



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA OSTEOARTHRITIS
SERTA PENATALAKSANAAN MANAJEMEN NYERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TELAGA DEWA
KOTA BENGKULU**

YANTI MAISARA
NIM : 201801036

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2021**



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA OSTEOARTHRITIS
SERTA PENATALAKSANAAN MANAJEMEN NYERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TELAGA DEWA
KOTA BENGKULU**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Keperawatan

YANTI MAISARA
201801036

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yanti Maisara
Nim : 201801036
Program studi : DIII Keperawatan
Istitusi : Stikes Sapta Bakti

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulis atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bengkulu , September 2021

Mengetahui,
Dosen Pembimbing



Ns. Maritta Sari, MAN
NIDN. 02. 090387.02

Pembuatan pernyataan



Yanti Maisara
NIM. 201801036

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA OSTEOARTHRITIS SERTA
PENATALAKSANAAN MANAJEMEN NYERI
Di WILAYAH KERJA PUSKESMAS TELAGA DEWA KOTA BENGKULU**

ABSTRAK

xiv Halaman awal + 90 Halaman inti

Yanti Maisara, Maritta Sari

Masalah: Osteoarthritis terjadi akibat radang sendi akibat proses penggapuran sendi terjadi karena peradangan sendi akibat bantalan pada ujung tulang menipis seiringnya waktu. Lansia dikatakan Osteoarthritis apabila pada saat dilakukan pengkajian terdapat tanda-tanda peradangan, terdapat bunyi krepitasi, pembengkakan sendi, perubahan cara berjalan. Kondisi ini akan mengakibatkan sebagian besar lansia mengalami gangguan nyeri sendi, hambatan fisik.

Tujuan: penelitian ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada lansia osteoarthritis serta penatalaksanaan manajemen nyeri.

Metodologi penelitian: yang digunakan adalah penelitian *deskriptif* dengan menggunakan rancangan studi kasus. peneliti melakukan asuhan keperawatan pada 2 orang pasien dan membandingkan respon hasil dari setiap tindakan yang diberikan kepada kedua responden kemudian melakukan analisa berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian: penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan skala nyeri sendi setelah dilakukan manajemen nyeri dan terapi kompres hangat pada lansia osteoarthritis. Terapi ini juga dapat dikombinasikan dengan terapi komplementer dan kombinasi dalam pemberian asuhan keperawatan untuk mempercepat penurunan skala nyeri lansia osteoarthritis.

Limitasi: dalam penelitian adalah dalam kondisi pandemi peneliti kesusahan dalam mencari pasien yang akan dijadikan responden pada penelitian.

Kontribusi: yang dapat diberikan dalam penelitian ini adalah tentang terapi tepid skompres hangat pada umumnya mampu digunakan dirumah ataupun dipelayanan kesehatan sebagai salah satu bentuk terapi yang digunakan pada lansia osteoarthritis.

Kata kunci: Nyeri sendi, Kompres Hangat, Manajemen Nyeri

Daftar pustaka: (2011-2018)

**NURSING CARE IN THE ELDERLY OSTEOARTHRITIS AND PAIN
MANAGEMENT
IN THE WORKING AREA
OF THE TELAGA DEWA HEALTH CENTER BENGKULU CITY**

ABSTRACT

xiv Start page + 90 Core pages

Yanti Maisara, Maritta Sari

Problem: Osteoarthritis occurs due to inflammation of the joints due to the process of calcification of the joints occurs due to joint inflammation due to the bearing on the ends of the bones thinning over time. The elderly are said to have Osteoarthritis if at the time of the assessment there are signs of inflammation, there is a sound of crepitus, joint swelling, changes in gait. This condition will result in most of the elderly experiencing joint pain disorders, physical barriers.

Objective: This study aims to provide nursing care for the elderly with osteoarthritis and pain management.

Research methodology: used is descriptive research using case study design. The researcher conducted nursing care for 2 patients and compared the response results of each action given to the two respondents and then analyzed based on theory and previous research.

Result of this research: this study shows that there is a decrease in joint pain scale after pain management and warm compress therapy in the elderly with osteoarthritis. This therapy can also be combined with complementary and combined therapy in providing nursing care to accelerate the decrease in pain scale of the elderly with osteoarthritis.

Limitations: in the study, it was in a pandemic condition that researchers had difficulty in finding patients who would be respondents in the study.

