p><b>Definisi :</b> Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi.</p> <p><b>Ekspektasi :</b> Menurun.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jatuh dari tempat tidur</li> <li>10. Jatuh saat berdiri</li> <li>11. Jatuh saat duduk</li> <li>12. Jatuh saat berjalan</li> <li>13. Jatuh saat dipindahkan</li> <li>14. Jatuh saat naik tangga</li> <li>15. Jatuh saat di kamar mandi</li> <li>16. jatuh saat membungkuk</li> </ol>	<p><b>Edukasi Pencegahan Jatuh (I.12047)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan kognitif dan fisik yang memungkinkan jatuh</li> <li>- Periksa kesiapan, kemampuan menerima informasi dan persepsi terhadap risiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko jatuh di rumah sakit maupun di rumah</li> <li>- Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi</li> <li>- Ajarkan mengidentifikasi perilaku dan faktor yang berkontribusi terhadap risiko jatuh dan cara mengurangi semua faktor risiko</li> </ul>

	<p>14. Gangguan keseimbangan  15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus).  16. Neuropati.  17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osteoporosis.</li> <li>2. Kejang.</li> <li>3. Penyakit sebrovaskuler.</li> <li>4. Katarak.</li> <li>5. Glaukoma.</li> <li>6. Demensia.</li> <li>7. Hipotensi.</li> <li>8. Amputasi.</li> <li>9. Intoksikasi.</li> <li>10. Preeklampsi.</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan mengidentifikasi tingkat kelemahan, cara berjalan dan keseimbangan</li> <li>- Anjurkan meminta bantuan saat ingin menggapai sesuatu yang sulit</li> <li>- Jelaskan pentingnya alat bantu jalan untuk mencegah jatuh seperti tongkat, walker ataupun kruk – Jelaskan pentingnya handrail pada tangga, kamar mandi dan area jalan di rumah</li> <li>- Anjurkan menghindari objek yang membuat anak-anak dapat memanjat (mis, lemari, tangga, kursi tinggi)</li> <li>- Ajarkan memodifikasi area-area yang membahayakan di rumah</li> </ul>
--	--	--	---

### 3.4 Implementasi

**Tabel 3. 9 Implementasi**

<b>No Dx</b>	<b>Diagnosa Kepeawatan</b>	<b>Tanggal/Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
1	Nyeri Kronis	Tanggal : 12 Febuari 2024  Pukul: 1. 07.00 2. 07.10          3. 07.15	1. Mengidentifikasi skala nyeri S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O: Skala nyeri 3  2. Mengidentifikasi respon nyeri verbal - S : Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan juga linu, nyeri dirasakan menyebar ke pergelangan kaki sampai ke paha, nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa saat pagi hari ketika bangun tidur - O: Klien tampak meringis kesakitan  3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - S: Klien mengatakan nyeri dirasakan bertambah ketika lama berdiri dan banyak bergerak dan nyeri	Jam 11.00 Wib S : - Ny.A mengatakan nyeri sedikit berkurang O : - Klien tampak tenang - Skala nyeri 3 dari (1-10) - TTV : TD : 130/80 N : 87x/Menit R : 19x/menit S : 36,3°C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri verbal	<b>Wulan</b>



			<p>berkurang ketika duduk - O: Klien tampak meringis ketika disuruh berdiri</p> <p>4. Mengkaji TTV: Hasil : TD : 140/80mmHg N : 88x/menit R : 20x/m S : 36°C</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>5. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>(Kompres Air Jahe)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Klien mengatakan terasa nyaman ketika dikompres hangat jahe</li> <li>- O: -Klien melakukan kompres air jahe yang telah disiapkan</li> <li>- Klien tampak nyaman</li> </ul> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologi <b>(Kompres Air Jahe)</b> untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Klien mengatakan sudah memahami teknik nonfarmakologi (Kompres Air Jahe) yang diajarkan</li> <li>- O: Pemberian kompres air kahe dilakukan dengan waktu 10-15 menit)</li> </ul>	<p>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>4. Identifikasi TTV</p> <p>5. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>(Kompres Air Jahe)</b></p> <p>6. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p>	
--	--	--	---	---	--

