



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA NY. S DAN TN. S
YANG MENGALAMI REUMATOID ARTRITIS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Dedy Mohammad Saifudin
NIM 152303101115**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA NY. S DAN TN. S
YANG MENGALAMI REUMATOID ARTRITIS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2017**

Karya Tulis Ilmiah:

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh

**Dedy Mohammad Saifudin
NIM 152303101115**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua serta keluarga besar yang selalu mendoakan, memberi semangat, dan memberikan motivasi kepada penulis, sehingga terselesainya laporan tugas akhir ini.
2. Bapak Zainal Abidin, M.Kes., CBHC., CTN selaku pembimbing Akademik yang selalu memberikan motivasi dan memberikan semangat untuk segera menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Bapak Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan baik.
4. Sahabat-sahabat satu kontrakan yang selalu memberikan dukungan, motivasi, doa, kritik dan saran, serta arahan, sehingga penulis terus termotivasi hingga terselesainya laporan tugas akhir ini.
5. Teman – teman seperjuangan angkatan 18, seperjuangan satu bimbingan baik bimbingan akademik maupun bimbingan tugas akhir, yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas akhir dengan baik.

MOTTO

“Barangsiapa yang di pagi hari tubuhnya sehat, dadanya tenteram dan ia mempunyai persediaan makan untuk hari itu, maka seakan-akan dunia ini diperuntukkan baginya” (HR.Turmudzi *)



*) Dr. Yusuf al-Qardlawy, Al-Sunnah Mashdaran Li al-Ma`rifah wa al-Hadlarah, Kairo, Dar alSyuruq, 1997, Cet. I, 266.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Dedy Mohammad Saifudin

NPM : 152303101115

Menyatakan bahwa laporan kasus saya berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Lansia Ny. S dan Tn. S yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT PSTW Jember Tahun 2017 ” ini adalah benar :

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak memuat karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diacu dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika dikemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 14 Februari 2018

Yang menyatakan



Dedy Mohammad Saifudin
NIM 152303101115

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA NY. S DAN TN. S
YANG MENGALAMI REUMATOID ARTRITIS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2017**

Oleh

**Dedy Mohammad Saifudin
NIM 152303101115**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : R. Endro Sulistyono,S.Kep., Ners.,M.Kep

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Lansia Ny. S dan Tn. S yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Tahun 2017" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Jumat
Tanggal : 25 Mei 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



Dr.H.Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP 19630302 198603 1 023

Anggota I



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP 19770207 200801 1 019

Anggota II



R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep
NRP 760017249

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



Sandi Gayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S dan Tn. S yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT PSTW Jember Tahun 2017. Dedy Mohammad Saifudin, 152303101115; 120 halaman; 2017; Program studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Gangguan persendian dimana salah satu gangguan persendian adalah Reumatoid Arthritis adalah salah satu keluhan yang sering diungkapkan lansia dan menempati urutan kedua. Prevalensi di dunia maupun di Indonesia cukup besar. Di dunia insiden Reumatoid Arthritis kira-kira 2% dan 5% pada pria dan wanita setelah usia 55 tahun. Di Indonesia sendiri sebesar 32,2 %. Pada Reumatoid Arthritis adalah kondisi dimana sendi terasa nyeri akibat inflamasi ringan yang timbul karena gesekan ujung-ujung tulang penyusun sendi. Sebagian besar penderita mengeluh nyeri yang kronik sehingga muncul masalah keperawatan nyeri kronis. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah tersebut adalah tindakan kompres hangat.

Metode yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah metode kualitatif jenis laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua lansia yang mengalami Reumatoid Arthritis yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada partisipan yang mengalami nyeri kronis ini adalah terapi panas atau dingin yang ditunjang dengan tindakan keperawatan mandiri yaitu terapi kompres hangat.

Hasil yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan yaitu kompres hangat adalah nyeri pada kedua pasien berkurang pada hari ketiga, meskipun pada pasien 1 sedikit lama yang baru benar-benar dirasakan pada hari keempat. Ini dikarenakan oleh faktor pemahaman pasien dalam mengontrol nyeri. Namun tindakan kompres hangat telah menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan nyeri.

Dari hasil tersebut, diharapkan tindakan kompres hangat dapat diterapkan sebagai intervensi keperawatan pada masalah keperawatan nyeri kronis. Tindakan kompres hangat akan menunjukkan hasil yang lebih optimal jika kriteria pasien sesuai dengan kriteria diagnosis Reumatoid Arthritis. Selain itu tindakan keperawatan ini dapat menjadi data dasar dalam pengembangan penelitian serupa pada lansia yang mengalami Reumatoid Arthritis.

SUMMARY

Nursing Care for Rheumatoid Arthritis towards Older Adult Patient S and Patient S with Nursing Problem of Chronic Pain at UPT PSTW Jember 2017.

Dedy Mohammad Saifudin, 152303101115; 120 pages; 2017; D3 Nursing Study Program Universitas of Jember.

Joint disorders is a Rheumatoid Arthritis which is the second most complained by older adults. Prevalence donerelates to it around the world and in Indonesia is quite large. Globally, Reumathoid Arthritis occurs approximately 2% and 5% in men and women above the age of 55 years. In Indonesia, the scale is 32.2%. Rheumatoid arthritis is a condition in which the joint is painful due to mild inflammation caused by frictions of the ends of the joint bone. Most sufferers complain of chronic pain so it appears the nursingproblem ofchronic pain. One of the nursing interventions that can be done to reduce the problem is a warm compress treatment.

The methodology used in this final task is a qualitative method of case report type. Data collection is obtained on two older people suffering from Reumatoid Arthritis who met the participant criteria, by doing interviews, observation, and documentation study. Nursing interventions conducted to participants with chronic pain are hot or cold therapy which is supported by independent nursing action that is treating a warm compress therapy.

The results obtained after the nursing care of warm compress were the pain scale in both patients decreased on the third day, while the patient 1 got abit longer pain reduce which is on the fourth day. This is due to the patient's understanding of pain control. However, warm compress treatment has shown a significant effect on the reduction of pain.

Based on these results, it is expected that warm compress treatment can be applied as nursing intervention on the nursingproblemof chronic pain. The warm compress treatment will show more optimal results if the patient match the diagnostic criteria of the Rheumatoid Arthritis. In addition, this nursing action can be a basic data for similar studies on older people suffering from Reumatoid Arthritis.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga laporan tugas akhir ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Lansia pada Ny. S dan Tn. S yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT PSTW Jember Tahun 2017”** dapat terselesaikan dengan baik. Laporan tugas akhir ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

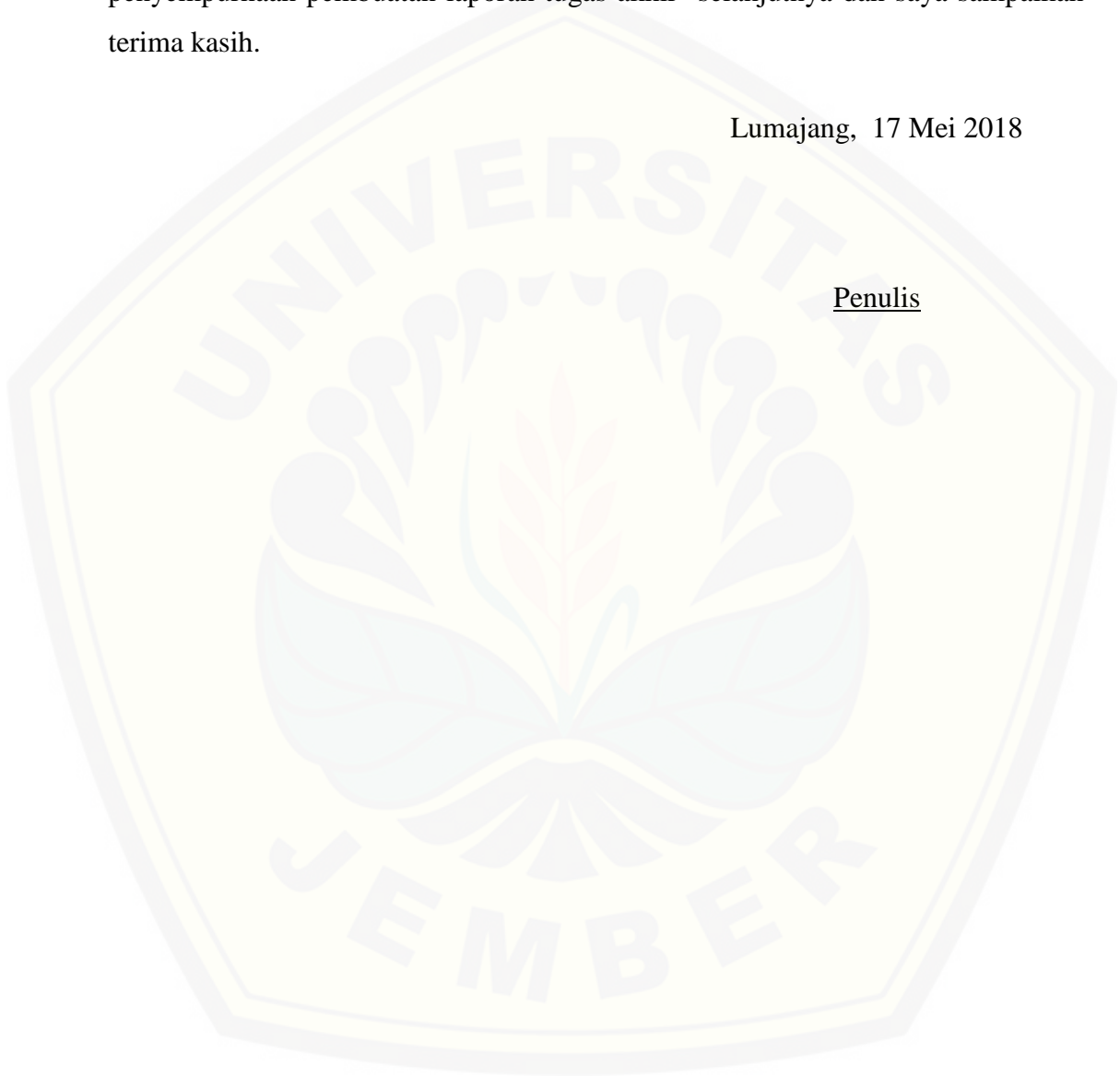
Dalam pembuatan laporan tugas akhir ini saya menyampaikan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terimakasih, saya sampaikan kepada:

- 1) Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D, selaku rektor Universitas Jember.
- 2) Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners. M.Kes selaku Dekan Fakultas keperawatan universitas jember yang telah memberikan ijin dalam penyelesaian tugas akhir ini
- 3) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin kepada penulis sehingga penulis dapat melakukan laporan kasus ini dengan lancar.
- 4) Bapak Muhammad Tabrani, SH., MH selaku kepala UPT PSTW Jember yang telah memberikan izin dalam proses pengambilan data di UPT PSTW Jember.
- 5) Ibu Dra. Parni Rahayu selaku pembimbing klinik UPT PSTW Jember yang telah memberikan izin kepada penulis dalam pengambilan data.
- 6) Bapak R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ners., M.Kep, yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan baik.
- 7) Bapak Dr.H.Suhari, A.Per.Pen.MM dan Bapak Mashuri, S.Kep., Ners. M.Kep. CWCS selaku penguji

Semoga atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis akan mendapat imbalan yang sepatutnya dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan laporan tugas akhir. Oleh karena itu saya mohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan laporan tugas akhir selanjutnya dan saya sampaikan terima kasih.

Lumajang, 17 Mei 2018

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN JUDUL	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN/SUMMARY	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Lansia	6
2.1.1 Definisi Lansia	6
2.1.2 Btasan Usia	6
2.1.3 Klasifikasi Lansia	6
2.1.4 Perubahan yang terjadi pada Lansia	7
2.2 Reumatoid Arthritis (RA)	9
2.2.1 Definisi	9
2.2.2 Etiologi dan Faktor Resiko	10
2.2.3 Patofisiologi	11
2.2.4 Manifestasi Klinis	12
2.2.5 Kriteria Diagnostik Reumatoid Arthritis	14
2.2.6 Pathway	16
2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik	18
2.2.8 Penatalaksanaan	19
2.2.9 Komplikasi	20
2.2.10 Prognosis	21
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.3.1 Pengkajian	22
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	36
2.3.3 Intervensi Keperawatan	39
2.3.4 Implementasi Keperawatan	43

2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB 3. METODE PENELITIAN	45
3.1 Desain Penulisan	45
3.2 Batasan Istilah	45
3.3 Partisipan.....	46
3.4 Lokasi dan Waktu.....	46
3.5 Pengumpulan Data.....	47
3.6 Uji Keabsahan Data.....	48
3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan.....	48
3.6.2 Sumber Informasi Tambahan.....	48
3.7 Etika Keperawatan	48
3.7.1 <i>informed Consent</i>	48
3.7.2 <i>Anonymity</i>	48
3.7.3 Kerahasiaan.....	48
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	49
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	49
4.2 Pengkajian	50
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3.1 Batasan Karakteristik	71
4.4 Intervensi Keperawatan	72
4.5 Implementasi Keperawatan	74
4.6 Evaluasi Keperawatan	79
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
5.1 Kesimpulan.....	81
5.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	

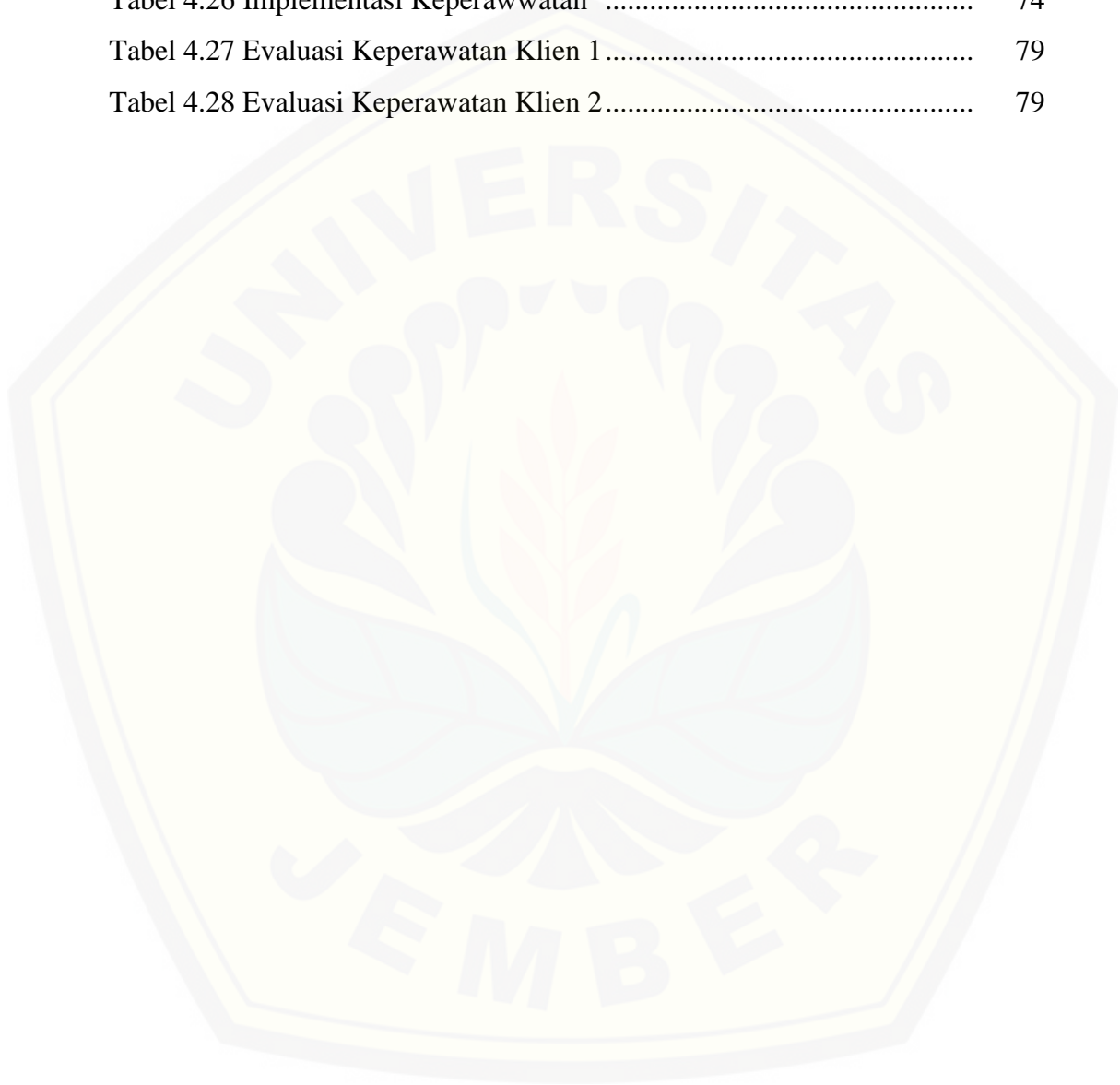
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Inflamasi Sendi pada Reumatoid Arthritis	12
Gambar 2.2 Penyimpangan Ulnar	13
Gambar 2.3 Deformitas <i>Boutoniere</i>	13
Gambar 2.4 Deformitas Leher Angsa	13
Gambar 2.5 Nodula Reumatoid	14
Gambar 2.6 Gambaran Rontgen pada Tangan	18
Gambar 2.7 Gambaran Rontgen pada Lutut	18
Gambar 2.8 Skala Analog Visual dan Intensitas Nyeri Numerik	23
Gambar 4.1 Ecomap	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria ACR 1987	14
Tabel 2.2 Indeks Katz	28
Tabel 2.3 Barthel Indeks	30
Tabel 2.4 <i>Short Portable Mental Status Questionare</i> (SPMSQ)	31
Tabel 2.5 <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE).....	32
Tabel 2.6 Inventaris Depresi Beck (IDB)	33
Tabel 2.7 APGAR	36
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan.....	39
Tabel 4.1 Data Biografi.....	50
Tabel 4.2 Genogram	51
Tabel 4.3 Riwayat Pekerjaan.....	52
Tabel 4.4 Pemukiman.....	53
Tabel 4.5 Sanitasi	53
Tabel 4.6 Fasilitas	53
Tabel 4.7 Riwayat Rekreasi	54
Tabel 4.8 Sistem Pendukung.....	54
Tabel 4.9 Deskripsi Kekhususan.....	54
Tabel 4.10 Status Kesehatan Umum Selama Setahun yang Lalu	54
Tabel 4.11 Status Kesehatan Umum Selama 5 Tahun yang Lalu	55
Tabel 4.12 Keluhan Utama	55
Tabel 4.13 Pemahaman dan Penatalaksanaan Masalah Kesehatan.....	57
Tabel 4.14 Obat-Obatan	57
Tabel 4.15 Status Imunisasi	59
Tabel 4.16 Alergi	60
Tabel 4.17 Penyakit yang Diderita.....	60
Tabel 4.18 Kriteria Reumatoid Artritis	60
Tabel 4.19 ADL	61
Tabel 4.20 Tinjauan Sistem.....	63
Tabel 4.21 Pengkajian Khusus.....	66