Contribution: what can be given in this research is about the therapy of tepid compresses which are generally able to be used at home or in health services as a form of therapy used in elderly osteoarthritis.

Keywords: Joint pain, Warm Compress, Pain Management

Bibliography: (2011-2018)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir ini. Selama Proses Penulisan Laporan Tugas Akhir dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri” Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu

Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan Ibu Ns. Meritta Sari, MAN selaku pembimbing, serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Djusmalinar, SKM, M. Kes selaku Ketua STIKes Saptu Bakti dan sekaligus sebagai Ketua Penguji.
2. Bapak Yansyah Nawawi, SKM., M.Kes selaku Anggota Penguji II.
3. Ibu Ns. Maritta Sari, MAN, selaku Pembimbing dan Anggota Penguji III.
4. Segenap Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Saptu Bakti Bengkulu Khususnya Dosen Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan pada peneliti.
5. Teristimewa Keluargaku (Bapak Gunadi, Ibu Nira, Kakak Resi, Kakak Ria, Keponakan Ade) yang sudah memberikan banyak dukungan dan do'a Kepada Peneliti.
6. Teman-teman Squad DIII Keperawatan angkatan 2018

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa Berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir Ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR ISTILAH	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Osteoarthritis	7
1. Definisi Osteoarthritis	7
2. Klasifikasi Osteoarthritis	8
3. Etiologi dan Faktor Resiko Osteoarthritis	8
4. Patofisiologi Osteoarthritis	9
5. Manifestasi Klinis Osteoarthritis	10
6. WOC (Way of Cause) Osteoarthritis	12
7. Komplikasi Osteoarthritis	13
8. Pencegahan Osteoarthritis	13
9. Pemeriksaan Penunjang Osteoarthritis	13
10. Pentalaksanaan Osteoarthritis	14
B. Konsep Nyeri Pada Osteoarthritis	15
1. Pengertian Nyeri	15
2. Fisiologis Nyeri	15
3. Karakteristik nyeri	16
4. Intensitas Nyeri	17
C. Konsep Manajemen Nyeri	18
1. Definisi Manajemen Nyeri (PPNI SIKI, 2017)	18
2. Tujuan Manajemen Nyeri	18
3. Tindakan	18
4. SOP (Standar Operasional Prosedur)	18

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik	21
1. Pengkajian	21
2. Diagnosa Keperawatan	26
3. Intervensi	29
4. Implementasi	34
5. Evaluasi	34
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	35
B. Subyek Penelitian.....	35
C. Definisi operasional.....	35
D. Lokasi dan waktu	36
E. Tahapan penelitian	37
F. Metode dan instrumen pengumpulan data	38
G. Analisis data	38
H. Etika penelitian.....	39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	40
1. Jalannya Penelitian	40
2. Gambaran Lokasi Penelitian.....	41
3. Hasil Studi Kasus	42
B. Pembahasan.....	82
1. Pengkajian	82
2. Diagnosa Keperawatan.....	83
3. Intervensi Keperawatan.....	84
4. Implementasi Keperawatan	84
5. Evaluasi Keperawatan	85
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	87
1. Pengkajian	87
2. Diagnosa Keperawatan.....	87
3. Intervensi Keperawatan.....	88
4. Implementasi Keperawatan	88
5. Evaluasi Keperawatan	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Pengkajian.....	23
Tabel 2.2	Analisa Data.....	26
Tabel 2.3	Tabel Intervensi.....	29
Tabel 4.1	Hasil Anamnesa Klien dengan Osteoarthritis	42
Tabel 4.2	Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Osteoarthritis.....	44
Tabel 4.4	Tabel aktivitas sehari-hari Responden 1	45
Table 4.5	aktivitas sehari-hari Responden 2	46
Tabel 4.6	Analisa Data Klien dengan Osteoarthritis.....	48
Tabel 4.6	Intervensi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis	52
Tabel 4.7	Implemtasi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis	59
Tabel 4.8	Evaluasi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis.....	80

DAFTAR BAGAN

Nomor Bagan	Judul Bagan	
		Halaman
Bagan 2.1 WOC OA		12
Bagan 3.1 Tahapan Penelitian.....		37

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Gambar Intensitas Skala Nyeri	17