2	Gangguan Mobilitas Fisik	09.00  09.15    09.20  09.25	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Klien mengeluh nyeri pada bagian lutut terutama saat beraktivitas</li> <li>- O: Klien tampak memegang lututnya ketika berjalan</li> </ul> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut ketika berjalan</li> <li>- O: Klien masih mampu berdiri sendiri tanpa tongkat namun tidak dapat berjalan jauh</li> </ul> <p>3. Fasilitasi aktivitas ambulansi.</p> <p>R: Klien diberikan tongkat untuk membantunya berjalan</p> <p>4. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi</p> <p>S: Klien mengatakan sudah memahami tentang prosedur ambulansi yang diajarkan</p> <p>O: Klien tampak memahami informasi yang diberikan tentang ambulansi</p>	<p>Jam 11.30 Wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.A mengatakan nyeri pada bagian lututnya sudah berkurang</li> <li>- Ny. A mengatakan sudah mengerti tentang teknik ambulansi yang sudah diajarkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. A tampak susah untuk berjalan</li> <li>- Memiliki nilai resiko tinggi jatuh</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <p>5 5 4 4</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi</li> <li>2. Fasilitasi mobilisasi fisik</li> <li>3. Ajarkan ambulansi sederhana</li> </ol>	<b>Wulan</b>
---	--------------------------	--	---	---	--------------

		09.35	<p>5. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan  S: Klien mengatakan nyeri ketika berjalan  O: klien dianjurkan untuk latihan berjalan</p>		
3.	Risiko Jatuh	<p>13.00</p> <p>13.15</p> <p>13.25</p>	<p>1. Identifikasi Faktor jatuh  S: Klien mengatakan nyeri ketika melakukan aktivitas  O: Kekuatan otot menurun  O : Klien berusia 76 tahun</p> <p>2. Identifikasi factor lingkungan  S: Klien mengatakan lingkungan disekitar panti terblang aman karena petugas selalu membersihkan lingkungan yang licin dan dibuatkan pegangan untuk lansia  O: Lingkungan klien aman karena adanya pegangan untu lansia</p> <p>3. Atur posisi tempat tidur supaya tidak terlallu tinggi  S:-  O: Tempat tidur klien tampak tidak terlalu tinggi</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S: -  O :  - Klien Tampak Menggunakan tongkat untuk berjalan  - Kekuatan otot klien menurun  - Klien tampak berhati- hati saat berjalan</p> <p>A : Masalah teratasi  P : Hentikan Intervensi</p>	

			4. Anjurkan menggunakan alat bantu jalan S:- O: Klien tampak menggunakan tongkat unuk berjalan		
--	--	--	--	--	--

### Hari Kedua

No Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Tanggal : 13 Febuari 2024 Pukul: 1. 07.00 2. 07.05  3.07.15	Nyer Kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi skala nyeri -S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang -O: Skala nyeri 3</li> <li>Mengkaji TTV Hasil : TD : 140/80mmHg N : 88x/menit R : 20x/m S : 36°C</li> <li>Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>(Kompres Air Jahe)</b> - S: Klien mengatakan terasa nyaman</li> </ol>	<p>Jam 09.00 Wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.A mengatakan nyeri sedikit berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Skala nyeri 2 dari (1-10)</li> <li>- TTV : TD : 130/80 N : 87x/Menit R : 19x/menit S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	<b>Wulan</b>

			<p>ketika dikompres hangat jahe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O: -Klien melakukan kompres air jahe yang telah disiapkan</li> <li>- Klien tampak nyaman</li> </ul> <p>4. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (<b>Kompres Air Jahe</b>) untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Klien mengatakan sudah memhami teknik nonfarmakologi (Kompres Air Jahe) yang diajarkan</li> <li>- O: Pemberian kompres air kahe dilakukan dengan waktu 10-15 menit)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Identifikasi TTV</li> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (<b>Kompres Air Jahe</b>)</li> </ol>	
--	--	--	---	---	--