Tabel 4.22 Analisa Data Klien 1	69
Tabel 4.23 Analisa Data Klien 2	70
Tabel 4.24 Batasan Karakteristik	71
Tabel 4.25 Intervensi Keperawatan Masalah Nyeri Kronis	72
Tabel 4.26 Implementasi Keperawatan	74
Tabel 4.27 Evaluasi Keperawatan Klien 1	79
Tabel 4.28 Evaluasi Keperawatan Klien 2	79



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Jadwal Penelitian	87
Lampiran 3.2 <i>Informed Consent</i> Klien 1.....	88
Lampiran 3.3 <i>Informed Consent</i> Klien 2.....	89
Lampiran 3.4 Surat Bakesbangpol	90
Lampiran 3.5 Surat Kepala Dinas Sosial	91
Lampiran 3.6 Surat Kepala UPT PSTW	92
Lampiran 3.7 Surat Persetujuan Penguji.....	93
Lampiran 3.8 Daftar Hadir Utek	94
Lampiran 3.9 Logbook Tugas Akhir.....	95
Lampiran 4.1 SAP Nyeri.....	101
Lampiran 4.2 Leaflet Nyeri.....	107
Lampiran 4.3 Leaflet Kompres Hangat.....	109
Lampiran 4.4 Pengkajian Masalah Kesehatan Kronis	112
Lampiran 4.5 Pengkajian SPMSQ	113
Lampiran 4.6 Pengkajian MMSE.....	114
Lampiran 4.7 Pengkajian IDB.....	115
Lampiran 4.8 Pengkajian <i>The Geriatric Depression Scale</i>	119
Lampiran 4.9 Pengkajian APGAR Keluarga	120

DAFTAR SINGKATAN

A

ACR : *American College of Rheumatology*

C

CRP : C-reactive protein

D

DMARD : *Disease Modifying Antirheumatoid Drugs*

DIP : Distalinterphalangeal

H

HLA-DR4 : *Human Leukocyte Antigen system death receptor 4*

I

IDB : *Inventaris Depresi Beck*

J

JVP : *Jugular Venous Pressure*

L

LED : Laju Endap Darah

M

MCP : Metakarpophalangeal

MHC : *Major histocompatibility complex*

MMSE : *Mini Mental State Exam*

O

OAINS : Obat anti inflamasi nonsteroid

P

PIP : Proksimalinterphalangeal

R

RA : Reumatoid Arthritis

S

SPMSQ : *Short Portable Mental Status Questionare*

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penuaan merupakan tahap akhir sebuah proses kehidupan yang normal terjadi pada seorang manusia. Bagi kebanyakan orang, menjadi tua berarti mulai beradaptasi dengan perubahan pada struktur dan fungsi tubuh serta kondisi sosial lingkungannya. Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis. Diantara beberapa perubahan fisik yaitu perubahan pada muskuloskeletal (Maryam & dkk, 2008). Salah satu penyakit yang sering terjadi pada sistem muskuloskeletal adalah reumatoid arthritis.

Tingginya angka kejadian reumatoid arthritis dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu usia, jenis kelamin, genetik, hormone seks, serta imunitas. (Nugroho, 2014). Jadi hal tersebut bukan proses fisiologis yang terjadi pada lansia melainkan proses patologis dimana usia menjadi salah satu faktor terjadinya reumatoid arthritis. Sebagian besar penderita mengeluh nyeri yang kronik dan hilang timbul, yang jika tidak segera diobati maka akan menyebabkan kerusakan jaringan, deformitas sendi atau bahkan berujung kematian (Nugroho, 2014)

Nyeri karena inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas. (Aspiani, 2014). Nyeri dan kekakuan pada reumatoid arthritis predominan saat muncul, bertahan lebih dari 1 jam juga terjadi setelah inaktivitas yang lama. (LeMone, 2015) serta nyeri dan kaku sendi saat bangun pagi (Tjokroprawiro, 2015).

Prevalensi antara 0,3% dan 1% dan lebih sering terjadi pada wanita dan di negara-negara maju. (WHO, 2017). Dapat terjadi kapan saja selama hidup namun insidennya meningkat seiring pertambahan usia. Insiden reumatoid arthritis diperkirakan berkisar antara 0,5 – 1,5 % pada populasi. Setelah usia 55 insiden pada pria dan wanita kira-kira 2% dan 5%.(Black & Hawks, 2014).

Gangguan persendian dimana salah satu gangguan persendian adalah Reumatoid Arthritis (RA). (Widayati & Hayati, 2017) adalah satu keluhan yang sering diungkapkan lansia dan menempati urutan ke dua, 14,5% setelah penyakit kardiovaskuler dalam pola penyakit masyarakat usia >55 tahun. (Kemenkes RI, 2013).

Menurut WHO tahun 2014 penderita rematik 355 juta penduduk seluruh dunia (Afnuhazi, 2018). Prevalensi rematik di Indonesia adalah sebesar 32,2% dengan prevalensi tertinggi Jawa Barat sebanyak 22,3%, Jawa Tengah sebanyak 17,2%, dan Provinsi Jawa Timur sebanyak 17,1%. Risiko rematik paling tinggi terdapat pada kelompok umur 65 keatas tahun lebih dengan risiko 14,42 kali dibandingkan dengan kelompok umur 15-24 tahun. Rematik adalah salah satu jenis penyakit yang bisa dipicu oleh faktor pertambahan usia. (Nainggolan, 2009)

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti sebelumnya pada tanggal 23 januari 2014 diperoleh dari data register UPT PSLU Jember pada petugas wisma dilaporkan data bahwa di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Jember didapatkan 30 lansia (dari total 140 lansia) mengalami rematik khususnya reumatoid arthritis (Ismawati, 2015). Sedangkan data yang diperoleh oleh penulis bahwa jumlah lansia yang mengalami reumatoid arthritis 30 dari 138 lansia yang diperoleh dari petugas kesehatan di UPT PSTW Jember.

Reumatoid Arthritis (RA) adalah kelainan inflamasi yang terutama mengenai membran sinovial dari persendian dan umumnya ditandai dengan nyeri persendian, kaku sendi, penurunan mobilitas dan keletihan (Hyulita, 2014). Sendi terasa nyeri akibat inflamasi ringan yang timbul karena gesekan ujung-ujung tulang penyusun sendi (Made E S, 2016).

Reumatoid arthritis akan muncul bertahap selama beberapa minggu hingga bulan dan diikuti dengan gejala sistemik, kelelahan, nyeri otot, dan kaku. Nyeri sendi dan pembengkakan berhubungan dengan kaku-kaku dipagi hari selama beberapa jam. Keterlibatan sendi biasanya simetris dan artikuler, paling sering terjadi pada jari, tangan. Keterlibatan simetris bilateral tangan (pergelangan tangan, sendi *metakarpophalangeal* (MCP), dan sendi *proksimalinterphalangeal*

(PIP) merupakan ciri reumatoid arthritis). Pembengkakan pada sendi PIP berkontribusi pada jari berbentuk seperti gelondong.

Jika tidak dihentikan, inflamasi sendi terjadi dalam empat tahap. Pertama sinovitis terjadi akibat kongesti dan edema pada membran sinovial serta kapsul sendi. Pembentukan pannus menandai awitan tahap kedua. Pannus menutupi dan menginvasi kartilago dan akhirnya menghancurkan kapsul sendi serta tulang. Tahap ketiga atrofi tulang dan ketidaksegarisan menyebabkan deformitas. (Stockslager, 2007) Seiring pertambahan waktu, perusakan sinovial mengakibatkan perubahan bentuk tangan, deviasi ulnar sendi MCP jari tangan. Tiga jenis deformasi tangan yang merupakan karakteristik reumatoid arthritis (penyimpangan ulnar, deformitas boutonniere, dan deformitas leher angsa). Kelainan bentuk leher angsa (hiperekstensi sendi PIP dengan lengkungan sendi MCP dan PIP) diakibatkan oleh kontraktur otot internal dan tendon. Deformitas boutonniere (fleksi sendi PIP dan hiperekstensi sendi *distalinterphalangeal* (DIP)) disebabkan ruptur tendon ekstensor jari. (Black & Hawks, 2014).. Pada tahap keempat menyebabkan ankilosis tulang. (Stockslager, 2007). Nyeri dengan intensitas tinggi dan destruksi sendi menimbulkan penderitaan berat, cacat permanen serta kematian prematur dengan dampak psiko-sosio-ekonomik yang berat. (Tjokroprawiro, 2015). Keterbatasan pergerakan serta penurunan kemampuan muskuloskeletal dapat menurunkan aktivitas fisik dan latihan sehingga akan mempengaruhi lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living/ ADL*) (Evalina S & Bagus R, 2015).

Tujuan terapi adalah meredakan nyeri, mengurangi inflamasi, melambatkan dan atau menghentikan kerusakan sendi, dan meningkatkan kesejahteraan dan kemampuan untuk fungsi. Tujuan terapi adalah meredakan manifestasi. Pendekatan antardisiplin digunakan disertai dengan keseimbangan istirahat, latihan, terapi fisik, dan supresi proses inflamasi. (LeMone, 2015). Namun begitu banyak aktivitas keperawatan nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri (Hyulita, 2014). Seperti kompres panas, kompres dingin, tarik nafas dalam, hipnosis dan senam rematik untuk menghilangkan rasa nyeri pada sendi serta inflamasi pada sendi (Afnuhazi, 2018). Selain itu juga banyak

penelitian yang bertujuan terhadap penurunan nyaeri seperti menggunakan kompres hangat dengan jahe (Made E S, 2016) dan kompres serei hangat (Hyulita, 2014).

Dari latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam dengan tema “Asuhan Keperawatan Lansia pada Ny. S dan Tn. S yang mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Lansia pada Ny. S dan Tn. S yang mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT PSTW Jember tahun 2017?

1.3 Tujuan Penelitian

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada Lansia Ny. S dan Tn. S yang mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT PSTW Jember tahun 2017

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi peneliti

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta mengaplikasikan teori Asuhan Keperawatan pada Lansia yang mengalami reumatoid arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup lansia penderita reumatoid arthritis

1.4.2 Bagi Partisipan

Sebagai sumber pengetahuan dan wawasan bagi pastisipan tentang terapi menurunkan nyeri kronis.

1.4.3 Bagi peksos/perawat di UPT PSTW Jember

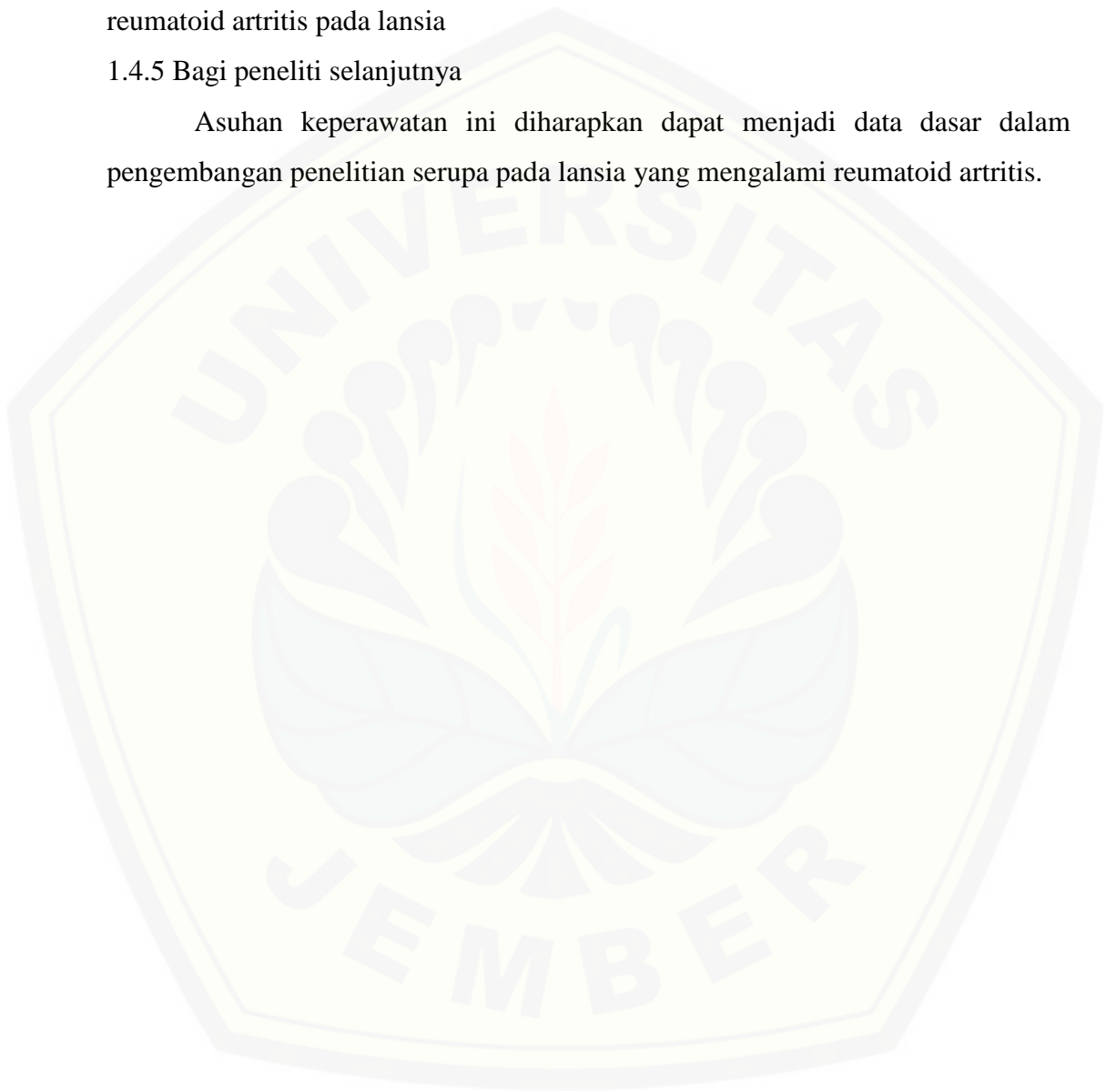
Sebagai acuan dalam menentukan strategi pengembangan perawatan/ penanganan lansia yang mengalami reumatoid artrtitis dengan masalah keperawatan nyeri kronis.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan data untuk melakukan upaya-upaya dalam peningkatan pemberian pengetahuan kepada mahasiswa-mahasiswi dalam bidang kesehatan khususnya tentang penyakit reumatoid arthritis pada lansia

1.4.5 Bagi peneliti selanjutnya

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam pengembangan penelitian serupa pada lansia yang mengalami reumatoid arthritis.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang landasan teori yang meliputi konsep lansia, konsep Reumatoid Arthritis, dan konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis pada Reumatoid Arthritis. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain yaitu buku, jurnal, dan skripsi.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan daur kehidupan manusia (Budi Anna Keliat, 1999 dalam (Maryam & dkk, 2008). 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, 2008).

2.1.2 Batasan Usia

Batasan tentang lansia menurut WHO adalah :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- b. Lanjut usia (*elderly*) antara 60-74 tahun.
- c. Lanjut usia (*old*) antara 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia.

- a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya betgantung pada bantuan orang lain (Maryam & dkk, 2008).

2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis.

a. Perubahan fisik

- 1) Sel : jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan intraseluler menurun.
- 2) Kardiovaskular : katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta tekanan darah meningkat.
- 3) Respirasi : otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat.
- 4) Persarafan : lambatnya dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres. Berkurangnya respons motorik dan refleks
- 5) Muskuloskeletal : cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, persendian menjadi kaku, kram, Pecahnya komponen kapsul sendi dankolagen. Implikasi dari hal ini adalah nyeri, inflamasi, penurunan mobilitas sendi dan deformitas. (Meldawati, 2017).
- 6) Gastrointestinal : esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik juga menurun.
- 7) Vesika urinaria : otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urin
- 8) Vagina : selaput lendir mengering dan sekresi menurun.
- 9) Pendengaran : membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran.
- 10) Penglihatan : respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, dan katarak.
- 11) Endokrin : produksi hormon menurun
- 12) Kulit : keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Rambut dalam hidung dan telinga menebal, kuku keras dan rapuh.
- 13) Belajar dan memori : kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun. Memori menurun.

- 14) Intelegensi : secara umum tidak berubah
- 15) Personality dan adjustment (pengaturan) : tidak banyak perubahan
- 16) Pencapaian : sains, filosofi, seni, dan musik sangat memengaruhi

b. Perubahan sosial

- 1) Peran : post power syndrome, single woman, dan single parent
- 2) Keluarga : kesendirian, kehampaan
- 3) Teman : ketika lansia meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal.
- 4) Abuse : kekerasan bentuk verbal dan non verbal
- 5) Masalah hukum : berkaitan dengan perlindungan aset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda
- 6) Pensiun : kalau PNS akan ada tabungan
- 7) Ekonomi : kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia
- 8) Rekreasi : untuk ketenangan batin
- 9) Keamanan : jatuh dan terpeleset
- 10) Politik : kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku
- 11) Pendidikan : berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap be;ajar
- 12) Agama : melakukan ibadah
- 13) Panti jompo : merasa dibuang atau diasingkan

c. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi short term memory, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan (Maryam & dkk, 2008).