DAFTAR SINGKATAN

ACL	:	<i>Anterior Cruciate Ligament</i>
APA	:	<i>Australian Physiotherapy Association</i>
MMSE	:	<i>Mini Mental Status Exam</i>
OAINS	:	<i>Obat Anti Iflamasi Nonstreoid</i>
OA	:	<i>Osteoarthritis</i>
PPNI	:	<i>Persatuan Perawat Nasional Indonesia</i>
SIKI	:	<i>Standar Intervensi keperawatan Indonesia</i>
SDKI	:	<i>Standar Dignosa keperawatan Indonesia</i>
TD	:	<i>Tekanan darah</i>
WHO	:	<i>World Healt Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

<i>Atrofi</i>	:	Pengecilan atau penyusunan jaringan otot
<i>Avasculat necrosis</i>	:	Kematian jaringan tulang
<i>Arhritis</i>	:	Peradangan di Persendian
<i>Asidosis</i>	:	Kadar asam dalam darah tinggi
<i>Deformitas</i>	:	Keruskan tulang rawan akibat inflamasi
<i>Hipoksia</i>	:	Kekurangan Oksigen
<i>Hormon esterogen</i>	;	Hormon pertumbuhan reproduksi dan seksual wanita
<i>Inflamasi</i>	:	Peradangan
<i>Obesitas</i>	:	Kegemukan akibat penumpukan lemak
<i>Osteoarthritis</i>	:	Penyakit sendi
<i>Osteofit</i>	:	Tulang Tumbuh
<i>Stiffness</i>	:	Kekakuan
<i>Swelling in a joint</i>	:	Pembengkakan sendi
<i>Sinovial</i>	:	Cairan sendi
<i>Vasodilatasi</i>	:	Pelebaran pembuluh darah

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3. SOP Manajemen Nyeri
- Lampiran 4. Jadwal Penelitian LTA (Laporan Tugas Akhir)
- Lampiran 5. Lembar observasi pengukuran skala nyeri
- Lampiran 6. Lembar pengukuran skala nyeri Pre dan Post Intervensi
- Lampiran 7. Lembar penetapan subjek sesuai kriteria inklusi dan eksklusi
- Lampiran 8. Lembar penjelasan untuk mengikuti penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menua atau menjadi tua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh yang masih dikategorikan sebagai hal yang alamiah. Walaupun demikian, memang harus diakui bahwa lanjut usia rentan terkena berbagai penyakit antara lain pada sistem musculoskeletal. Salah satu penyakit yang menyerang sistem musculoskeletal pada lanjut usia yaitu osteoarthritis. Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif yang berkaitan dengan kerusakan kartilago sendi vertebra, panggul, lutut dan pergerakan kaki paling sering terkena osteoarthritis (Aru, 2015).

Penyebab dari osteoarthritis adalah radang sendi akibat proses pengapuran sendi terjadi karena peradangan sendi akibat bantalan pada ujung tulang menipis seiringnya waktu. Pada lansia sistem musculoskeletal akan mengalami beberapa perubahan seperti perubahan jaringan penghubung (kolagen dan elastin), berkurangnya kemampuan kartilago untuk bergenerasi, kepadatan tulang berkurang, perubahan struktur otot, dan terjadi penurunan elastisitas sendi. Hal ini menyebabkan sebagian besar dari lansia mengalami gangguan nyeri sendi, peradangan, hambatan fisik. Penurunan musculoskeletal karena nyeri sendi dapat berdampak pada penurunan aktivitas fisik pada lansia. Aktivitas fisik yang di maksud adalah kemandirian lansia yang nilai dari bagaimana lansia mampu melakukan aktivitas fisik secara mandiri tanpa bergantung pada orang lain (Chintyawati, 2015)

Tanda gejala yang biasa muncul pada lanjut usia yang mengalami osteoarthritis adalah nyeri sendi, peradangan, hambatan fisik, bunyi krepitasi, pembengkakan sendi, perubahan cara berjalan, kekakuan dan terdapat benjol. Hal ini akan berdampak kepada kebutuhan dasar manusia pada lanjut usia yang akan terganggu seperti, mengganggu kebutuhan aktivitas yang disebabkan oleh adanya hambatan gerak sendi, perubahan gaya berjalan.

Selain itu mengganggu kebutuhan rasa aman dan nyaman yang disebabkan oleh adanya nyeri di daerah tulang dan persendian yang terkena osteoarthritis (Heidari, 2015).