2	13 Febuari 2024 Pukul: 1. 09.00  2. 09.05  3. 09.20	Gangguan mobilitas fisik	1. Fasilitasi aktivitas ambulansi. S: Klien mengatakan nyeri ketika berjalan O: Klien tampak menggunakan tongkat untuk membantunya berjalan  2. Fasilitasi mobilisasi fisik, jika perlu. S: Klien mengatakan nyeri ketika berjalan R: Klien tampak berjalan kaki menggunakan tongkat klien ditemani oleh perawat  3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan S: Klien mengatakan mengerti tentang teknik ambulansi yang diajarkan O: klien dianjurkan untuk latihan berjalan	Jam 10.00 Wib S : - Ny.A mengatakan nyeri pada bagian lututnya sudah berkurang - Ny. A mengatakan sudah melakukan tentang teknik ambulansi yang sudah diajarkan O : - Ny. A tampak susah untuk berjalan - Memiliki nilai resiko tinggi jatuh - Kekuatan otot 5 5 4 4 A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi 2. Fasilitasi mobilisasi fisik 3. Ajarkan ambulansi sederhana	
---	--	--------------------------	---	---	--

### Hari Ketiga

No Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Tanggal : 14 febuari 2024 Pukul: 1. 07.00 2. 07.15  3.07.30  4. 07.45	Nyer Kronis	1. Mengidentifikasi skala nyeri -S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang -O: Skala nyeri 2 2. Mengkaji TTV Hasil : TD : 140/80mmHg N : 88x/menit R : 20x/m S : 36°C 3. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>(Kompres Air Jahe)</b> - S: Klien mengatakan terasa nyaman ketika dikompres hangat jahe - O:Klien melakukan kompres air jahe yang telah disiapkan - Klien tampak nyaman 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologi <b>(Kompres Air Jahe)</b> untuk mengurangi rasa nyeri S: Klien mengatakan sudah	Jam 08.30. Wib S : - Ny.A mengatakan nyeri berkurang O : - Klien tampak tenang - Skala nyeri 0 dari (1-10) - TTV : TD : 130/80 mmHg N : 87x/Menit R : 19x/menit S : 36,3°C A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	<b>Wulan</b>



2	<p>14 Februari 2024</p> <p>Pukul</p> <p>1. 09.00</p> <p>2. 09.05</p> <p>3. 09.20</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>memhami teknik nonfarmakologi (Kompres Air Jahe) yang diajarkan  O: Pemberian kompres air kahe dilakukan dengan waktu 10-15 menit)</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas ambulansi.  S: Klien mengatakan nyeri ketika berjalan  O: Klien tampak menggunakan tongkat untuk membantunya berjalan</p> <p>2. Faslitasi mobilisasi fisik, jika perlu.  S: Klien mengatakan nyeri ketika berjalan  R: Klien tampak berjalan kaki menggunakan tongkat ditemani oleh perawat</p> <p>3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan  S: Klien mengatakan mengerti tentang teknik ambulansi yang diajarkan  O: klien dianjurkan untuk latihan berjalan  Berjalan</p>	<p>Jam 10.00 Wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.A mengatakan nyeri pada bagian lututnya sudh berkurang</li> <li>- Ny. A mengatakan sudah melakukan tentang teknik ambulansi yang sudah diajarkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. A tampak susah untuk berjalan</li> <li>- Memiliki nilai resiko tinggi jatuh</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <p>5 5 4 4</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan oleh klien</p>	
---	--	---------------------------------	---	---	--

### **3.5 Pembahasan**

#### **3.5.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, Diagnosis klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan.