2.2 Reumatoid Arthritis (RA)

2.2.1 Definisi

Reumatoid 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 sendi dipagi hari. Pada reumatoid arthritis sering melibatkan organ ekstra-artikuler seperti kulit, jantung, paru-paru, dan mata. Reumatoid arthritis menyebabkan kerusakan sendi dan demikian sering menyebabkan morbiditas dan kematian yang cukup besar (Noor, 2016). Reumatoid arthritis merupakan gangguan autoimun sistemik kronis dengan tanda inflamasi erosif, kronis, dan simetris pada jaringan sendi sinovial sendi. Tingkat keparahan penyakit sendi dapat berfluktuasi sepanjang waktu, namun penambahan derajat kerusakan sendi, deformitas, dan kecacatan merupakan hasil akhir umum dari penyakit yang menetap. Gejala nonartikuler dapat terjadi antara lain nodus subkutan, vaskulitis, nodulus paru, atau fibrosis usus dan perikarditis (Black & Hawks, 2014)

Reumatoid arthritis (RA) merupakan penyakit autoimun pada jaringan ikat, terutama sinovia, yang sifatnya progresif, simetris, dan cenderung kronik. Penyebabnya multifaktor. Reumatoid arthritis dapat ditemukan pada semua sendi dan sarung tendon, tetapi paling sering di tangan. Sinovia sendi, sarung tendon, dan bursa menebal akibat radang, yang diikuti oleh erosi tulang rawan dan dekstruksi tulang sekitar sendi (Sjamsuhidajat, 2010).

Reumatoid arthritis merupakan kelainan autoimun yang menyebabkan inflamasi sendi, termasuk didalamnya nyeri, pembengkakan, kekakuan, kehilangan fungsi sendi, dan kerusakan sendi sinovial yang berlangsung kronik dan mengenai lebih dari 5 sendi (poliartritis). Kelainan ini sering mengenai sendi pergelangan tangan dan jari tangan. Inflamasi pada normalnya dikarenakan respon sistem imun tubuh terhadap serangan infeksi, luka, atau benda asing. Pada reumatoid arthritis, inflamasi tersebut salah sasaran dan mengenai sendi. Namun, inflamasi tersebut dapat juga mengenai organ lain selain sendi, seperti mata, mulut, dan paru-paru. Oleh karena itu, Reumatoid Arthritis disebut juga penyakit autoimun, yang mana

peradangan sendi yang terjadi akibat serangan sistem imun tubuh. Penyakit ini menyebabkan disabilitas berat dan kematian prematur (Pradana, 2012).

2.2.2 Etiologi dan Faktor Resiko

Penyebab reumatoid arthritis tidak diketahui. Faktor genetik diyakini memainkan peran dalam perkembangannya, kemungkinan kombinasi dengan faktor lingkungan. Diperkirakan bahwa agen infeksius, seperti mikoplasma, virus Epstein Barr, atau virus lain dapat memainkan peran dalam memulai respons imun abnormal yang tampak di reumatoid arthritis (LeMone, 2015).

Genetik : sekitar 60% dari pasien reumatoid arthritis membawa epitop bersama dari kluster HLA-DR4 yang merupakan salah satu situs pengikatan peptida-molekul HLA-DR tertentu yang berkaitan dengan reumatoid arthritis.

Lingkungan : untuk beberapa dekade, sejumlah agen infeksi seperti organisme Mycoplasma, Epstein-Barr dan virus rubella menjadi predisposisi peningkatan reumatoid arthritis.

Hormonal : hormon seks mungkin memainkan peran, terbukti dengan jumlah perempuan yang tidak proporsional dengan reumatoid arthritis, ameliorasi selama kehamilan, kambuh dalam periode postpartum dini, dan insiden berkurang pada wanita menggunakan kontrasepsi oral.

Imunologi : semua elemen imunologi utama memainkan peran penting dalam propagasi, inisiasi, dan pemeliharaan dari proses autoimun reumatoid arthritis (Noor, 2016).

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

Faktor genetik penting dalam epidemiologi penyakit. Predisposisi genetik reumatoid arthritis terlibat pada indeks yang lebih tinggi pada 32% untuk kembar identik dibandingkan 9% pada kembar fraternal. Penelitian menunjukkan laporan konsisten mengenai hilangnya nyeri sendi dan bengkak ketika kehamilan pada klien wanita dengan reumatoid arthritis, yang mungkin disebabkan perbedaan genetik antara ibu dan anak. Ini merupakan area yang menarik untuk diteliti. Bukti genetik terkait terlihat pada hubungan antara reumatoid arthritis dan HLA-DR4, yang merupakan alel di MHC pada lengan pendek kromosom 6 (Black & Hawks, 2014).

2.2.3 Patofisiologi

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

Leukosit tertarik ke membran sinovial dari sirkulasi, tempat neutrofil dan makrofag menengesti kompleks imun dan melepaskan enzim yang mendegradasi jaringan sinovial dan kartilago artikular. Aktivasi limfosit B dan T menyebabkan peningkatan produksi faktor reumatoid dan enzim yang meningkatkan dan melanjutkan proses inflamasi.

Membran sinovial rusak akibat proses inflamasi dan imun. Membran sinovial membengkak akibat infiltrasi leukosit dan menebal karena sel berproliferasi dan membesar secara abnormal. Prostaglandin memicu vasodilatasi, dan sel sinovial dan jaringan menjadi hiperaktif. Pembuluh darah baru tumbuh untuk menyokong hiperplasia sinovial, membentuk jaringan granulasi vaskular disebut pannus (LeMone, 2015).



Gambar 2.1 Inflamasi Sendi pada Reumatoid Arthritis (Hurst,2015)

2.2.4 Manifestasi Klinis

Ada beberapa gejala klinis yang lazim ditemukan pada penderita reumatoid arthritis. Gejala klinis ini tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena itu penyakit ini memiliki gejala aran klinis yang sangat bervariasi.

- a. Gejala-gejala konstutional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b. Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi diartrodial dapat terserang.
- c. Pentingnya membedakan nyeri yang disebabkan perubahan mekanis dengan nyeri yang disebabkan inflamasi. Nyeri yang timbul setelah aktivitas dan hilang setelah istirahat serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Sedangkan nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas.
- d. Kekakuan sendi di pagi hari lebih dari 1 jam, dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi, kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.

e. Arthritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi ditepi tulang.

f. Deformitas , kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, sublukasi sendi metakarpofalangeal, leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari sublukasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terangsang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.



Gambar 2.2 Penyimpangan Ulnar (Black & Hawks, 2014).



Gambar 2.3 Deformitas *Boutonniere* (Black & Hawks, 2014).



Gambar 2.4 Deformitas Leher Angsa (Black & Hawks, 2014).

g. Nodula-nodula reumatoid , lokasi paling sering dari deformitas ini adalah bursa olekranon (sendi siku) atau disepanjang permukaan ekstensor dari lengan,

walaupun demikian nodula-nodula ini dapat juga timbul pada tempat-tempat lainnya.



Gambar 2.5 Nodula Reumatoid (Black & Hawks, 2014).

h. Manifestasi ekstra artikular, reumatoid arthritis juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Jantung(perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata dan pembuluh darah dapat rusak (Aspiani, 2014).

2.2.5 Kriteria Diagnostik Reumatoid Arthritis

Pada penelitian klinis, reumatoid arthritis didiagnosis secara resmi dengan menggunakan tujuh kriteria dari *American College of Rheumatology*(ACR). Pada penderita reumatoid arthritis stadium awal mungkin sulit menegakkan diagnosis definitif dengan menggunakan kriteria ini. Diagnosis reumatoid arthritis ditegakkan bila terpenuhi 4 dari 7 kriteria.

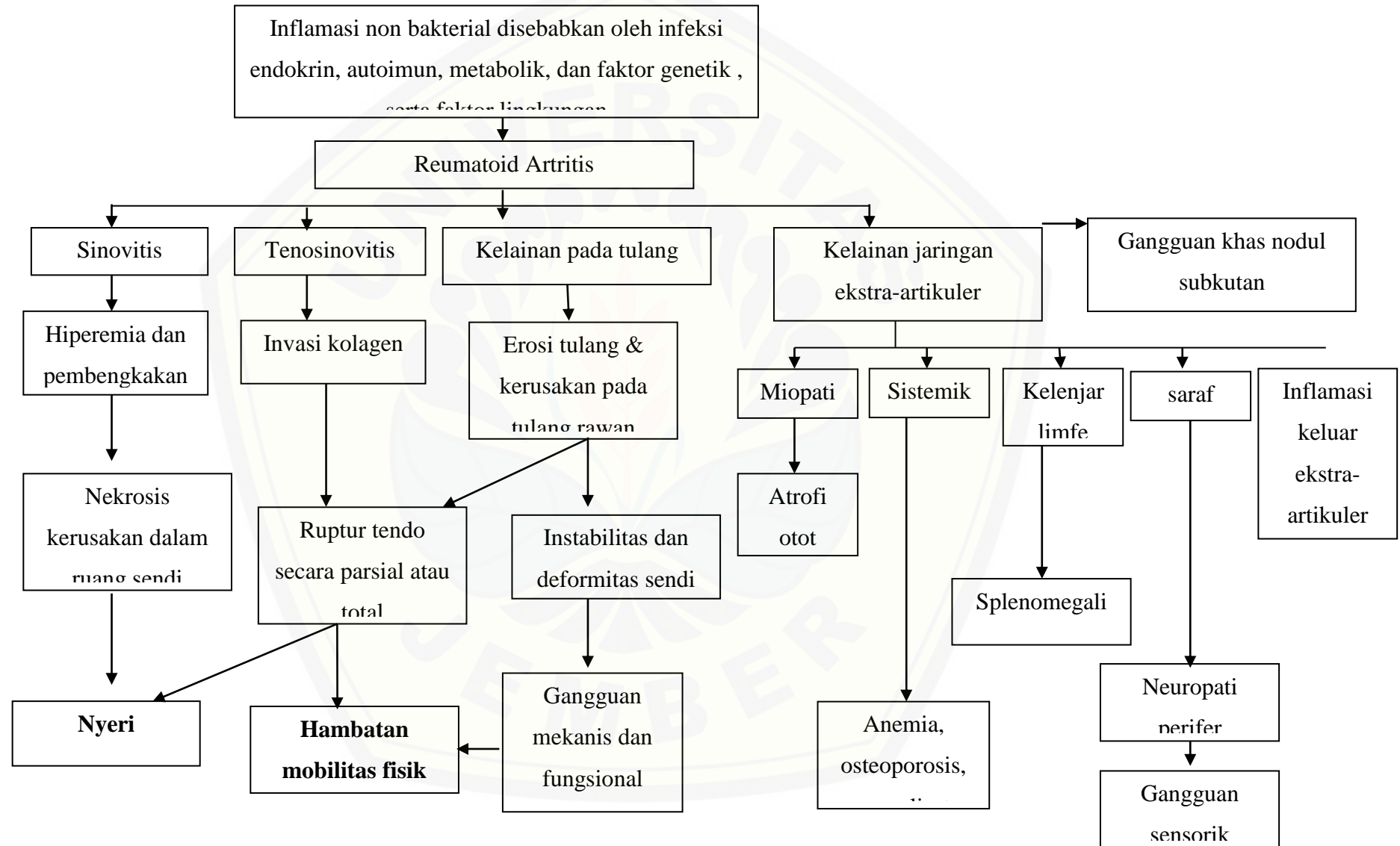
Tabel 2.1 Kriteria ACR 1987 (Lukman & Ningsih, 2009)

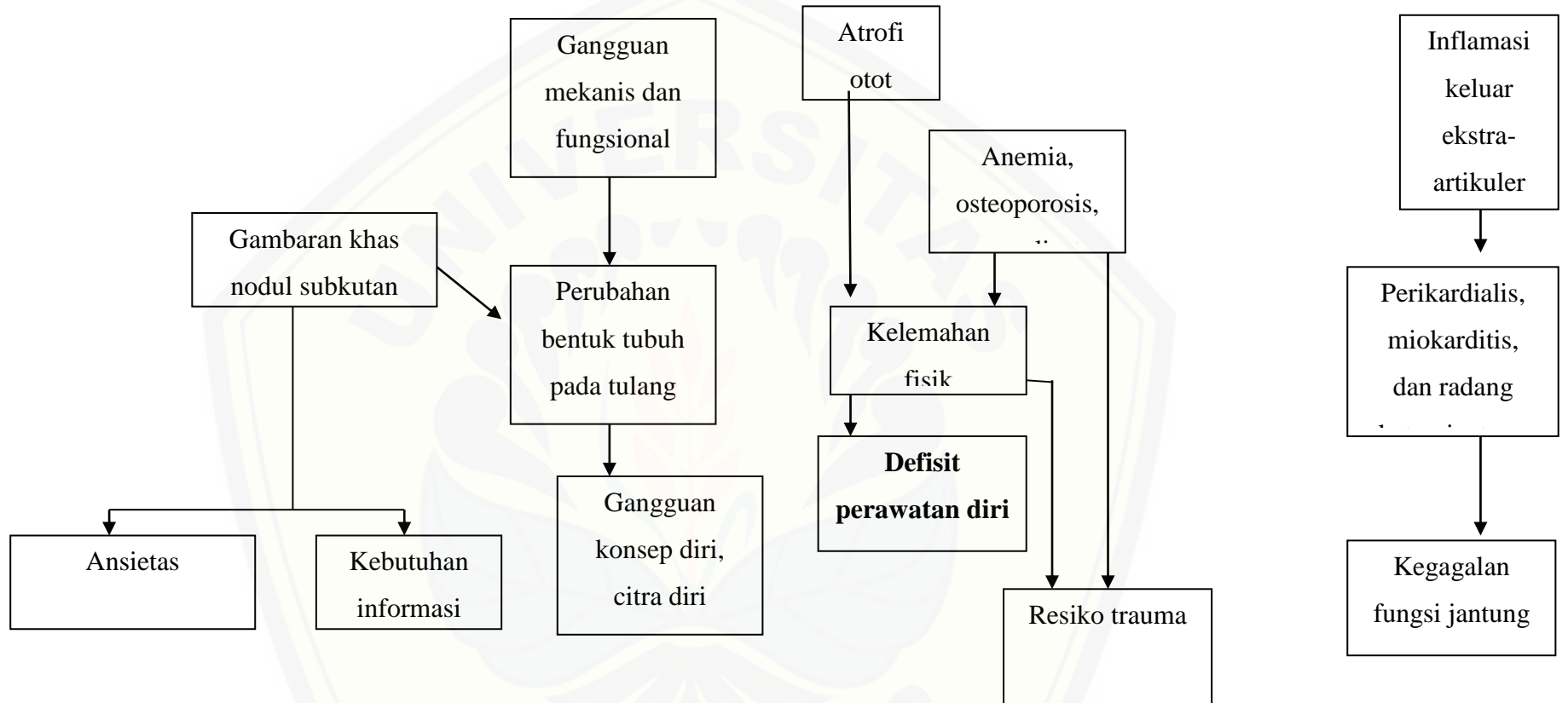
Kriteria	Definisi
Kaku pagi hari	Kekakuan pagi hari pada persendian dan di sekitarnya, sekurangnya selama satu jam sebelum perbaikan maksimal
Arthritis pada 3 daerah sendi atau lebih	Pembengkakan jaringan lunak, persendian atau terjadi efusi (bukan pertumbuhan tulang) pada sekurang-kurangnya tiga sendi secara bersamaan yang diobservasi oleh dokter. Dalam kriteria ini terdapat 14 persendian yang memenuhi kriteria yaitu proksimal intraphalangeal, metacarpophalangeal, pergelangan tangan, siku pergelangan kaki, serta metatarsophalangeal kiri dan kanan
Arthritis pada persendian tangan	Sekurang-kurangnya terjadi pembengkakan satu persendian tangan seperti yang tertera di atas
Arthritis simetris	Keterlibatan sendi yang sama (seperti yang tertera pada kriteria dua) pada kedua belah sisi (keterlibatan proksimal intraphalangeal, metacarpophalangeal, atau metatarsophalangeal bilateral dapat diterima

Nodul reumatoid	walaupun tidak mutlak bersifat simetris) Nodul subkutan pada penonjolan tulang atau permukaan ekstensor atau daerah juxta-artikular yang diobservasi oleh seorang dokter
Faktor reumatoid serum	Terdapatnya titer abnormal faktor reumatoid serum yang diperiksa dengan cara memberikan hasil positif kurang dari 5% kelompok kontrol yang diperiksa
Perubahan gambaran	Perubahan gambaran radiologis yang khas bagi artritis reumatoid pada pemeriksaan sinar X tangan harus menunjukkan adanya erosi atau daerah yang berdekatan dengan sendi (perubahan akibat osteoarthritis saja tidak memenuhi persyaratan).

Untuk keperluan klasifikasi, seseorang dikatakan menderita reumatoid artritis jika sekurang-kurangnya memenuhi empat dari tujuh kriteria di atas. Kriteria satu sampai empat harus terdapat minimal selama 6 minggu. Pasien reumatoid dua diagnosis tidak dieksklusikan. Pembagian diagnosis sebagai reumatoid artritis klasik, definit, probable atau possible tidak perlu dibuat (Lukman & Ningsih, 2009).