Mengingat banyaknya kasus dan dampak yang ditimbulkan akibat dari osteoarthritis adalah dari dampak terkecil yaitu nyeri ringan, nyeri sedang dan berat hingga dampak yang terbesar yaitu kematian jaringan tulang karena infeksi pada sendi yang mengakibatkan kelumpuhan. Sehingga muncul masalah keperawatan yaitu nyeri akut/kronis, gangguan mobilitas fisik dan gangguan citra tubuh. Maka dari itu peran perawat sangat penting dalam pelayanan terhadap lanjut usia yang mengalami osteoarthritis diantaranya aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Aspek promotif pada keperawatan adalah dengan memberikan penyuluhan kesehatan tentang osteoarthritis. Aspek preventif, yaitu cara mencegah dengan cara menganjurkan untuk mengatur pola makan sesuai diet dan menghindari makanan yang memungkinkan menyebabkan osteoarthritis bertambah parah seperti kacang-kacangan, menganjurkan olahraga ringan secara teratur seperti berjalan kaki minimal 30 menit perhari serta mengurangi berat badan. Aspek kuratif yaitu dengan memberikan kompres pada daerah yang nyeri serta melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik serta anti-inflamasi. Aspek yang terakhir adalah aspek rehabilitatif, yaitu dengan melakukan latihan gerak sendi atau dukungan ambulasi, dukungan mobilisasi, tehnik latihan penguatan otot, tehnik latihan penguatan sendi (Sossa, 2016).

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2019, penderita osteoarthritis di dunia mencapai angka 151 juta dan 24 juta jiwa pada kawasan Asia Tenggara. Atau sebanyak 30% penduduk dunia terserang osteoarthritis dan 70% penyakit lainnya. Di mana 5-10% adalah mereka yang berusia 5-20 tahun dan 20% mereka yang berusia ≥ 60 tahun. Diperkirakan angka ini akan terus mengalami peningkatan sebanyak 300 juta orang pada tahun 2025 dan terdapat 250 ribu kelumpuhan akibat OA (Kauret *al*, 2018). Di Indonesia OA menduduki urutan pertama dari *gout arthritis* dengan prevalensi 32,2%. Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 20% pada usia ≤ 40 tahun dan 80% terjadi pada usia ≥ 60

tahun. (Riskesdas, 2018). Di provinsi Bengkulu prevalensi penyakit sendi berdasarkan asumsi dan gejala yaitu (16,5%).

Dari data Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tahun 2019 penyakit nyeri sendi termasuk dalam 10 penyakit terbanyak dan berada pada urutan ke 5 setelah ISPA, Gastritis, Hipertensi, dan Diare dengan jumlah kasus 30.267 kasus dan dengan jumlah lansia berdasarkan kriteria umur ≥ 60 tahun sebanyak 8.620 jiwa (Profil Kesehatan Kota Bengkulu Tahun 2019)

Dari survey awal yang dilakukan peneliti di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu didapatkan data urutan terbanyak pada lansia perempuan dan laki-laki di antaranya yaitu arthritis rheumatoid, katarak, demensia, hipertensi, osteoarthritis, asma, bronkhitis, diabetes melitus, gastritis, inkontinensia urine, dan hemoroid. Penyakit osteoarthritis berada pada urutan ke 5 dari 11 penyakit yang ada di Wilayah Kerja Telaga Dewa Bengkulu. dari 90 orang lansia perempuan dan laki-laki yang menderita osteoarthritis di Wilayah Kerja Telaga Dewa Bengkulu. Sesuai dengan teori Heidari, (2013) kriteria inklusi dan eksklusi pada lanjut usia perempuan dan laki-laki sama-sama mengalami beberapa perubahan seperti perubahan jaringan penghubung (kolagen dan elastin), berkurangnya kemampuan kartilago untuk bergenerasi, kepadatan tulang berkurang, perubahan struktur otot dan terjadi penurunan elastisitas sendi. Berdasarkan hasil survei di Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Telaga Dewa Bengkulu upaya penanganan yang sudah dilakukan pada pasien osteoarthritis oleh tenaga kesehatan adalah pemberian tindakan farmakologi dan nonfarmakologi. Farmakologi seperti obat-obatan parasetamol, capsaicin krim, dan obat antiinflamasi non steroid, seperti ibuprofen, naproxen. Dan tindakan non farmakologi adalah seperti teknik nafas dalam. di Wilayah Kerja Telaga Dewa Bengkulu upaya penanganan yang belum pernah dilakukan pada pasien osteoarthritis oleh tenaga kesehatan adalah homecare pemberian tindakan nonfarmakologi yaitu kompres hangat dan belum terbentuknya Perawat Kesehatan Masyarakat. Maka dari itu peneliti tertarik melakukan ini karena belum pernah dilakukan.