Pada hasil pengkajian pada Ny.A di Griya lansia . Ny.A mengalami rheumatoid arthritis sejak lama. Didapatkan hasil pengkajian bahwa Klien mengeluh nyeri pada kedua kaki, nyeri dirasakan bertambah ketika lama berdiri dan banyak bergerak dan nyeri berkurang ketika duduk, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan juga linu, nyeri dirasakan menyebar ke pergelangan kaki sampai ke paha, skala nyeri klien 4 (dari 1-10), nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa saat pagi hari ketika bangun tidur.

Hal diatas, seperti riwayat, manifestasi yang terdapat dan diungkapkan oleh klien sesuai dengann teori yang ada tentang rematik, meski tidak semua dialami oleh klien namun hampir sebagian besar dari teori terdapat dan terjadi pada klien. Teori tentang reumatik adalah penyakit inflamasi non- bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Chairuddin, 2016:165).

### 3.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2019).

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Ny.A yaitu Nyeri kronis akibat b/d kondisi muskulokeletal kronis karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif nyeri pada bagian lutut dan siku, nyeri hilang timbul sulit untuk beraktivitas, nyeri lebih berat dirasakan apabila cuaca dingin dan data objektif Skala nyeri 4 nyeri sedang. Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan Diagnosa yang diangkat oleh kelompok tidak semuanya sesuai dengan teori karena kelompok mengangkat diagnosa ini sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji.

Diagnosa kedua adalah Gangguan mobilitas fisik karena pada saat dilakukan pengkajian didapat data subjektif Ny. A mengatakan sulit untuk beraktivitas karena nyeri yang dirasakan pada lututnya. Klien pun tampak meringis ketika melakukan aktivitas

Diagnosa ketiga adalah Risiko Jatuh karena pada saat pengkajian klien sudah berusia 74 tahun, tampak kesulitan untuk berjalan dan melakukan aktivitas fisik lainnya dan data objektif yang terlihat adalah klien tampak

menggunakan tongkat, dari screenimh Tug klien berada pada kategori resiko tinggi jatuh.

### **3.5.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, TimPokja SIKI DPP, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah.

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah Nyeri akut b/d kondisi muskuloskeletal kronis dengan intervensi yang mau di lakukan adalah dengan melakukan manajemen nyeri, lakukan dengan terapi obat herbal untuk mengurangi rasa nyeri, demonstrasikan/bantu tehnik pemindahan dan penggunaan bantuan mobilitas, mis, trapeze , Lakukan pergerakan tubuh seperti melakukan senam rematik, melakukan aktivitas. Rencana tindakan yang saya lakukan mengacu pada penelitian Ferawati (2017) menyatakan bahwa pemberian kompres jahe merah hangat menunjukkan bahwa terjadi penurunan nyeri setelah dilakukan kompres jahe merah hangat dalam hal ini jahe juga berfungsi sebagai melancarkan aliran darah, merelaksasikan otototot tubuh atau bagian tubuh yang sakit.

Berdasarkan diatas maka saya ingin membuktikan penelitian Ferawati apakah memang terjadi penurunan nyeri pada rematik atau tidak yang akan

saya lakukan selama 3 hari berturut-turut yang dilakukan 1 kali dalam sehari selama 15-30 menit perhari.

Rencana untuk masalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri intervensi yang diberikan adalah Fasilitasi aktivitas ambulansi, Fasilitasi mobilisasi fisik, jika perlu, Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan seperti berjalan- berjalan atau mengikuti senam.

Rencana untuk masalah Risiko Jatuh intervensi yang telah diberikan adalah Atur posisi tempat tidur supaya tidak terlalu tinggi, menganjurkan menggunakan alat bantu jalan seperti tongkat untuk membantu klien dalam beraktivitas terutama ketika klien berjalan.