2.2.6 Pathway



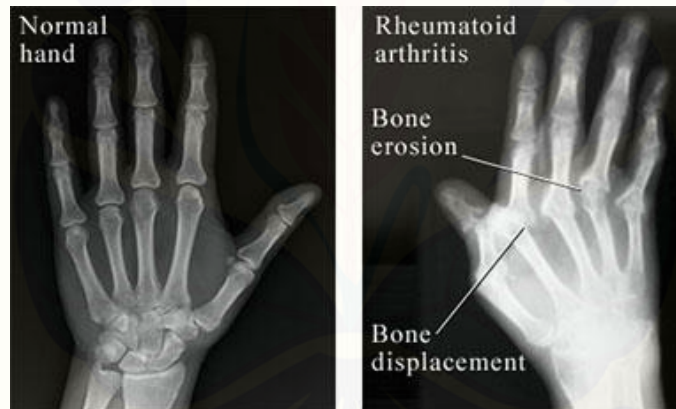


(Muttaqin, 2008)

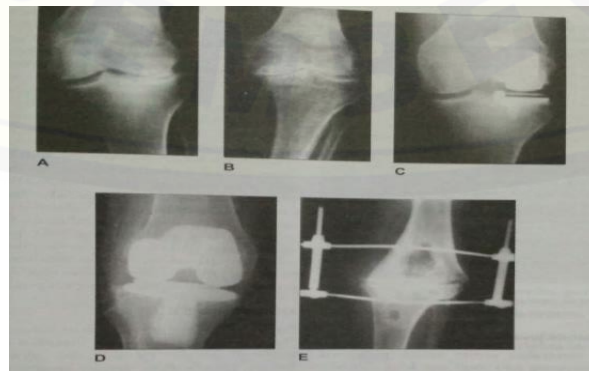
2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan darah untuk mendeteksi :

- 1) Anemia, defisiensi sel darah merah
- 2) Faktor reumatoid arthritis, yaitu antibodi yang sering ditemukan dalam darah individu yang mengalami reumatoid arthritis
- 3) Elevasi laju endap darah (LED), yaitu indikator proses inflamasi dalam tubuh dan juga keparahan penyakit.
- 4) C-reactive protein (CRP) merupakan pemeriksaan tambahan yang digunakan untuk mengkaji inflamasi dalam tubuh. Pada beberapa kasus, LED tidak akan mengalami elevasi, tetapi CRP akan naik atau sebaliknya.
- 5) Sinar-X digunakan untuk mendeteksi kerusakan sendi dan melihat apakah penyakit berkembang (Hurst, 2015).



Gambar 2.6 Gambaran Rontgen pada Tangan (Free, 2017)



Gambar 2.7 Gambaran Rontgen pada Lutut (Sjamsuhidajat, 2010)

2.2.8 Penatalaksanaan

a. Farmakologi

Tiga metode umum digunakan dalam manajemen farmakologi pasien yang mengalami reumatoid arthritis :

- 1) NSAID (obat antiinflamasi nonsteroid) dan analgesik ringan digunakan untuk meredakan proses inflamasi dan mengelola manifestasi penyakit. Meskipun obat ini dapat meredakan gejala reumatoid arthritis mereka tampaknya memiliki sedikit efek pada perkembangan penyakit.
- 2) Metode kedua menggunakan kortikosteroid oral dosis rendah untuk meredakan nyeri dan inflamasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kortikosteroid oral dosis rendah juga dapat memperlambat terjadinya dan perkembangan erosi tulang akibat reumatoid arthritis. Kortikosteroid intra-artikular dapat digunakan untuk memberi pereda sementara pada pasien dengan terapi lain yang telah gagal untuk mengendalikan inflamasi.
- 3) Kelompok obat berbeda diklasifikasikan sebagai obat antireumatik permodifikasi penyakit (*Disease Modifying Antirheumatic Drugs, DMARD*) digunakan pada metode ketiga untuk mengatasi reumatoid arthritis. Obat ini, yang mencakup DMARD sintetik (nonbiologik) seperti metotreksat, sulfasalazine, dan agens antimalaria, dan DMARD biologik seperti nekrosis anti tumor alfa, abatacepts, dan rituximab, tampak mengganggu rangkaian penyakit, mengurangi kerusakan sendi. Panduan terbaru dari America Collage of Rheumatology menganjurkan penggunaan DMARD terutama untuk pasien yang mengalami aktivitas penyakit tinggi, keterbatasan fungsional, atau penyakit ekstra-artikular (LeMone, 2015).

b. Non Farmakologi

Terapi utama dalam menangani reumatoid arthritis adalah meredakan nyeri dan inflamasi, memelihara fungsi, dan mencegah deformitas (LeMone, 2015).

- 1) Cukup istirahat pada sendi yang mengalami arthritis reumatoid
- 2) Mengurangi berat badan jika gemuk dan obesitas
- 3) Fisioterapi (dilakukan beberapa pergerakan sendi secara sistematis)

- 4) Kompres dingin atau panas (Priyanto, 2009).
- 5) Nutrisi, beberapa lemak biasa dengan asam lemak omega 3 yang ditemukan pada minyak ikan tertentu (LeMone, 2015).

2.2.9 Komplikasi

a. Sistem respiratori, gejala keterlibatan saluran nafas atas ini dapat berupa nyeri tenggorokan, nyeri menelan, atau disfonia yang umumnya terasa lebih berat pada pagi hari. Pada reumatoid arthritis yang lanjut dapat pula dijumpai efusi pleura dan fibrosis paru yang luas.

b. Sistem kardiovaskuler, seperti halnya sistem respiratorik, pada reumatoid arthritis jarang dijumpai gejala perikarditis berupa nyeri dada atau gangguan faal jantung. Akan tetapi pada beberapa pasien dapat pula dijumpai gejala perikarditis yang berat. Lesi inflamatif yang menyerupai nodul reumatoid dapat dijumpai miokardium dan katup jantung. Lesi ini dapat menyebabkan disfungsi katup, fenomena embolisasi, gangguan konduksi, aortitis dan kardiomiopati.

c. Sistem gastrointestinal, kelainan sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (OAINS) atau obat pengubah perjalanan penyakit (*Disease Modifying Antirheumatoid Drugs*, DMARD) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama reumatoid arthritis.

d. Sistem persarafan, komplikasi neurologis yang sering dijumpai pada reumatoid arthritis umumnya tidak memberikan gambaran yang jelas sehingga sukar untuk membedakan komplikasi neurologis akibat lesi artikular dari lesi neuropatik. Patogenesis komplikasi neurologis pada umumnya berhubungan dengan melopati akibat instabilitas vertebrae, servikal, neuropati jepitan atau neuropati iskemik akibat vaskulitis.

e. Sistem perkemihan : Ginjal, berbeda dengan lupus eritomatosus sistemik pada reumatoid arthritis jarang sekali dijumpai kelainan glomerular. Jika pada pasien reumatoid arthritis dijumpai proteinuria, umumnya hal tersebut lebih

sering disebabkan karena efek samping pengobatan seperti garam emas dan D-penisilamin atau terjadi sekunder akibat amiloidosis. Penggunaan OAINS yang tidak terkontrol dapat sampai menimbulkan nekrosis papilar ginjal.

f. Sistem hematologis, anemia akibat penyakit kronik yang ditandai dengan gambaran eritrosit normosistik-normokromik (hipokromik ringan) yang disertai dengan kadar besi serum yang rendah serta kapasitas pengikatan besi yang normal atau rendah merupakan gambaran umum yang sering dijumpai pada reumatoid artritis. Anemia akibat penyakit kronik ini harus dibedakan dari anemia defisiensi besi yang juga dapat dijumpai pada reumatoid artritis akibat penggunaan OAINS atau DMARD yang menyebabkan erosi mukosa lambung (Aspiani, 2014).

2.2.10 Prognosis

Perjalanan penyakit reumatoid artritis cukup bervariasi. Sekitar 10 persen penderita yang mendapat reumatoid artritis akan mengalami kecacatan yang hebat, tergantung pada sebagian atau seluruh aktivitas normalnya setiap hari. Ciri-ciri pasien yang cenderung mengalami hendaya adalah usia lanjut, jenis kelamin perempuan, kelainan radiografik yang parah, dan adanya nodul reumatoid atau peningkatan titer faktor reumatoid. Dalam 3 tahun penyakit, hampir 70 persen pasien akan memperlihatkan bukti radiografik adanya kerusakan sendi. Respon terhadap terapi DMARD (*Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*) lebih baik pada laki-laki dibanding perempuan walaupun menggunakan terapi yang sama, sebab progresivitas penyakit pada wanita lebih buruk (Pradana, 2012) tingkat kematian pada pasien dengan reumatoid artritis dilaporkan 2,5 kali dari populasi umum orang dengan penyakit articular dan ekstraarticular berat (Noor, 2016).

Faktor prognostik buruk pada reumatoid artritis

- a. Disabilitas fungsional (tidak bisa melakukan aktivitas hidup sehari-hari)
- b. Adanya erosi sendi pada pemeriksaan radiologis
- c. Melibatkan banyak sendi (misalnya > 20)

- d. Terdapat nodul reumatoid dan manifestasi ekstraartikular lainnya
- e. Petanda inflamasi (CRP atau LED) yang tinggi saat permulaan penyakit atau terus menerus tinggi setelah pengobatan DMARD dengan dosis dan waktu yang optimal
- f. Faktor reumatoid + dengan titer tinggi atau ACPA +
- g. HLA DR4 + dan shared epitope positif
- h. Tingkat pendidikan dan sosial ekonomi rendah (Indonesia, 2014).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan. Untuk itu, diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah klien sehingga dapat memberi arah terhadap tindakan keperawatan.

a. Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mengetahui :

Identitas meliputi nama, jenis kelamin (penderita reumatoid arthritis lebih banyak di derita oleh pasien wanita), usia (resiko paling tinggi terjadi pada usia 65 keatas), alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis (diagnosis medis reumatoid arthritis). Pada umumnya keluhan utama reumatoid arthritis adalah nyeri pada daerah sendi yang mengalami masalah. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang nyeri klien, perawat dapat menggunakan metode PQRST.

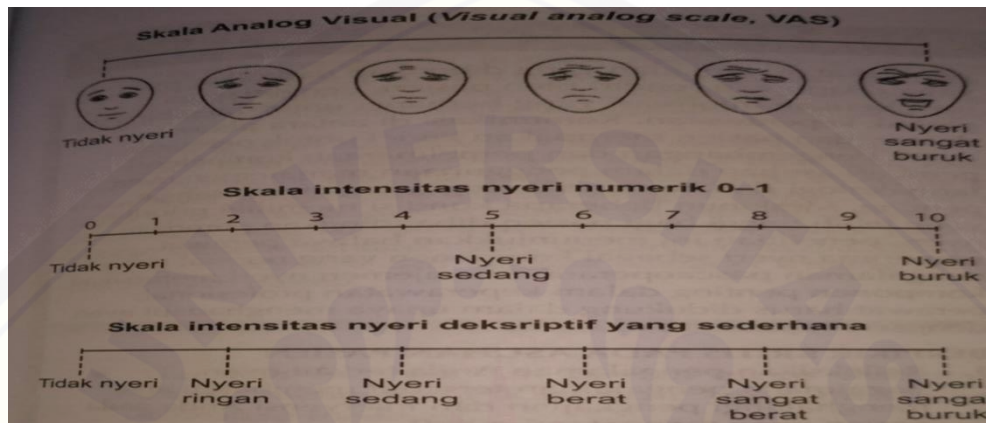
Provoking Incident : Hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri adalah peradangan.

Quality of Pain: nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien bersifat menusuk.

Region, Radiation, Relief: nyeri dapat menjalar atau menyebar, dan nyeri terjadi di sendi yang mengalami masalah.

Severity (*scale*) of Pain: nyeri yang dirasakan ada diantara 1-3 pada rentang skala pengukuran 0-4. Atau bagaimana tingkat keparahan atau intensitas nyeri ?

Time: beberapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.



Gambar 2.8 Skala Analog Visual dan Skala Intensitas Nyeri Numerik (LeMone, 2015).

1) Riwayat penyakit sekarang. Pengumpulan data dilakukan sejak keluhan muncul. Pada klien reumatoid arthritis, stadium awal biasanya ditandai dengan gangguan keadaan umum berupa malaise, penurunan berat badan, rasa capek, sedikit panas, dan anemia. Gejala lokal yang terjadi berupa pembengkakan, nyeri, dan gangguan gerak pada sendi metakarpofalangeal. Perlu dikaji kapan gangguan sensorik muncul. Gejala awal terjadi pada sendi. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, dan pergelangan kaki dan biasanya bersifat simetris.

2) Riwayat penyakit dahulu. Pada pengkajian ini, ditemukan kemungkinan penyebab yang mendukung terjadinya reumatoid arthritis. Penyakit tertentu seperti penyakit diabetes menghambat proses penyembuhan reumatoid arthritis. Masalah lain yang perlu ditanyakan adalah apakah klien pernah dirawat dengan masalah yang sama. Sering klien ini menggunakan obat antireumatik jangka panjang sehingga perlu dikaji jenis obat yang digunakan (NSAID, antibiotik, dan analgesik)

- 3) Riwayat penyakit keluarga. Kaji tentang adakah keluarga dari generasi terdahulu yang mengalami keluhan yang sama dengan klien.
- 4) Riwayat psikosial. Kaji respons emosi klien terhadap penyakit dan perannya dalam keluarga dan masyarakat. Klien ini dapat mengalami ketakutan akan kecacatan karena perubahan bentuk sendi dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra diri). Klien ini juga dapat mengalami penurunan libido sampai tidak dapat melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan kelemahan fisik serta nyeri. Klien reumatoid arthritis akan merasa cemas tentang fungsi tubuhnya sehingga perawat perlu mengkaji mekanisme coping klien. Kebutuhan tidur dan istirahat juga harus dikaji, selain lingkungan, lama tidur, kebiasaan, kesulitan, dan penggunaan obat tidur.

b. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data anamnesis. Pemeriksaan fisik dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan B6 (*Bone*) yang dikaitkan dengan keluhan klien.

- 1) B1 (*Breathing*). Klien reumatoid arthritis tidak menunjukkan kelainan sistem pernapasan pada saat inspeksi. Palpasi toraks menunjukkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pada auskultasi, tidak ada suara napas tambahan.
- 2) B2 (*Blood*). Tidak ada iktus jantung pada palpasi. Nadi mungkin meningkat, iktus tidak teraba. Pada auskultasi ada suara S1 dan S2 tunggal dan tidak ada murmur.
- 3) B3 (*Brain*). Kesadaran biasanya kompos mentis. Pada kasus yang lebih parah, klien dapat mengeluh pusing dan gelisah.

Kepala dan wajah : ada sianosis

Mata : sklera biasanya tidak ikterik

Leher : biasanya JVP dalam batas normal

Telinga : tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal.

tidak ada lesi atau nyeri tekan.

Hidung : tidak ada deformitas, tidak ada pernapasan cuping
Cuping hidung

Mulut dan faring : tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan dan mukosa mulut tidak pucat.

Status mental: penampilan dan tingkah laku klien biasanya tidak mengalami perubahan.

Pemeriksaan saraf kranial:

Saraf I (Olfaktorius). Biasanya pada klien reumatoid artritis tidak ada kelainan dan fungsi penciuman tidak ada kelainan.

Saraf II (Optikus). Tes ketajaman penglihatan normal

Saraf III (Okulomotorius), IV (Troclearis), VI (Trigeminus). Biasanya tidak ada gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor.

Saraf V (Abdusens). Klien reumatoid artritis umumnya tidak mengalami paralisis pada otot wajah dan refleks kornea biasanya tidak ada kelainan.

Saraf VII (Fasialis). Persepsi pengecapan dalam batas normal dan wajah simetris.

Saraf VIII (Akustikus). Tidak ditemukan tuli konduktif atau tuli persepsi.

Saraf IX (Glosofaringeus) dan X (Vagus). Kemampuan menelan baik.

Saraf XI (Aksesoris). Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius

Saraf XII (Hipoglosus). Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi. Indra pengecapan normal.

4) B4 (*Bladder*). Produksi urine biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem perkemihan.

5) B5 (*Bowel*). Umumnya klien reumatoid artritis tidak mengalami gangguan eliminasi. Meskipun demikian, perlu dikaji frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses. Frekuensi berkemih, kepekatan urine, warna, bau, dan jumlah urine juga harus dikaji. Gangguan gastrointestinal yang sering adalah mual, nyeri lambung, yang menyebabkan klien tidak nafsu makan,

terutama klien yang menggunakan obat reumatik dan NSAID. Peristaltik yang menurun menyebabkan klien jarang defekasi.

6) B6 (*Bone*)

Look : didapatkan adanya pembengkakan yang tidak biasa (abnormal), deformitas pada daerah sendi kecil tangan, pergelangan kaki. Adanya degenerasi serabut otot memungkinkan terjadinya pengecilan, atrofi otot yang disebabkan oleh tidak digunakannya otot akibat inflamasi sendi.

Feel : nyeri tekan pada sendi yang sakit

Move : ada gangguan mekanis dan fungsional pada sendi dengan manifestasi nyeri bila menggerakkan sendi yang sakit. Klien sering mengalami kelemahan fisik sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari (Muttaqin, 2008).

7) Aktivitas / istirahat

Gejala : nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan yang hebat

Tanda : malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktur/kelainan pada sendi dan otot.

8) Kardiovaskular

Gejala : fenomena pucat intermiten, sianotik, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

9) Makanan/cairan

Gejala : ketidakmampuan untuk menghasilkan/mengonsumsi makanan/cairan adekuat, mual, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah.

Tanda : penurunan berat badan dan membran mukosa kering

10) Higiene

Gejala : berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain

11) Neurosensori

Gejala : kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan

Tanda : pembengkakan sendi simetris

12) Nyeri/kenyamanan

Gejala : fase akut dari nyeri (disertai/tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari)

13) Keamanan

Gejala : kulit mengilat, tegang, nodus subkutaneus, lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga (Lukman & Ningsih, 2009).

c. Pengkajian Khusus

1) Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional ini meliputi pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, penentuan kemandirian, mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien, serta menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Pengkajian status fungsional ini melakukan pemeriksaan dengan instrumen tertentu untuk membuat penilaian secara objektif. Instrumen yang biasa digunakan dalam pengkajian status fungsional adalah indeks Katz, Barthel Indeks. Alat ini digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. Lingkup pengkajian meliputi keadekuatan enam fungsi, yaitu mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen, dan makan, yang hasilnya untuk mendeteksi tingkat fungsional klien (mandiri/dilakukan sendiri atau tergantung). (Sunaryo, 2016)

a) Indeks Katz

Tabel 2.2 Indeks Katz (Kushariyadi, 2010)

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai, C, D, E atau F.

Mandi (spon, pancuran, atau bak)

Mandiri :

Bantuan hanya pada satu bagian tubuh (seperti punggung/ekstremitas yang tidak mampu) atau mandiri sendiri sepenuhnya.

Tergantung :

Bantuan lebih dari satu bagian tubuh, bantuan diberikan saat masuk dan keluar dari bak mandi, tidak mandi sendiri.