#### **3.5.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Kholifah & Widagdo, 2016). Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013). Dan penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya:

Pada Diagnosis yang pertama yaitu Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis yang telah dirumuskan dalam perumusan Diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen nyeri

mulai dari tanggal 12-14 Juni 2023, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri pada Ny.A mengeluh nyeri pada kedua kaki, nyeri dirasakan bertambah ketika lama berdiri dan banyak bergerak dan nyeri berkurang ketika duduk, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan juga linu, nyeri dirasakan menyebar ke pergelangan kaki sampai ke paha, skala nyeri klien 4 (dari 1-10), nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa saat pagi hari ketika bangun tidur, mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri pada Ny.A yaitu dirasa berat ketika banyak bergerak dan berdiri lama dan berkurang saat Ny.A duduk dan beristirahat, lalu implementasi berikutnya yaitu memberikan kompres air jahe berdasarkan *evidence based practice* dengan hasil Ny.A melakukan kompres air hangat selama 10-15 menit sesuai dengan bimbingan dan anjuran dari perawat.

Implementasi keperawatan tersebut dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

Pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot maka implementasi yang diberikan sesuai intervensi utama yang telah ditentukan dalam dukungan mobilisasi yaitu Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan klien diberikan tongkat untuk membantunya berjalan.

Pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko jatuh berhubungan dengan nyeri maka implementasi yang diberikan sesuai intervensi utama yang telah ditentukan yaitu mengidentifikasi faktor jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan, mengatur posisi tidur agar tidak terlalu tinggi, menganjurkan alat bantu jalan hasilnya klien diberikan tongkat untuk membantunya beraktivitas.

### **3.5.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP (Putriani, 2019).

Evaluasi pada kasus Ny.A dilakukan setelah implementasi selama 3 hari yaitu pada tanggal 14 Februari 2024. Evaluasi pada Diagnosis nyeri akut memberikan hasil klien mengatakan nyeri kaki sebelah kanan berkurang dan nyeri terasa hilang timbul, skala nyeri 0 dari rentan (0-10), klien mampu mengontrol nyeri dengan kompres air jahe hangat hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sehingga dapat disimpulkan untuk Diagnosis nyeri kronis masalah teratasi.

Evaluasi pada diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik pada Ny.A masalah teratasi sebagian sehingga intervensi aktivitas mobilisasi dilakukan secara mandiri oleh klien.

Evaluasi pada diagnosa ketiga resiko jatuh masalah klien teratasi klien sudah diberikan tongkat untuk melakukan aktivitas dan lingkungan klien mendukung untuk pencegahan resiko jatuh.

### **3.5.6 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice***

Sistem muskuloskeletal sering mengalami peradangan salah satu peradangan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal adalah Rheumatoid Arthritis. Rheumatoid Arthritis adalah penyakit peradangan sistemis kronis yang tidak diketahui penyebabnya dengan manifestasi pada sendi perifer dengan pola simetris. Konstitusi gejala, termasuk kelelahan, malaise, dan kekakuan padapagi hari. Pada RA sering melibatkan organ ekstra-artikular sepertikulit, jantung, paru-paru, dan mata. RA menyebabkan kerusakan sendi dan demikian sering menyebabkan morbiditas dan kematian yang cukup besar (Hasim,2017). Jumlah penderita Rheumatoid Arthritis di dunia saat ini telah mencapai angka 355 juta jiwa, artinya 1 dari 6 penduduk bumi menderita penyakit Rheumatoid Arthritis (WHO. 2010).

Di Indonesia prevalensi nyeri Rheumatoid Arthritis 23,3%- 31,6% dari jumlah penduduk Indonesia. Pada tahun 2007 lalu, jumlah pasien ini mencapai 2 juta orang, dengan perbandingan pasien wanita tiga kali lebih banyak dari pria. Diperkirakan angkaini trus meningkat hingga tahun 2025 dengan indikasi lebih dari 25% akan mengalami kelumpuhan (Zen, 2010). Keluhan yang sering dirasakan penderita RA adalah nyeri sendi. Nyeri sendi merupakan salah satu dari 10 penyakit tidak menular dengan angkakejadian sebesar 24,7%. Sedangkan di NTB sendiri jumlah lansia yang mengalami nyeri sendi (RA dan OA) berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan 9,8%, dan



jumlah lansia yang mengalami nyeri sendi (RA dan OA) berdasarkan diagnosis atau gejala 23,7% (Risesdas, 2013)

Nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderita yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman, mengacu kepada teori dari asosiasi nyeri internasional, pemahaman tentang nyeri lebih menitikberatkan bahwa nyeri adalah kejadian fisik, yang tentu saja untuk penatalaksanaan nyeri menitikberatkan pada manipulasi fisik. Nyeri diperkenalkan sebagai suatu pengalaman emosional yang penatalaksanaannya tidak hanya pengelolaan fisik semata, namun penting juga untuk melakukan manipulasi (tindakan) psikologis untuk mengatasi nyeri (Thamsuri, 2012).

Manajemen nyeri pada Rheumatoid Arthritis bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit dan tidak nyaman. Secara umum manajemen nyeri Rheumatoid Arthritis ada dua yaitu manajemen farmakologi (obat-obatan) dan manajemen non farmakologi. Menangani nyeri yang dialami pasien melalui intervensi farmakologis dilakukan dalam kolaborasi dengan dokter atau perawat lain. Pada intervensi non farmakologi perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri karena merupakan tindakan mandiri perawat. Manajemen non farmakologi dapat menurunkan nyeri dengan resiko yang rendah bagi pasien dan tidak membutuhkan biaya. Menggabungkan kedua pendekatan ini merupakan cara paling efektif untuk mengurangi nyeri. Salah satu intervensi non farmakologi yang dapat

dilakukan perawat secara mandiri dalam menurunkan skala nyeri Rheumatoid Arthritis, yaitu dengan melakukan kompres hangat jahe ( Arina, 2010 ).

Kompres jahe hangat merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternative untuk mengurangi nyeri arthritis rheumatoid. Kompres jahe hangat memiliki kandungan enzim siklooksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita arthritis rheumatoid, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologi yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai pada waktu 20 menit sesudah aplikasi panas.

Intervensi yang akan dilakukan pada Ny. A untuk Diagnosis keperawatan nyeri akut adalah menggunakan kompres air jahe.

Berdasarkan hasil telaah dari 5 jurnal yang didapatkan, pemberian kompres jahe efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada penderita penyakit rheumatoid arthritis. Salah satu intervensi nonfarmakologi yang dapat dilakukan perawat secara mandiri dalam menurunkan skala nyeri arthritis rheumatoid. Penelitian yang ditulis oleh Diah Jerita Eka Sari dan Masruroh (2021) dengan judul “Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Intensitas Nyeri Rheumatoid Arthritis Pada Lansia”,

Pada Ny.A kompres diberikan setiap hari selama 3 hari dengan durasi 10-15 menit, dengan cara Siapkan baskom kecil dan isi air, isi dengan air hangat suhu 40-50 °C secukupnya untuk 100 gram jahe, lalu Bersihkan terlebih dahulu daerah nyeri yang akan dilakukan pengompresan. Kemudian tuangkan

air hangat yang adapada termos ke dalam baskom kecil. Kemudian masukkan handuk kecil kedalam air hangat tersebut, kemudian tunggu berapa menit sebelum handuk diperas. Peraskan handuk dan tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. Tambahkan parutan jahe diatas handuk tersebut. Pengompresan dilakukan selama 15 menit. Setelah diberikannya kompres hangat pada Ny. A selama 3 hari didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tingkat nyeri sendi yang dialami oleh Ny. A Halini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Widya Arisandy, Suherwin, Nopianti. 2023) dengan judul “Penerapan Kompres Hangat Dengan Jahe Merah Pada Rheumatoid Arthritis Terhadap Nyeri Kronis” Dimana saat menerapkan kompres hangat jahe merah yang dilakukan selama 3 hari selama 1 jam, dapat membantu menurunkan nyeri kronis pada pasien dengan rheumatoid arthritis