Berpakaian

Mandiri :

Mengambil baju dari kloset dan laci (berpakian, melepaskan pakaian), mengikat (mengatur pengikat, melepas ikatan sepatu)

Tergantung :

Tidak memakai baju sendiri/sebagian masih tidak menggunakan pakaian.

Kekamar kecil

Mandiri :

Ke kamar kecil (masuk dan keluar dari kamar kecil), merapikan baju, membersihkan organ ekskresi (dapat mengatur badan sendiri yang digunakan hanya malam hari dan dapat/tidak dapat menggunakan dukungan mekanik)

Tergantung :

Menggunakan bedpan atau menerima bantuan saat masuk dan menggunakan toilet.

Berpindah

Mandiri :

Berpindah ke dan dari tempat tidur secara mandiri serta berpindah duduk dan bangkit dari kursi secara mandiri (dapat/tidak dapat menggunakan dukungan mekanis).

Tergantung :

Bantuan dalam berpindah naik/turun dari tempat tidur dan/atau kursi (tidak melakukan satu atau lebih perpindahan).

Kontinen

Mandiri :

Berkemih dan defekasi dikontrol sendiri

Tergantung :

Inkontinensia parsial atau total pada perkemihan/defekasi (kontrol total atau parsial dengan enema, kateter, atau penggunaan urinal/bedpan teratur)

Makan

Mandiri :

Mengambil makanan dari piring/ketepatan memasukkan ke mulut, (memotong daging dan menyiapkan makanan, seperti mengolesi roti dengan mentega, tidak dimasukkan dalam evaluasi)

Tergantung :

Bantuan dalam hal makan, tidak makan sama sekali/makan per parental.

(Kushariyadi, 2010)

b) Barthel Indeks

Tabel 2.3 Barthel Indeks (Kushariyadi, 2010)

No	Aktifitas	Score	
		Dependence	Independence
1	Pemeliharaan kesehatan diri (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		
2	Mandi		
3	Makan		
4	Toilet (aktifitas BAB & BAK)		
5	Naik/turun tangga		
6	Berpakaian		
7	Kontrol BAB		
8	Kontrol BAK		
9	Ambulasi Kursi roda	(bila px ambulasi dengan kursi roda)	
10	Transfer kursi/bed (pindah dari kursi roda ke bed dan sebaliknya, termasuk duduk di bed)		
			Total: 100

Analisa hasil:

0-20 = ketergantungan penuh

21-61 = ketergantungan berat (sangat tergantung)

62-90 = ketergantungan moderat/ sedang

91-99 = ketergantungan ringan

100 = mandiri

2) Pengkajian Status Kognitif/Afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual. Pengkajian status mental ditekankan pada pengkajian tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, serta kemampuan konstruksional. Pengkajian status mental bisa digunakan untuk klien yang beresiko delirium. Pengkajian ini meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*, *Mini Mental State Exam (MMSE)*, *Inventaris Depresi Beck (IDB)*.

a) Short Portable Mental Status Questionare

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 jika tidak rusak/benar.

Tabel 2.4 *Short Portable Mental Status Questionare* (SPMSQ) (Kushariyadi, 2010)

Skor		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang ini?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Berapa nomor telepon anda?	
		4	Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	
		5	Berapa umur anda?	-
		6	Kapan anda lahir?	-
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	-
		8	Siapa presiden sebelumnya?	-
		9	Siapa nama kecil Ibu anda?	-
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun?	-
		Jumlah kesalahan total		

Analisa Hasil:


1. Kesalahan 0 – 2 Fungsi intelektual utuh
2. Kesalahan 3 – 4 Kerusakan intelektual ringan
3. Kesalahan 5 – 7 Kerusakan intelektual sedang
4. Kesalahan 8 – 10 Kerusakan intelektual berat

b) Mini Mental State Exam

Mini Mental State Exam (MMSE) digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental : orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Pemeriksaan ini bertujuan untuk

melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik, namun berguna untuk mengkaji kemajuan klien.

Tabel 2.5 *Mini Mental State Exam (MMSE)* (Kushariyadi, 2010)

No	TES	Nilai Max	Nilai
ORIENTASI			
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim , tahun	5	
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	
REGISTRASI			
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	
ATENSI DAN KALKULASI			
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	
RECALL			
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	
BAHASA			
6	Mengulangi kata-kata “namun”, “tanpa “, “bila”	3	
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	
	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”		
9	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	
10	Pasien disuruh menggambar	1	
11		1	
Total		30	

Analisa hasil :

- Nilai 24-30 : Normal,
- Nilai 17-23 : Gangguan kognitif ringan,
- Nilai 0-16 : Gangguan kognitif berat.

c) Inventaris Depresi Beck (IDB)

Inventaris Depresi Beck (IDB) merupakan alat pengukur status afektif yang digunakan untuk membedakan jenis depresi yang memengaruhi suasana hati. Instrumen ini berisikan 21 karakteristik: alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan. Selain itu, juga berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi.

Tabel 2.6 Inventaris Depresi Beck (IDB) (Kushariyadi, 2010)

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih / tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.
1	Saya merasa sedih atau galau.
0	Saya tidak merasa sedih.
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.
C. Rasa Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri).
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.
0	Saya tidak merasa gagal.
D. Ketidak Puasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.
2	Saya merasa sangat bersalah.
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan Diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan

- 2 Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.
- 1 Saya merasa lebih baik mati.
- 0 Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.

H. Menarik Diri dari Sosial

- 3 Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.
- 2 Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.
- 1 Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
- 0 Saya tidak kehilangan minat pada orang lain

I. Keragu-raguan

- 3 Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
- 2 Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
- 1 Saya berusaha mengambil keputusan
- 0 Saya membuat keputusan yang baik.

J. Perubahan Gambaran Diri

- 3 Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.
- 2 Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tampak tua atau tak menarik
- 1 Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik
- 0 Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.

K. Kesulitan Kerja

- 3 Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.
- 2 Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.
- 1 Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.
- 0 Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.

L. Keletihan

- 3 Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.
- 2 Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.
- 1 Saya merasa lelah dari yang biasanya.
- 0 Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya

M. Anorekisa

- 3 Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.
- 2 Napsu makan saya sangat memburuk sekarang.
- 1 Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.
- 0 Napsu makan saya tidak buruk dari biasanya.

Analisa Hasil

0 - 4	Depresi tidak ada atau minimal.
5 - 7	Depresi ringan.
8 - 15	Depresi sedang.
16 +	Depresi berat.

Dari Beck AT, Beck RW : screening depressed patients in family practice (1972)

3) Pengkajian Fungsi Sosial

Hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentral pada seluruh tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Pengkajian sistem sosial dapat menghasilkan informasi tentang jaringan pendukung. Keluarga berperan besar terhadap anggota lainnya, akibatnya tingkat keterlibatan dan dukungan keluarga tidak dapat diakibatkan pada waktu pengumpulan data. Sebagian besar perawatan jangka panjang terhadap lansia berasal dari keluarga karena membutuhkan dukungan fisik dan emosional.

a) APGAR Keluarga

Suatu alat skrining yang digunakan mengkaji fungsi sosial lanjut usia (Smilkstein et al, 1982 dalam (Kushariyadi, 2010). Adaptasi (*adaption*), hubungan (*partnership*), pertumbuhan (*growth*), afeksi (*affection*), dan pemecahan (*resolve*) (APGAR) adalah aspek fungsi keluarga yang digunakan pada klien yang mempunyai hubungan sosial lebih intim dengan teman-temannya daripada keluarganya sendiri. Nilai kurang dari 3 menandakan disfungsi keluarga sangat tinggi, sedangkan nilai 4-6 difungsi keluarga sedang. Instrumen skrining ini digunakan oleh klien yang mengalami peristiwa hidup penuh stress. (Kushariyadi, 2010)

Tabel 2.7 APGAR Keluarga (Kushariyadi, 2010)

No.	Uraian	Fungsi	Skor
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	<i>Adaption</i> (Adaptasi)	
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	<i>Partnership</i> (Hubungan)	
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	<i>Growth</i> (Pertumbuhan)	
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	<i>Affection</i> (Afeksi)	
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<i>Resolve</i> (Pemecahan)	

Penilaian :

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab;

1. Selalu : skor 2

Analisa hasil :

Skor 8-10 ; fungsi sosial normal

Skor 5-7; fungsi sosial cukup

Skor 0-4 ; fungsi sosial kurang/ suka menyendiri

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

a. Konsep Asuhan Keperawatan Reumatoid Arthritis

1) Konsep Toksonomi Diagnosa Keperawatan

Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Nyeri Kronis

Domain 12 : Kenyamanan

Kelas 1 : Kenyamanan Fisik

Kode Diagnosa : 00132

a) Definisi

Pengalaman sensori dan emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (internasional association for the study of pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi atau terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 6 bulan. (Herdman & Kamitsuru, 2015)

b) Batasan Karakteristik

Nyeri Kronis

- (1) Anoreksia
- (2) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., neonatal infant pain scale, pain assessment check list for senior with limited ability to communicate)
- (3) Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)
- (4) Fokus pada diri sendiri
- (5) Hambatan kemampuan meneruskan aktivitas sebelumnya
- (6) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala Wong-Baker FACES skala analog visual, skala penilaian numerik)
- (7) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri (mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
- (8) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktifitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
- (9) Perubahan pola tidur

c) Faktor yang Berhubungan

Nyeri Kronis

- (1) Agen pencedera
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Cedera otot
- (4) Cedera tabrakan
- (5) Distres emosi
- (6) Fraktur
- (7) Gangguan genetik
- (8) Gangguan imun
- (9) Gangguan iskemik
- (10) Gangguan metabolik
- (11) Gangguan muskuloskeletal kronis
- (12) Gangguan pola tidur

- (13) Infiltrasi tumor
- (14) Isolasi sosial
- (15) Jender wanita
- (16) Kelelahan
- (17) Kerusakan sistem saraf
- (18) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- (19) Kompresi otot
- (20) Kontusio
- (21) Malnutrisi
- (22) Mengangkat beban berat berulang
- (23) Pasca trauma karena gangguan (mis. Infeksi, inflamasi)
- (24) Penggunaan komputer lama (>20 jam/minggu)
- (25) Peningkatan indeks masa tubuh
- (26) Peningkatan kadar kortisol lama
- (27) Pola seksualitas tidak efektif
- (28) Riwayat hutang terlalu banyak
- (29) Riwayat olahraga terlalu berat
- (30) Riwayat penganiayaan
- (31) Riwayat penyalahgunaan zat
- (32) Riwayat postur tubuh statis dalam bekerja
- (33) Usia > 50 tahun
- (34) Vibrasi seluruh tubuh

d) Diagnosa yang Muncul pada Reumatoid Arthritis

- (1) Nyeri akut/kronis yang berhubungan dengan : Agens fisik – penumpukan cairan/proses peradangan, kerusakan sendi.
- (2) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan enggan untuk memulai gerakan, gangguan muskuloskeletal; kekakuan sendi, nyeri, penurunan ketahanan
- (3) Ketidakefektifan performa peran yang berhubungan dengan kelelahan; depresi, kurang sumber; tidak mencukupinya sistem dukungan, nyeri

(4) Defisit perawatan diri (mandi, berpakaian, makan, eliminasi) yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal; kelemahan, keletihan, nyeri, ketidaknyamanan, penghambat lingkungan(Yasmara, Nursiswati, & Arafat, 2016).

(5) Distres spiritual berhubungan dengan nyeri, penyakit kronik pada diri sendiri, perubahan hidup.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>Nyeri akut/kronis</p> <p>Yang berhubungan dengan : Agens fisik – penumpukan cairan/proses peradangan, kerusakan sendi</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (internasional association for the study of pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (nyeri akut) atau terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (nyeri kronis)</p>	<p>Kontrol nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan nyeri mereda atau terkendali - Mengikuti regimen farmakologis yang diresepkan - Memasukkan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalihan ke dalam program kendali nyeri <p>Nyeri : perilaku mengganggu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak santai dan rapat tidur atau istirahat dengan tepat - Mengikuti aktivitas harian pada tingkat kemampuan 	<p>Manajemen nyeri :</p> <p>Independen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selidiki laporan nyeri, dengan mencatat lokasi dan intensitas menggunakan skala 0-10 atau skala isyarat serupa. Catat faktor pemicu dan petunjuk nyeri non verbal. - Anjurkan klien mengambil posisi yang nyaman sementara ditempat tidur atau duduk di kursi. Tingkatkan tirah baring saat diindikasikan, tetapi kembali bergerak segera mungkin - Tempatkan dan pantau pemakaian bantal - Dorong perubahan posisi sering - Anjurkan bahwa klien mandi siram atau mandi pancur air hangat pada saat bangun dan/atau saat mau tidur. Beri kompres hangat lembab ke sendi yang sakit beberapa kali sehari. Pantau suhu air - Beri pijatan lembut - Beri medikasi sebelum aktivitas rencana dan olahraga sesuai indikasi - Dorong pemakaian teknik manajemen stres, mis, relaksasi

progresif, umpan balik biologis, dan pernapasan terkendali. Beri sentuhan terapi jika memungkinkan.

Kolaboratif

- Beri medikasi sesuai indikasi :
Analgesik , obat-obatan antireumatik yang memodifikasi penyakit, inhibitor faktor nekrosis tumor
- Bantu dengan terapi fisik, misalnya sarung tanagn parafin atau mandi dikolam air
- Beri kompres es atau dingin saat diindikasikan

Hambatan mobilitas fisik	Gerakan sendi :	Terapi latihan: mobilitas sendi
Yang berhubungan dengan:	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi sendi yang sakit - Mempertahankan posisi fungsi dengan tidak ada atau keterbatasan kontraktur 	Independen
<ul style="list-style-type: none"> - Enggan untuk memulai gerakan - Gangguan muskuloskeletal; kekakuan sendi - Nyeri - Penurunan ketahanan 	<p>Ambulasi</p> <p>Terlibat dalam teknik atau perilaku yang meningkatkan kemampuan untuk bergerak</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi dan kemudain pantau secara terus menerus derajat peradangan dan nyeri sendi. - Pertahankan tirah baring atau istirahat di kursi saat diindikasikan. Jadwalkan aktivitas yang memberikan periode istirahat yang sering dan waktu tidur yang tidak terputus. - Bantu rentang gerak aktif atau melakukan rentang gerak pasif dan olahraga resistif dan isometrik bila mampu. - Dorong klien untuk mempertahankan postur tegak dan lurus saat duduk, berdiri, dan berjalan - Diskusikan dan berikan kebutuhan keamanan, misalnya meninggikan kursi dan dudukan toilet, penggunaan pagar pengaman dibak mandi atau
<p>Definisi :</p> <p>Keterbatasan dalam gerak fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah</p>		

pancuran dan toilet, pemakaian alat bantu mobilitas yang semestinya atau keamanan kursi roda

Pemberian posisi:

Independen

- Pemberian posisi ulang dengan sering menggunakan personel yang memadai. Menunjukkan dan membantu teknik pemindahan dan pemakaian alat bantu mobilitas, misal, walker, tongkat, atau trapeze
- Posisikan dengan bantal. Berikan dukungan sendi dengan bidai.
- Anjurkan menggunakan bantal kecil atau tipis dibawah leher.

Kolaboratif

- Sediakan kasur busa atau kasur tekanan alternatif
- Konsultasi dengan terapis fisik dan okupasi dan spesialis vokasional.

Bantuan perawatan diri: aktivitas hidup sehari-hari dengan instrumen

Independen

Tentukan ketepatan dan kemampuan untuk menggunakan skuter atau penguatan khusus untuk automobil, misal, kendali tangan dan cermin besar

Ketidakefektifan	performa	Performa peran:	Pengembangan peran :
peran		<ul style="list-style-type: none"> - Berbicara dengan keluarga/atasan tentang perubahan atau keterbatasan yang disebabkan oleh kondisi - Mengungkapkan penerimaan diri pada perubahan peran. 	<p>Independen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong verbalisasi tentang keprihatinan terhadap proses penyakit dan harapan dimasa mendatang - Diskusikan persepsi klien terhadap
Yang berhubungan dengan:			
- Keletihan; depresi			
- Kurang sumber; tidak mencukupinya dukungan	sistem		

<p>- Nyeri</p> <p>Definisi :</p> <p>Suatu pola perilaku dan ekspresi diri yang tidak sesuai dengan harapan, norma, dan konteks lingkungan.</p>	<p>- Merumuskan rencana yang realistis untuk mengadaptasi perubahan peran</p>	<p>bagaimana orang terdekat mempersepsikan keterbatasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catat perilaku menarik diri, pemakaian penyangkalan, atau keprihatinan berlebihan dengan perubahan - Libatkan klien pada perencanaan asuhan dan penjadwalan aktivitas
<p>Kolaboratif</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Kenali sumber komunitas kelompok dukungan lokal dan nasional, advokat ketunadayaan sesuai kebutuhan - Anjurkan konselor vokasional/pekerjaan sesuai indikasi - 		
<p>Defisit perawatan diri (mandi, berpakaian, makan, eliminasi)</p> <p>Yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan muskuloskeletal; kelemahan - Keletihan - Nyeri, ketidaknyamanan - Penghambat lingkungan <p>Definisi :</p> <p>Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi secara mandiri</p>	<p>Perawatan diri; status</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan aktivitas perawatan diri pada tingkat konsisten dengan kemampuan individu - Menunjukkan teknik dan perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri - Mengenali sumber pribadi dan komunitas yang dapat memberikan bantuan yang dibutuhkan 	<p>Bantuan perawatn diri:</p> <p>Independen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan tingkat fungsi biasanya menggunakan klasifikasi tingkat fungsional 0-4 untuk status karena awitan atau eksarsebasi penyakit dan kemungkinan perubahan yang saat ini diperkirakan - Pertahankan mobilitas, kendali nyeri, dan program olahraga - Beri waktu yang cukup bagi klien untuk menyelesaikan tugas hingga tingkat kemampuan tertinggi. Tinggikan kekuatan individu - Kaji hambatan keikutsertaan dalam perawatan diri. Kenali dan rencanakan untuk modifikasi lingkungan - Kenali sumber untuk alat yang dibutuhkan mis, pengangkat, dudukan toilet yang ditinggikan,

atau kursi roda

Kolaboratif

- Konsul dengan spesialis rehabilitatif, mis, terapi okupasi
 - Atur untuk konsultasi dengan lembaga lain, mis, layanan perawatan dirumah atau nutrisi.
-