Efektifitas kompres hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Dengan meningkatkan aliran darah maka suplai O<sub>2</sub> ke jaringan meningkat dan sel mendapatkan nutrisi yang cukup sehingga merangsang ujung saraf ujung perifer mengirim stimulus ke otak untuk mengeluarkan hormon endorfin yang dapat menimbulkan analgetik sehingga proses inflamasi berkurang. Kandungan jahe bermanfaat untuk mengurangi nyeri karena jahe memiliki kandungan oleoresin yang bermanfaat sebagai anti inflamasi.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. A usia 74 tahun dengan *Rheumatoid Arthritis* Di Griya Lansia Kabupaten Garut. Dalam tahap ini penulis dapat menjalin kerjasama dengan klien dengan perawat panti dalam mengumpulkan data sehingga masalah-masalah yang ada pada klien dapat digali dan ditemukan oleh penulis.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. A usia 74 tahun dengan *Rheumatoid Arthritis* Di Griya Lansia Kabupaten Garut.. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. R yaitu : Nyeri kronis, Gangguan mobilitas Fisik, Risiko Jatuh.
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. A usia 74 tahun dengan *Rheumatoid Arthritis* Di Griya Lansia Kabupaten Garut. sesuai dengan prioritas masalah yang muncul.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. A usia 74 tahun dengan *Rheumatoid Arthritis* Di Griya Lansia Kabupaten Garut. sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. A usia 74 tahun dengan *Rheumatoid Arthritis* Di Griya Lansia Kabupaten Garut. dengan cara melihat langsung kondisi umum klien serta melakukan

pemeriksaan dan wawancara kepada klien mengenai perkembangan klien.

6. Penulis mampu menganalisa Asuhan Keperawatan sesuai dengan evidence basedpractice (EBP) Kompres Air Jahe.
7. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan secara sistematis dan teoritis dapat penulis lakukan dengan semaksimal mungkin berdasarkan petunjuk teknis yang berlaku.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi Akademik**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan tambahan ilmu pengetahuan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berakitan dengan cara menurunkan rasa nyeri pada klien dengan *Rheumatoid Arthritis*.

### **4.2.2 Bagi Perawat**

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu penatalaksanaan asuhan keperawatan untuk menurunkan rasa nyeri pada klien dengan *Rheumatoid Arthritis*.

### **4.2.3 Bagi Masyarakat**

Disarankan bagi masyarakat terutama dengan masalah nyeri terkait *Rheumatoid Arthritis* untuk dapat menurunkan nyeri dengan cara non farmakologi.

## Daftar Pustaka

- Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC. Carpenito, L. J.
- (2009). Chabib, Lutfi., Dkk., (2016). “Review Rheumatoid Arthritis: Terapi Farmakologi, Potensi Kurkumin Dan Analognya, Serta Pengembangan Sistem Nanopartikel”. Jurnal Pharmascience, 3(1), Hal 12.
- Dinda, Ayu, Lestari. (2016). incidence and prevalence of reumatoid artrtis in a health manajement organization in argentina. journal of rhematology, 1306– 1311. <https://doi.org/10.3899/jrheum.151262>
- Pradana, S.Y., (2012). Sensitifitas dan Spesifitas Kriteria ACR 1987 dan ACR/EULAR 2010 Pada Penderita Arthrititis Rheumatoid di RSUP DR Kariadi Semarang, Jurnal Media Medika Muda
- Chairuddin Rasjad, M. P. (2012). Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi. Jakarta: PT. Yarsif Watampone.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI.2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI.2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan.Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan.

Friedman. (2013). Asuhan Keperawatan Keluarga. Gosyen Publishing.

Friedman, & Marylin, M. (2010). Buku Ajar : Keperawatan Keluarga Riset, Teori  
& Praktik. EGC.

Harmoko. (2012). Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka Belajar.

Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Keperawatan Keluarga Dan Komunitas.  
Pusat.

Muhlisin. (2012). Keperawatan Keluarga. Gosyen Publishing