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan, yaitu perawat melakukan tindakan sesuai rencana. Tindakan ini bersifat intelektual, teknis, dan interpersonal berupa berbagai upaya memenuhi kebutuhan dasar klien. Tindakan keperawatan meliputi tindakan keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan kesehatan/keperawatan, dan tindakan medis yang dilakukan perawat (tugas limpah) (Sunaryo, 2015).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

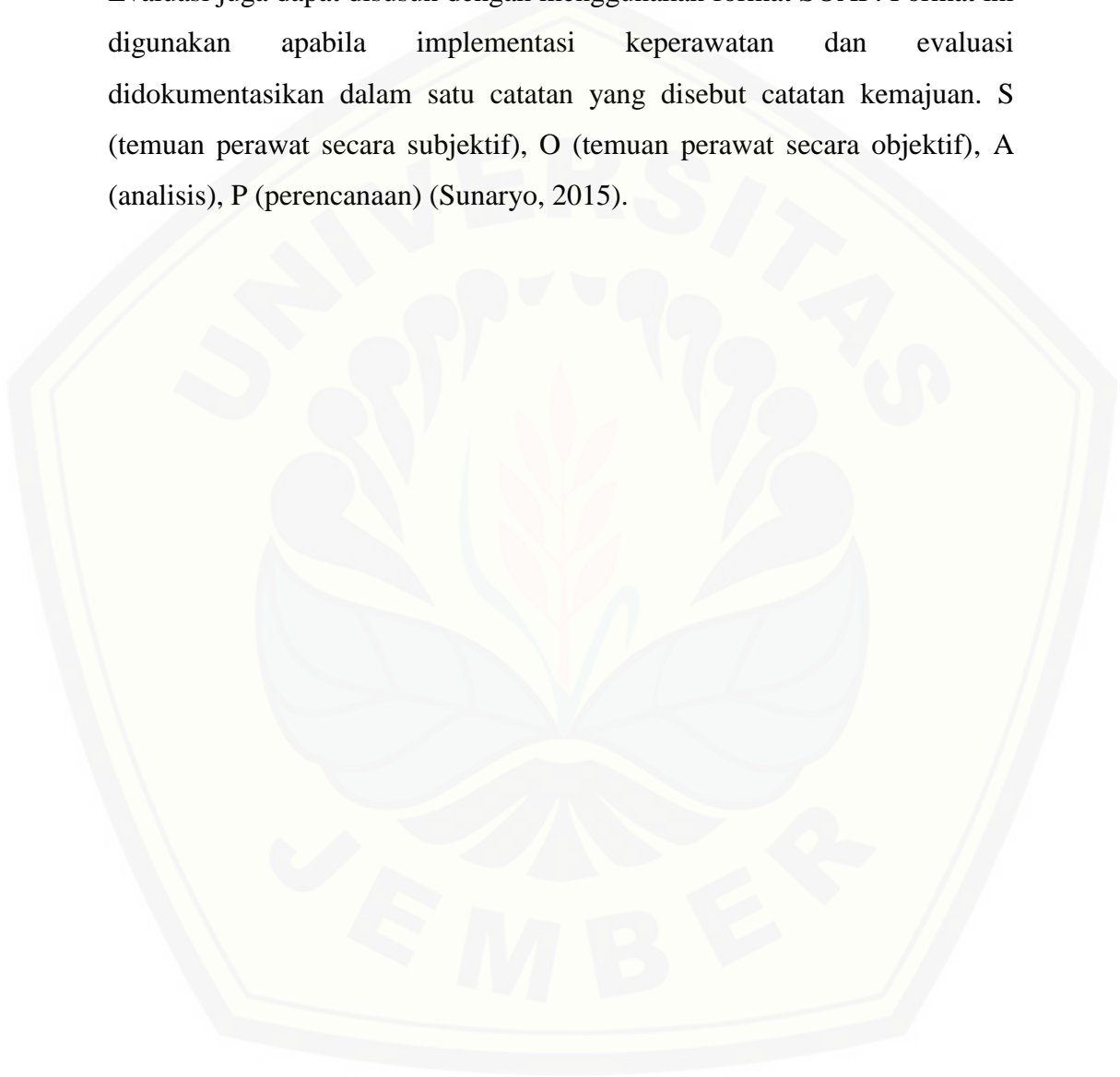
Perawat bertanggung jawab untuk menevaluasi status dan kemajuan klien terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan klien, membandingkan respons klien dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah dan kemajuan pencapaian tujuan keperawatan klien. Dalam menelaah kemajuan klien dalam pencapaian hasil, perawat akan mencatat salah satu dari keputusan berikut, dalam lembar evaluasi atau dalam catatan kemajuan pada saat ditentukan untuk melakukan evaluasi:

- a. Lanjutkan : diagnosis masih berlaku, tujuan dan kriteria standar masih relevan

b. Direvisi : diagnosis asih berlaku, tetapi tujuan dan tindakan keperawatan memerlukan perbaikan

c. Teratasi : tujuan keperawatan telah dicapai, dan rencana perawatan tidak dilanjutkan

Evaluasi juga dapat disusun dengan menggunakan format SOAP. Format ini digunakan apabila implementasi keperawatan dan evaluasi didokumentasikan dalam satu catatan yang disebut catatan kemajuan. S (temuan perawat secara subjektif), O (temuan perawat secara objektif), A (analisis), P (perencanaan) (Sunaryo, 2015).



BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang akan digunakan dalam menyelesaikan laporan kasus terhadap asuhan keperawatan lansia pada pasien dengan reumatoid arthritis

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah kualitatif jenis laporan kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan pada lansia Ny. S dan Tn. S yang mengalami reumatoid arthritis dengan masalah keperawatan nyeri kronis di UPT PSTW Jember tahun 2017.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan, reumatoid arthritis, dan nyeri kronis.

3.2.1 Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.2.2 Reumatoid arthritis merupakan kelainan autoimun yang menyebabkan inflamasi sendi, termasuk didalamnya nyeri dan kekakuan pada sendi serta yang memenuhi 4 dari 7 tanda kriteria diagnosis kriteria dari *American College of Rheumatology (ACR)*.

3.2.3 Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan dan yang memenuhi minimal dua dari batasan karakteristik yaitu :

- a. Anoreksia
- b. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., neonatal infant pain

- scale, pain assessment check list for senior with limited ability to communicate)
- c. Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)
 - d. Fokus pada diri sendiri
 - e. Hambatan kemampuan meneruskan aktivitas sebelumnya
 - f. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala Wong-Baker FACES skala analog visual, skala penilaian numerik)
 - g. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri (mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
 - h. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
 - i. Perubahan pola tidur

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 klien yang memiliki masalah keperawatan nyeri kronis pada lansia dengan sebagian atau keseluruhan yang memenuhi kriteria :

3.3.1 Menjalani perawatan di UPT PSTW Jember

3.3.2 Klien dengan masalah keperawatan nyeri kronis

3.3.3 Klien memenuhi 4 dari 7 kriteria diagnosis dari *American College of Rheumatology (ACR)*.

3.3.4 Mau mendatangi *informed consent* dilakukan tindakan keperawatan tentang nyeri kronis.

3.4 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di UPT PSTW Jember pada bulan Oktober sampai dengan November 2018 untuk masing-masing klien.

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di wisma Seruni dan Cempaka di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha (UPT PSTW Jember)

3.4.2 Waktu

Waktu yang digunakan pengambilan data mulai tanggal 27 Oktober sampai 4 November 2018. Pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 2 minggu pada hari senin, Selasa, Rabu, Kamis, Jumat, Sabtu, dan terdapat jeda hari Minggu. Dilanjutkan minggu ke 2 yang sama seperti minggu pertama.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara yang dilakukan mengenai data yang terkait tentang nyeri pada klien 1 dan klien 2 diantaranya, klien mengatakan nyeri terasa bertambah apabila dibuat berjalan jauh dan pada klien 2 nyeri dan kaku bertambah berat jika dilakukan tarikan, mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan pada klien 2 nyeri seperti ditarik atau diperas, reaksi nyeri pada jari tangan, siku dan menjalar ke lutut, nyeri dan kaku muncul pada pagi hari dan berlangsung kurang lebih 1 jam, skala kozier 7. Pada kedua klien mengatakan lupa pada riwayat imunisasi hanya pada klien 2 mengatakan pernah melakukan imunisasi campak.

3.5.2 Observasi

Observasi yang dilakukan diantaranya aktivitas pada kedua klien. Klien 1 mengalami penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu berpindah, sedangkan pada klien 2 masih memiliki kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang baik. Pola makan yang diberikan oleh petugas masih belum ada pemilahan. Tanda-tanda vital yang didapatkan pada kedua klien seperti tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Dokumentasi yang diperoleh dalam penelitian ini adalah didapatkan dari registrasi klien yang berisi tentang identitas klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data reumatoid arthritis dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh, sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan

Peneliti melakukan pengamatan dengan observasi pada kedua klien tidak hanya sekali melainkan setiap hari.

3.6.2 Sumber Informasi Tambahan

Sumber yang diperoleh tidak terpaku pada kedua klien, tetapi peneliti melakukan pengambilan data juga melalui klien, pembimbing wisma, dan keluarga atau teman sewisma.

3.7 Etika Penelitian

3.7.1 *Informed Consent*

Persetujuan yang diberikan pada klien yang berisi tentang tujuan dilakukan tindakan keperawatan yang bertujuan agar kedua klien dapat mengontrol nyeri. Dampak yang ditimbulkan jika tidak dapat mengontrol nyeri akan menjadikan mengalami penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari.

3.7.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Laporan yang dituliskan tidak diberikan nama melainkan hanya inisial. Laporan yang dituliskan pada asuhan keperawatan hanya bertuliskan inisial.

3.7.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Data yang diperoleh akan dijaga oleh peneliti tidak disebarluaskan. Data yang didapatkan juga akan disimpan pada folder yang dijaga untuk tidak disebarluaskan.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien selama 2 minggu dengan jeda pada hari minggu secara berturut-turut pada dasarnya mengacu pada intervensi keperawatan. Semua intervensi keperawatan yang diberikan pada kedua klien telah diimplementasikan semua pada kedua klien. Dan salah satu intervensi yang difokuskan adalah terapi panas (kompres hangat) pada kedua klien.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada diagnosa nyeri kronis yang dialami oleh klien 1 teratasi pada kunjungan ke 4 sampai hari ke 6, sedangkan pada klien 2 teratasi pada kunjungan ke 3 sampai hari ke 6.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya

Selain menerapkan pengakjian yang komprehensif, penulis perlu melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan lab atau rontgen untuk klien yang mengalami Reumatoid arthritis, agar semua kriteria yang disebutkan dalam *American Rheumatism Association* (ARA) dapat diketahui semua.

5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW

Setelah lansia dapat didiagnosa reumatoid arthritis, maka sebaiknya petugas kesehatan mendokumentasikan pada setiap register klien sehingga dapat dipantau kesehatannya. Petugas kesehatan di UPT PSTW hendaknya melakukan pemisahan makanan pada lansia yang terdapat pantangan dengan beberapa menu makanan.

5.2.3 Bagi Institusi

Pada institusi menurut penulis dalam melakukan studi kasus sudah baik, namun penulis ingin menyarankan memberikan tambahan literatur terkait dengan penyakit lansia terutama reumatoid arthritis.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2018). Pengaruh Senam Rematik terhadap Penurunan Nyeri Rematik pada Lansia. *Menara Ilmu Vol. XII Jilid I No 79* , 118.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik aplikasi NANDA, NIC, dan NOC jilid 1*. Jakarta: TRANS INFO MEDIA.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Edisi 8-Buku 3*. Singapore: Elseiver.
- Brunner, S. &. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta : EGC.
- Chabib, L. (2016). Review Reumatoid Arthritis : Terapi Farmakologi, Potensi Kurkumin Analognya, serta Pengembangan Sistem Nonopartikel. *Jurnal Pharmascience vol 3* , 11-12.
- Chintyawati, C. (2014). *Hubungan Antara Nyeri Reumatoid Artritis dengan Tingkat Kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia di Posbindu Karang Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Tangerang Selatan Tingkat* . Jakarta: UIN.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Evalina S, H., & Bagus R, C. (2015). Pengaruh kompres hangat terhadap nyeri sendi pada lansia (60-74 tahun). *Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 2015 3rd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care* , 160.
- Free, F. (2017, Januari 24). Rheumatoid Artritis Bagian II. *Musculoskeletal Rehabilitation Clinic* , hal. 1.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan definisi & klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Hurst, M. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta: EGC.
- Hyulita, S. (2014). Pengaruh Kompres Serei Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Artritis Reumatoid pada Lanjut Usia di Kelurahan Tarok Dipo Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Panjang Bukit Tinggi . *Afiyah Vol 1 No 1* , 1.
- Irawaty, E. (2014). *Hubungan Antara Persepsi dan Tingkat Kepentingan Lansia Terhadap Taman Langsung Kebayoran Baru, Jakarta Selatan* . Dipetik 03 02, 2017, dari electronic theses & dissertations (ETD)- Gajah Mada University:http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=72789
- Ismawati, D. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Ny.I dengan Arthritis Reumatoid di UPT PSLU Jember Tahun 2015*. Lumajang: Akademi Keperawatan Lumajang.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan Lansia*. Jakarta
- Kushariyadi. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.
- LeMone, P. (2015). *Buku Ajar Medikal Bedah* . Jakarta : EGC.
- Lukman, & Ningsih, N. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal* . Jakarta: Salemba Medika.
- Made E S, I. (2016). Pengaruh terapi kompres hangat dengan jahe terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Lansia yang Menderita Arthritis Reumatoid di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram. *Prima Vol 2* , 2.
- Maryam, R. S., Ekasari, M. F., Rosidawati, Jubaedi, A., & Batubara, I. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Meldawati. (2017). *Perubahan Fisiologi pada Lansia pada Semua Sistem*. Dipetik Mei 01, 2017, dari http://www.academia.edu/9286314/PERUBAHAN_FISIOLOGI_PADA_LANSIA_PADA_SEMUA_SISTEM

Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

Nainggolan, O. (2009). Prevalensi dan Determinan Penyakit Rematik di Indonesia . *Maj. Kedokteran Indonesia volum 59 nomor 12* , 588-594.

Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal* . Jakarta : Salemba Medika.

Perhimpunan Reumatologi Indonesia tentang Diagnosis dan Pengelolaan Arthritis Reumatoid. 2014. Jakarta : Perhimpunan Reumatologi Indonesia

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

Priyanto. (2009). *Farmakoterapi & Terminologi Medis* . Jakarta : LESKONFI (lembaga studi dan konsultasi farmakologi).

Schuna A.A., 2008, *Rheumatoid Arthritis, Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach Seventh Edition*, pp. 1505-1506.

Shah A. and Clair E.W., 2012, *Rheumatoid Arthritis, Harrison's Principle of Internal Medicine ed.18 Chapter 231*, USA.

Sjamsuhidajat, R. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat-de jong*. Jakarta : EGC.

Stockslager, J. L. (2007). *Buku Saku Asuhan Keperawatan geriatrik*. Jakarta : EGC.

Suarjana I.N., 2009, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V*, Interna Publishing, Jakarta.

Sunaryo. (2015). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET.

Sunaryo. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik* . Yogyakarta: CV. Andi Offset.

Swales, C., & Bulstrode, C. (2015). *At a Glance Reumatologi, Ortopedi, dan Trauma Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga.

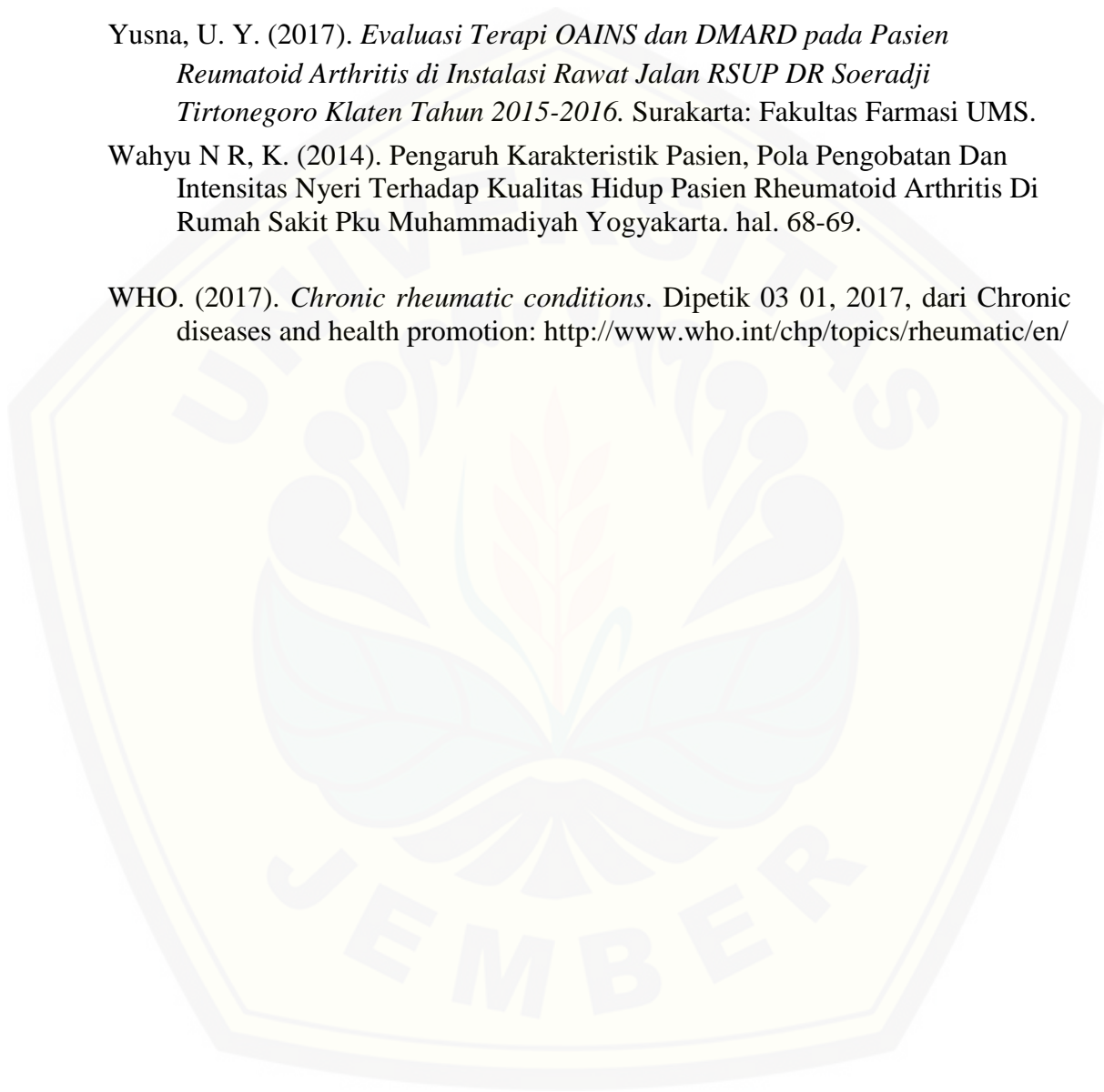
Tjokrowawiro, A. (. (2015). *Buku ajar ilmu penyakit dalam : Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Rumah Sakit Pendidikan Dr. Soetomo Surabaya*. Surabaya: Airlangga University Press (AUP).

Yasmara, D., Nursiswati, & Arafat, R. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.

Yusna, U. Y. (2017). *Evaluasi Terapi OAINS dan DMARD pada Pasien Reumatoid Arthritis di Instalasi Rawat Jalan RSUP DR Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2015-2016*. Surakarta: Fakultas Farmasi UMS.

Wahyu N R, K. (2014). Pengaruh Karakteristik Pasien, Pola Pengobatan Dan Intensitas Nyeri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Rheumatoid Arthritis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta. hal. 68-69.

WHO. (2017). *Chronic rheumatic conditions*. Dipetik 03 01, 2017, dari Chronic diseases and health promotion: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>



Lampiran 3.1 Jadwal Penelitian

JADWAL PENYELENGGARAAN TUGAS AKHIR

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2016/2017																																			
	FEB				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				AGUST				SEPT				OKTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																				
Sidang Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																							
	NOV				DES				JAN				FEB				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Penyusunan Laporan Kasus																																								
Konsul Penyusunan Laporan Kasus																																								
Sidang KTI																																								
Revisi																																								
Pengumpulan Studi Kasus (KTI)																																								

Lampiran 3.2 *Informed Consent* Klien 1

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *Hy. S*
Umur : *67 tahun*
Jeniskelamin : *Perempuan*
Alamat : *Jember*
Pekerjaan :

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Lansia yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha (UPT PSTW) Jember 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Dedy Mohammad Saifudin
NPM. 15.121

Lumajang, *27 Oktober 2017*

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 3.3 Informed Consent Klien 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Tn. S
 Umur : 63 tahun
 Jeniskelamin : LAKI-LAKI
 Alamat : MOJOKERTO
 Pekerjaan : -

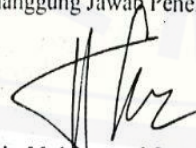
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Lansia yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia (UPT PSTW) Jember 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

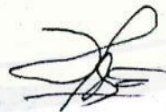
Lumajang, 27 Oktober 2017

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian




Dedy Mohammad Saifudin
NPM. 15.121

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 3.4 Surat Bakesbangpol

**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala UPT PSTW Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/1512/415/2018

Tentang
PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Direktur Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang tanggal 26 Mei 2018 Nomor : 524/II.3.AU/FIKes/O/2018 perihal Permohonan Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN


Nama / NPM. : Dedy Mohammad Saifudin / 15.121
Instansi : Prodi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang
Alamat : Jl. Dsn. Sumberejo RT/RW. 05/05 Ds. Munder Kec. Yosowilangun Kab. Lumajang
Keperluan : Mengadakan pengambilan data untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : "Asuhan Keperawatan Pada Lansia Yang Mengalami Reumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri di UPT PSTW Jember 2017"
Lokasi : UPT PSTW Jember
Waktu Kegiatan : Mei s/d Juni 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.


Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 28-05-2018
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik


ACHMAD DAYU
Renate
NIP. 19690812-199802 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Direktur AKPER Pemkab Lumajang;
2. Yang Bersangkutan

Lampiran 3.5 Surat Kepala Dinas Sosial

 PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262, 885920 FAX. (0334) 882262
LUMAJANG

Lumajang, 10 Oktober 2017

Nomor : 422/779/427.55.28/2017 Yth. Kepala UPT PSTW Jember
di-
JEMBER

Lampiran : 1(satu)berkas
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data
di UPT PSTW Jember

Kami beritahukan dengan hormat bahwa mahasiswa Akper Pemkab Lumajang tersebut di bawah ini :


Nama : Dedy Mohammad Saifudin
NPM : 15.121
Prodi : D3 Keperawatan
Alamat : Dsn. Sumberejo RT/RW 05/05, Ds. Munder, Kec. Yosowilangun,
Kab Lumajang
Tempat/Tgl lahir : Lumajang, 21 Januari 1997

Telah kami ijin untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah guna melengkapi tugas-tugas studi tingkat Diploma dengan judul Karya Tulis Ilmiah:
**"Asuhan Keperawatan Pada Lansia yang Mengalami Reumatoid Arthritis
Dengan Masalah Keperawatan Nyeri
Di UPT PSTW Jember 2017 "**

Guna memperoleh data untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tersebut, mahasiswa yang bersangkutan perlu melakukan pengambilan data dengan tempat dan waktu sebagai berikut :


Nama Instansi Atau
Lembaga Tujuan : UPT PSTW Jember
Alamat : Jl. Moh. Saruji No. 06 Kasiyan Jember
Waktu : Mei sampai Desember 2017

Selanjutnya mohon penyelesaian proses perijinan lebih lanjut sesuai ketentuan. Terlampir berkas persyaratan sebagai bahan pertimbangan lebih lanjut.
Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terimakasih.


Direktur AKPER Pemkab Lumajang
Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan : Yth.
5. Kepala Dinas Sosial Kabupaten JEMBER (sebagai laporan)
6. Pejabat terkait di lingkungan Akper Pemkab Lumajang
7. Administrasi Akademik
8. Arsip

Lampiran 3.6 Surat Kepala UPT PSTW Jember

 PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262, 885920 FAX. (0334) 882262
LUMAJANG

Lumajang, 10 Oktober 2017

Nomor : 422778/427.55.28/2017 Yth. Kepala UPT PSTW Jember
di-
JEMBER

Lampiran : 1(satu)berkas
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data
di UPT PSTW Jember

Kami beritahukan dengan hormat bahwa mahasiswa Akper Pemkab Lumajang tersebut di bawah ini :

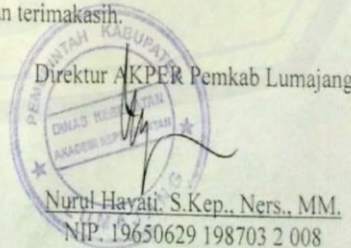
Nama : Dedy Mohammad Saifudin
NPM : 15.121
Prodi : D3 Keperawatan
Alamat : Dsn. Sumberejo RT/RW 05/05, Ds. Munder, Kec. Yosowilangun ,
Kab Lumajang
Tempat/Tgl lahir : Lumajang, 21 Januari 1997

Telah kami ijinakan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah guna melengkapi tugas-tugas studi tingkat Diploma dengan judul Karya Tulis Ilmiah:
"Asuhan Keperawatan Pada Lansia yang Mengalami Reumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di UPT PSTW Jember 2017 "

Guna memperoleh data untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tersebut, mahasiswa yang bersangkutan perlu melakukan pengambilan data dengan tempat dan waktu sebagai berikut :

Nama Instansi Atau
Lembaga Tujuan : UPT PSTW Jember
Alamat : Jl. Moh. Saruji No. 06 Kasiyan Jember
Waktu : Mei sampai Desember 2017

Selanjutnya mohon penyelesaian proses perijinan lebih lanjut sesuai ketentuan. Terlampir berkas persyaratan sebagai bahan pertimbangan lebih lanjut.
Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terimakasih.


Direktur AKPER Pemkab Lumajang
Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan : Yth.
5. Kepala Dinas Sosial Kabupaten JEMBER (sebagai laporan)
6. Pejabat terkait di lingkungan Akper Pemkab Lumajang
7. Administrasi Akademik
8. Arsip

Lampiran 3.7 Surat Ketersediaan Penguji



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
 DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
 JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262, 885920 FAX. (0334) 882262

LEMBAR KESEDIAAN PENGUJI

UJIAN PRAKTIK KOMPREHENSIF

TAHUN AKADEMIK 2017/2018

Dengan ini yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. SUHARI, A. Per., Pen., MM.
 NIP/MIDN : 19630302 198603 1 023

Menyatakan bersedia / tidak bersedia *) menjadi Penguji Ujian Praktik Komprehensif pada Tahun Akademik 2017/2018 atas nama mahasiswa :

Nama : Dedy Mohammad Saifudin
 NIM : 15.12.1
 Lokasi Ujian : UPT PSTW Jember
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Reumatoid Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di UPT PSTW Jember

Demikian lembar kesediaan ini dibuat untuk digunakan sebaik-baiknya, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Lumajang, 27 Oktober 2017

Penguji,

Dr. H. SUHARI, A. Per., Pen., MM

NIP 19630302 198603 1 023

*) Coret yang tidak perlu

Lampiran 3.8 Daftar Hadir Utek



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
 DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
 JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262,885920 FAX.(0334) 882262

DAFTAR HADIR UTEK KOMPREHENSIF
TAHUN AKADEMIK 2017/2018


PASIEN KE-1

HARI KE	HARI/ TGL	MAHASISWA	TANDA TANGAN	PENGUJI	TANDA TANGAN
1	Jumat 27/2017 /10	Dedy Mohammad S		1. Dr.Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	
2	Selasa 31/2017 /10	Dedy Mohammad S		1. Dr. Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	
3	Jumat 3/2017 /11	Dedy Mohammad S		1. Dr. Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	

PASIEN KE-2

HARI KE	HARI/ TGL	MAHASISWA	TANDA TANGAN	PENGUJI	TANDA TANGAN
1	Jumat 27/2017 /10	Dedy Mohammad S		1. Dr.Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	
2	Selasa 31/2017 /10	Dedy Mohammad S		1. Dr. Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	
3	Jumat 3/2017 /11	Dedy Mohammad S		1. Dr. Suhari.,A.Per.Pen.,MM	
				2. R. Endro S.,S.Kep.Ners.,M.Kep	

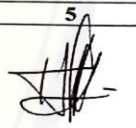
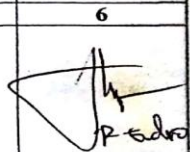
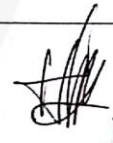
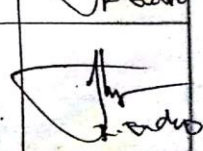
Lampiran 3.9 Logbook Tugas Akhir

	FORMULIR LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	No. Dok. : Akp / F / K / 29 Berlaku sejak : 2017 Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : Dedy Mohammad - S
 NIM :
 PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada lansia yang Mengalami RA dg Masalah Keperawatan Nyeri di UPT PSLU Jember

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	26 Februari 2017	Konsul judul	- Askep ^{lansia} keperawatan ^{yang} perawatan keluarga ^{yang} mengalami RA dg nyeri di UPT PSLU Jember		
2	28 Februari 2017	Konsul BAB 1	- M S K S > modifikasi ^{redel} gambiran ^{rsset} ↓ konsep ^{lansia} pslu ^{fokus} nyeri		

UPT Perpustakaan Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	5 Maret 2017	Konsul BAB 1	- Mepaal → operasional Tij → Tij saja lebih dipanjkajem		
	7 Maret 2017	Konsul BAB 1	- Penulisan screenshot - Tampilan hasil pun - skala tambaik / tabun		
	11 Maret 2017	Konsul BAB 1	- Acc bab 1 - lanjut bel 2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>↓ sederet teru</p> </div> <div style="margin-right: 10px;"> <p>↙ ↘</p> </div> <div> <p>Konsul bab 1 Konsul bab 2 Konsul bab 3</p> </div> </div>		
	15 Maret 2017	Konsul BAB 2	- bab 2 → literatur terbun - konsul lanjut ditubel terbaik PA & nya - NIC NOC		
	19 Maret 2017	Konsul BAB 2	- Bab 2 - fullmap → Nyari - Nyari <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>↙ ↘</p> </div> <div> <p>TSN → delata</p> </div> </div>		

UPT Perpustakaan Universitas Jember

NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	17 April 2017	Konsul BAB 3	- Bab 3 → Perencanaan - pengujian, Definisi - Analisis data ditambakan - Daftar Pustaka ...		
	20 April 2017	Konsul lampiran	- siapkan slide lampiran - sidang - hub Koordinator - Acc Maju		
	5/5 17	Revisi G1 - Sidang - acc			
	26/2017 /5	Konsul Revisi Sidang	- Atap hima - sesuaikan dgn kasus - segera filed - jika mau - UTEK		
	5/2018 /2	Konsul BAB 4	- Pengayaan dalam menulis → meningkatkan tingkat - plus ke Nyan. R. Jap - Kawatid Artis		

UPT Perpustakaan Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	6/2018 2	Konsul BAB 4	Pharm: setrap, timbukan, arti, mmz, itra. PTO → dipantay → serum - Bab 5 → simpulan pembekuan		
	7/2018 2	Konsul Bab 4	nyeri → Teori vs pasien I pasien II Pau lagi!		
	8/2018 2	Konsul Bab 4	Habl & mu jadi 1		
	12/2018 2	Konsul BAB 4	- Tambah permasalahan, Pulnasi		
	13/2018 2	Konsul BAB 4	- Tambah permasalahan mengenai nyuntan pembeda, mancing & Basko → Fik sumber akhir		

UPT Perpustakaan Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	14/2018 /2	Konsul BAB 1 & 5	- Siaptan sidang		
	15/2018 /2	Konsul BAB 1 & 5	Kordinasi dgn kordinator (D. Indri) → Teknis ujian & jadwal. Revisi Bab 5 selasa jilid		
	19/2018 /2	BAB 1-5	- PPT		
	20/2018 /2	BAB 1-5	- Revisi ungu		
	21/2018 /2	BAB 1-5	- siap sidang		

UPT Perpustakaan Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	22/2018 /5	Konsul Revisi Sidang Laporan Tugas Akhir	<ul style="list-style-type: none"> - Rasio jumlah paragraf - Pembahasan perafekt. - Tabel tentang lazim - Hasil foto Pontopen ceven. 		pi.
			<ul style="list-style-type: none"> - foto - tulisan diperbaiki - campuran surat. 		pi.
	23/2018 /5	Konsul Revisi Sidang Laporan Tugas Akhir	<ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan arti kata dipan. - beser. - Uraian dan surat 3-XII. - pembahasan obat. - Obat amem bagi lambung 		pi.
	25/2018 /5	Konsul Revisi Sidang Laporan Tugas Akhir	<ul style="list-style-type: none"> - ganti r. & foto - perbaikan penulisan 		pi.
	25/2018 /5	Revisi	Sudul dan perbaiki. Aca.		pi.
	25/2018 /5	Revisi	Ace revisi pasca sidang KTI		pi.

Lampiran 4.1 SAP Nyeri

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Penyuluh : Dedy Mohammad Saifudin
Tempat : Wisma Seruni dan Cempaka di UPT PSTW Jember
Hari/Tanggal : Sabtu dan Senin, 28 dan 30 Oktober 2017
Waktu : 1 x 15 menit

Topik : Nyeri

Sasaran : Ny. S di Wisma Seruni dan Tn. S di Wisma Cempaka

I. Analisa Situasi

1. Peserta Penyuluhan

Peserta penyuluh adalah lansia Ny. S di Wisma Seruni dan Tn. S di Wisma Cempaka di UPT PSTW Jember

2. Penyuluh

Penyuluh adalah mahasiswa tingkat 3 dari D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

3. Ruangan

Tempat penyuluhan di ruang Wisma Seruni dan Wisma Cempaka

II. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit tentang nyeri dan cara mengatasi nyeri selama di UPT PSTW Jember, sasaran mengerti mengenai nyeri dan cara mengatasi nyeri.

III. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 20 menit tentang Reumatoid Arthritis dan cara pencegahan diharapkan sasaran dapat:

1. Menyebutkan pengertian nyeri
2. Menyebutkan faktor mempengaruhi nyeri
3. Menyebutkan jenis nyeri
4. Menyebutkan cara pencegahan nyeri

IV. Materi Penyuluhan (Terlampir)

1. Pengertian nyeri
2. Faktor yang mempengaruhi nyeri
3. Jenis nyeri
4. Cara pencegahan nyeri

V. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Metode	Waktu
Pembukaan	Menjelaskan tujuan penyuluhan	Memperhatikan	Ceramah	2 Menit
Penyajian Materi	Penyampaian materi : 1. Pengertian nyeri 2. Faktor mempengaruhi nyeri 3. Jenis nyeri 4. Cara pencegahan nyeri	Memperhatikan dan mengajukan pertanyaan	Ceramah	8 Menit
Penutup	Memberikan pertanyaan dan membuat kesimpulan	Menjawab pertanyaan	Tanya jawab	5 menit

VI. Media dan Alat Penyuluhan

1. Leaflet

VII. Evaluasi

1. Ceramah / Demonstrasi
2. Tanya Jawab

VIII. Materi Penyuluhan (Terlampir)

IX. Referensi

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier: Singapore

Hyulita, S. (2014). Pengaruh Kompres Serei Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Artritis Reumatoid pada Lanjut Usia di Kelurahan Tarok Dipo Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Panjang Bukit Tinggi . *Afiyah Vol 1 No 1* , 1.

Made E S, I. (2016). Pengaruh terapi kompres hangat dengan jahe terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Lansia yang Menderita Artritis Reumatoid di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram. *Prima Vol 2* , 2.

Satyanegara, Arifin, Z., & dkk. (2014). Ilmu Bedah Saraf Satyanegara. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

X. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud nyeri ?
2. Apa faktor yang mempengaruhi nyeri?
3. Apa jenis nyeri ?
4. Bagaimana cara pencegahan nyeri ?

MATERI PENYULUHAN

1. DEFINISI NYERI

Menurut International Association for the Study of Pain, nyeri adalah pengalaman emosional dan sensorik yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Perasaan nyeri sebenarnya merupakan peringatan akan adanya kerusakan jaringan, sehingga mengingatkan manusia untuk menghindarkan diri dari bahaya yang dapat mengancam nyawa/berakibat fatal (Satyanegara, Arifin, & dkk, 2014).

2. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

1. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu pada nyeri.

2. Faktor sosiobudaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri.

3. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri.

4. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan dibandingkan wanita.

5. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri.

6. Cemas

Ansietas seringkali dikaitkan dengan pengartian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

7. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri.

3. JENIS NYERI

Berdasarkan lamanya, nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan kronis. Nyeri akut berlangsung kurang dari 1 bulan, nyeri subakut sebagai nyeri antara satu sampai enam bulan, dan nyeri kronis lebih dari enam bulan (Satyanegara, Arifin, & dkk, 2014)

1. Nyeri akut

Nyeri akut mungkin disertai respons fisik yang dapat diobservasi seperti (1) peningkatan atau penurunan tekanan darah, (2) takikardi, (3) diaforesis, (4) takipnea, (5) fokus pada nyeri, dan (6) melindungi bagian tubuh yang nyeri (Black & Hawks, 2014). Nyeri akut ditandai sebagai onset baru-baru ini, sementara, dan biasanya dari penyebab yang dapat dikenali (Christian, et al., 2016)

2. Nyeri kronis

Rasa sakit kronis memiliki rasa sakit aktif selama lebih dari enam bulan tidak seperti nyeri akut (Lavano, Barkin, & Yu, 2017). Rasa sakit kronis adalah kesehatan sensoris, emosional, kognitif dan perilaku umum (The British Pain Society, 2013).

4. MANAJEMEN NYERI NON FARMAKOLOGIS

1. Kompres Panas dan Dingin

Kedua kompres ini dapat digunakan untuk menurunkan atau meredakan nyeri sehingga disetujui termasuk dalam otonomi keperawatan. Aplikasi

panas adalah tindakan sederhana yang telah lama diketahui sebagai metode yang efektif untuk mengurangi nyeri atau kejang otot. Panas dapat disalurkan melalui konduksi (botol air panas, bantal pemanas listrik, lampu, kompres basah panas), atau konveksi (whirlpool, sitz bath, berendam air panas), atau konversi (ultrasonografi, diatermi) (Made E S, 2016). Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri, panas yang lembab dapat menghilangkan kekakuan pada pagi hari akibat artritis (Hyulita, 2014).

2. Nafas dalam

Nafas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan asietas. Pertama klien mengepalkan jari ketika mengambil nafas dalam. Setelah menahan nafas untuk beberapa

Lampiran 4.2 Leaflet Nyeri

Nyeri

nyeri adalah pengalaman yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Perasaan nyeri sebenarnya merupakan peringatan akan adanya kerusakan jaringan, sehingga mengingatkan manusia untuk menghindarkan diri dari bahaya yang dapat mengancam nyawa/berakibat fatal.



Faktor risiko

1. Persepsi nyeri
2. Faktor sosiobudaya
3. Usia
4. Jenis Kelamin
5. Arti Nyeri
6. Cemas
7. Pengalaman Sebelumnya



Jenis Nyeri

1. Nyeri Akut
2. Nyeri Kronis



Nyeri akut mungkin disertai respons fisik yang dapat diobservasi seperti (1) peningkatan atau penurunan tekanan darah, (2) takikardi, (3) diaforesis, (4) takipnea, (5) fokus pada nyeri, dan (6) melindungi bagian tubuh yang nyeri (Black & Hawks, 2014). Nyeri akut ditandai sebagai onset baru-baru ini, sementara, dan biasanya dari penyebab yang dapat dikenali.

Rasa sakit kronis memiliki rasa sakit aktif selama lebih dari enam bulan tidak seperti nyeri akut (Lavano, Barkin, & Yu, 2017). Rasa sakit kronis adalah kesehatan sensoris, emosional, kognitif dan perilaku umum

TERAPI NAFAS DALAM



1. Anjurkan pasien untuk menarik nafas secara maksimal melalui hidung
2. Tahan hingga 2-3 detik
3. Anjurkan pasien untuk menghembuskan nafas melalui mulut seperti bersiul
4. Ulangi hingga nyeri berkurang

Terapi kompres hangat



1. Siapkan air panas dalam wadah
2. Campur air dingin secukupnya sampai hangat
3. Ambil kain dan celupkan pada air hangat
4. Kompreskan atau tempelkan pada area yang nyeri

Lampiran 4.3 Leaflet Kompres Hangat

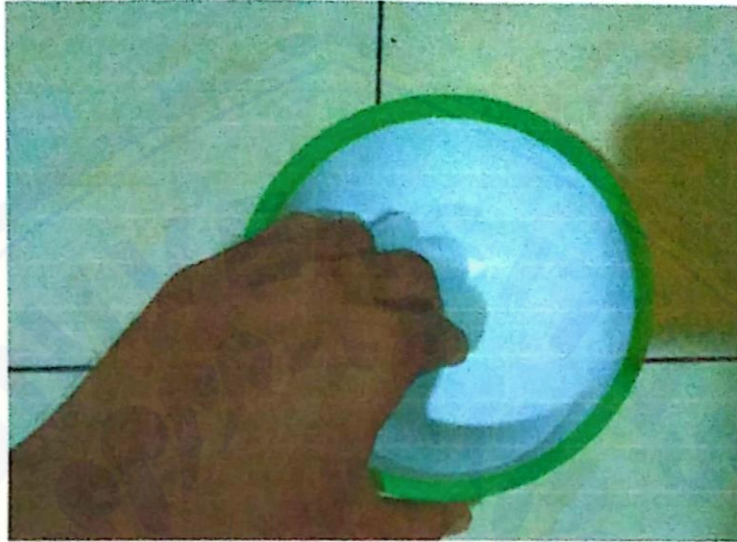
Siapkan air hangat kedalam wadah



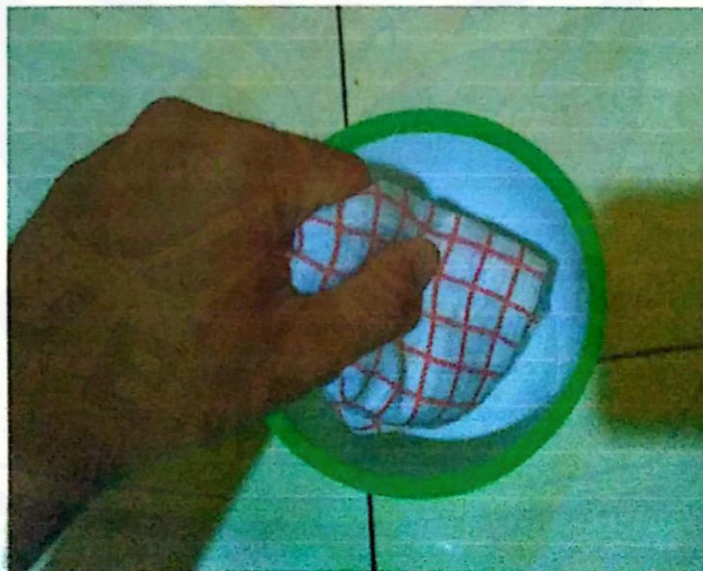
Beri air dingin secukupnya



Atur suhu sampai terasa hangat dengan tangan

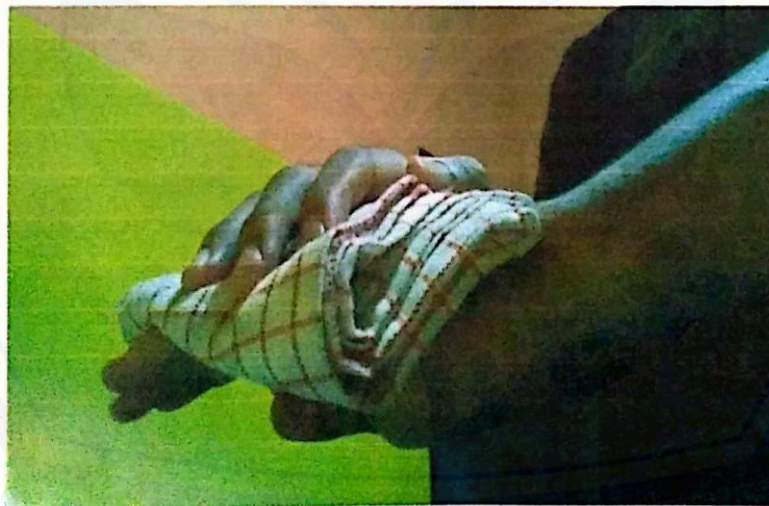
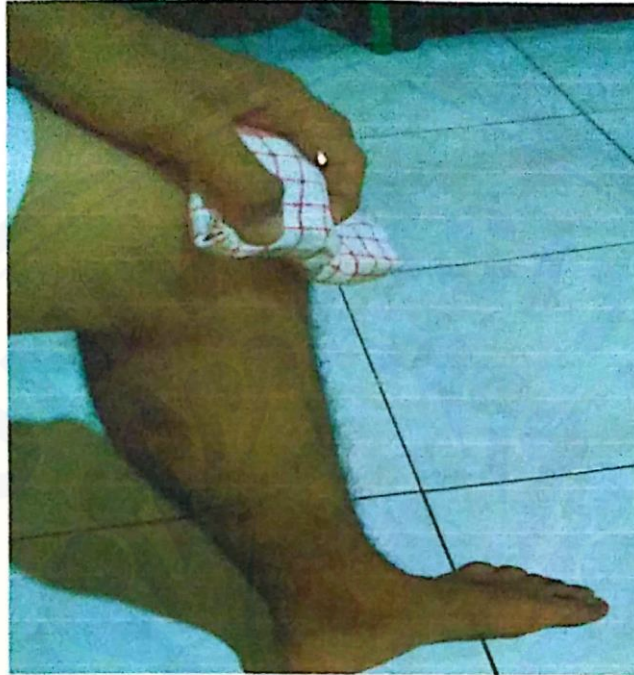


Celupkan kain untuk mengompres



UPT Perpustakaan Universitas Jember

Lakukan kompres pada area nyeri



Lampiran 4.4 Pengkajian Masalah Kesehatan Kronis

MASALAH KESEHATAN KRONIS

No.	Keluhan kesehatan/ gejala yang di rasakan klien dalam waktu 3 bulan terakhir berkaitan dengan fungsi-fungsi	Selalu (3)		Sering (2)		Jarang (1)		Tidak pernah (0)	
		1	2	1	2	1	2	1	2
KIEN									
A.	Fungsi Penglihatan								
	1. Penglihatan kabur					√	√		
	2. Mata berair				√	√			
B.	Fungsi Pendengaran								
	3. Pendengaran berkurang			√	√				
	4. Telinga berdenging							√	√
C.	Fungsi Paru-paru								
	5. Batuk lama disertai keringat malam							√	√
	6. Sesak nafas							√	√
	7. Berdahak/sputum							√	√
D.	Fungsi Jantung								
	8. Jantung berdebar-debar							√	√
	9. Cepat lelah					√	√		
	10. Nyeri dada						√	√	
E.	Fungsi Pencernaan								
	11. Mual/ muntah							√	√
	12. Nyeri ulu hati							√	√
	13. Makan & minum banyak (berlebihan)							√	√
	14. Perubahan kebiasaan BAB (mencret/sembelit)							√	
F.	Fungsi Pergerakan								
	15. Nyeri kaki saat jalan		√		√				
	16. Nyeri pinggang dan tulang belakang				√	√			
	17. Nyeri persendian dan bengkak		√		√				
G.	Fungsi Persyarafan								
	18. Lumpuh/kelemahan pada kaki atau tangan			√				√	√
	19. Kehilangan rasa							√	√
	20. Gemetar/tremor					√		√	√
	21. Nyeri pegal pada daerah tengkuk					√	√		
H.	Fungsi Saluran Perkemihan								
	22. BAK banyak				√	√			
	23. Sering BAK pada malam hari		√					√	
	24. Tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih (ngompol)							√	√
	Jumlah	6	3	4	12	7	6	17	21

Analisa hasil :

Skor ≤ 25 : tidak ada masalah kesehatan kronis s.d masalah kesehatan kronis ringan

Lampiran 4.6 Pengkajian MMSE

MMSE (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

No	TES	Nilai Max	Klien 1	Klien 2
ORIENTASI				
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim , tahun	5	Jumat (1)	Jumat, 27 Oktober 2017 (4)
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	Jember, panti UPT PSTW Jember, wisma cempaka (3)	Jember, panti UPT PSTW Jember, wisma cempaka (3)
REGISTRASI				
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	Bolpoin, pensil (2)	Bolpoin, pensil (2)
ATENSI DAN KALKULASI				
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	(0)	900, 800, 700, 600, 500, (5)
RECALL				
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	(0)	Bolpoin, pensil (2)
BAHASA				
6	Mengulangi kata-kata “namun” , “tanpa “, “bila”	3	Namun, tanpa, bila (3) Pensil, buku (2)	Namun, tanpa, bila (3) Pensil, buku (2)
7		2		
8	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	1	Pasien dapat melipat menjadi 2 (1)	Pasien dapat melipat menjadi 2 (1)
9	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	Pasien dapat memejamkan mata (1)	Pasien dapat memejamkan mata (1)
10	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”	1	Pasien tidak dapat menulis nama dikertas (0)	Pasien dapat menulis nama dikertas (1)
11	Pasien disuruh menulis namanya di kertas Pasien disuruh menggambar	1	Pasien tidak dapat menggambar segi lima sesuai contoh (0)	Pasien dapat menggambar segi lima sesuai contoh (1)
Total		30	13	28

Analisa hasil :

Nilai 24-30 normal, (klien 2)

Nilai 17-23 gangguan kognitif ringan,

Nilai 0-16 gangguan kognitif berat. (klien 1)

Lampiran 4.7 Pengkajian IDB

INVENTARIS DEPRESI BECK

Skor	Uraian	Klien 1	Klien 2
A. Kesedihan			
3	Saya sangat sedih / tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.		
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.		
1	Saya merasa sedih atau galau.		
0	Saya tidak merasa sedih.	√	√
B. Pesimisme			
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.		
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.		
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.	√	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.		√
C. Rasa Kegagalan			
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri).		
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.		
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.	√	
0	Saya tidak merasa gagal.		√

D.	Ketidak Puasan		
3	Saya tidak puas dengan segalanya		
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.		
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.		
0	Saya tidak merasa tidak puas	√	√
E.	Rasa Bersalah		
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.		
2	Saya merasa sangat bersalah.		
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik		
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	√	√
F.	Tidak Menyukai Diri Sendiri		
3	Saya benci diri saya sendiri		
2	Saya muak dengan diri saya sendiri		
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri		
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	√	√
G.	Membahayakan Diri sendiri		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan		
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.		
1	Saya merasa lebih baik mati.		

0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.	√	√
H. Menarik Diri dari Sosial			
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.		
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.		
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya	√	√
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain		
I. Keragu-raguan			
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali		
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan		
1	Saya berusaha mengambil keputusan		
0	Saya membuat keputusan yang baik.	√	√
J. Perubahan Gambaran Diri			
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.		
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tampak tua atau tak menarik		
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik		√
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.	√	
K. Kesulitan Kerja			
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.		
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.	√	

1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.		√
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.		
L. Keletihan			
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.		
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.		
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya.	√	√
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya		
M. Anorekisa			
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.		
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang.		
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.		
0	Napsu makan saya tidak buruk dari biasanya.	√	√
Analisa Hasil			
0 - 4	Depresi tidak ada atau minimal. (klien 2)		
5 - 7	Depresi ringan. (klien 1)		
8 - 15	Depresi sedang.		
16 +	Depresi berat.		
<i>Dari Beck AT, Beck RW : screening depressed patients in family practice (1972)</i>			

Lampiran 4.8 Pengkajian *The Geriatric Depression Scale*

THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE (Yesavage & Brink)

No	PERTANYAAN	JAWABAN	KLIEN	
			1	2
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	TIDAK	YA	YA
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak aktivitas dan hal-hal yang menarik minat anda ?	YA	YA	YA
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda hampa ?	YA	YA	TIDAK
4	Apakah anda sering merasa bosan ?	YA	YA	YA
5	Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?	TIDAK	YA	YA
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	YA	TIDAK	TIDAK
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian hidup anda?	TIDAK	YA	YA
8	Apakah anda merasa jenuh /tidak berdaya?	YA	TIDAK	YA
9	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah , daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru ?	YA	YA	YA
10	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?	YA	TIDAK	TIDAK
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini sangat menyenangkan?	TIDAK	TIDAK	YA
12	Apakah anda merasa tidak berguna/tidak berharga saat ini ?	YA	TIDAK	TIDAK
13	Apakah anda merasa penuh semangat saat ini ?	TIDAK	YA	YA
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda sudah tidak ada harapan?	YA	YA	YA
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda ?	YA	TIDAK	TIDAK

Keterangan : Nilai 1 poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya dan tidak setelah pertanyaan.

Analisa Hasil:

NILAI 5-9 menunjukkan KEMUNGKINAN DEPRESI

Lampiran 4.9 Pengkajian APGAR Keluarga

APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

No.	Uraian	Fungsi	Skor Klien 1	Skor Klien 2
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	<i>Adaption</i> (Adaptasi)	2	2
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	<i>Partnership</i> (Hubungan)	1	1
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	<i>Growth</i> (Pertumbuhan)	1	2
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	<i>Affection</i> (Afeksi)	0	2
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<i>Resolve</i> (Pemecahan)	1	1

Penilaian :

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab;

3 Selalu : skor 2

4 Kadang-kadang : skor 1

5 Hampir tidak pernah : skor 0

Analisa hasil :

Skor 8-10 ; fungsi sosial normal (klien 2)

Skor 5-7; fungsi sosial cukup (klien 1)

Skor 0-4 ; fungsi sosial kurang/ suka menyendiri