Menurut Craven & Hiller (2013) tujuan dari asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman nyeri adalah untuk

memperbaiki sirkulasi, mengurangi nyeri dan memberi rasa hangat dan nyaman dan mencegah komplikasi pada penderita osteoarthritis mempercepat proses pemulihan nyeri sendi pada osteoarthritis. Salah satu bentuk pemenuhan yang diberikan adalah dengan memberi intervensi manajemen nyeri kompres hangat, intervensi dukungan ambulasi, dan promosi citra tubuh sesuai dengan masalah yang timbul pada pasien osteoarthritis. Intervensi tersebut dapat mengurangi nyeri dan dapat mencegah terjadinya kontraktur, atropi otot, meningkatkan peredaran darah ke ekstremitas, mengurangi kekakuan sendi, dan memberikan kenyamanan pada klien (Craven & Hiller,2013)

Penelitian yang dilakukan oleh Sri (2013) diketahui uji coba yang dilakukan terhadap 2 orang lansia penderita osteoarthritis, di peroleh hasil bahwa pemberian pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman nyeri dapat mengurangi nyeri dan kekakuan sendi pada lansia penderita osteoarthritis. Hal ini dikarenakan diberikan manajemen nyeri dengan kompres hangat yang dapat digunakan sebagai alat terapi nyeri sendi untuk menghilangkan rasa sakit yang dialami oleh pasien osteoarthritis, dimana rasa hangat bisa merelaksasikan dan melancarkan peredaran darah ke seluruh tubuh sehingga dapat mengurangi ketegangan dan menimbulkan rasa nyaman. Efektifitas kompres hangat meningkatkan aliran darah untuk mendapatkan efek analgesik dan relaksasi otot sehingga proses inflamasi berkurang. serta aktivitas mobilisasi yang diberikan memungkinkan pasien untuk melakukan aktivitas fisik sederhana misalnya menggunakan pagar tempat tidur, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi dapat membantu meningkatkan daya gerak sendi, serta mengurangi tekanan pada tulang rawan dan persendian yang pada akhirnya nyeri sendi dapat berkurang. (Sri, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya oleh Noorhidayah, dkk (2013) Jurnal Kesehatan “Wiraraja Medika” 4 juga mengatakan bahwa sebelum diberikan kompres panas, pasien lansia dengan nyeri osteoarthritis di PSTW Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan yang mengalami nyeri ringan sebanyak 7,70%, nyeri sedang sebanyak 57,69%, dan nyeri berat terkontrol sebanyak 34,61%. Sesudah diberikan terapi kompres panas dilakukan 15 menit

per harinya selama 5 hari, pasien lansia dengan nyeri osteoarthritis di PSTW Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan yang mengalami nyeri ringan sebanyak 57,69%, dan nyeri sedang sebanyak 42,31%. Pemberian terapi kompres panas pada lansia dengan nyeri osteoarthritis di PSTW Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan berpengaruh secara bermakna dengan tingkat keberhasilan 61,7%.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Ani Dwi Pratintya (2014) dengan judul “Kompres Hangat Menurunkan Nyeri Persendian Osteoarthritis Pada Lanjut Usia” dengan nilai rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan kompres hangat pada kelompok kontrol sebesar 5,5 dan pada kelompok eksperimen sebesar 5,25. Nilai rata-rata nyeri sesudah diberikan kompres hangat pada kelompok kontrol menjadi 4,3 dan pada kelompok eksperimen menjadi 1,25. Terdapat perbedaan penurunan tingkat nyeri sebesar 1,16 pada kelompok kontrol dan sebesar 4,00 pada kelompok eksperimen. Hal tersebut menunjukkan terdapat penurunan tingkat nyeri persendian osteoarthritis pada lanjut usia setelah diberikan perlakuan berupa kompres hangat. Dimana dalam pelaksanaannya di lakukan selama 3 hari dalam waktu 15 menit setiap harinya. Setelah di lakukan pemberian kompres hangat terdapat tingkat keberhasilan 91,2%.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dimana jumlah penderita osteoarthritis masih sangat tinggi dan tindakan kolaborasi nonfarmakologi kompres hangat belum pernah dilakukan maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri “ Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Bengkulu 2021?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Telah dilaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri.

2. Tujuan khusus

- a. Telah dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan osteoarthritis
- b. Telah dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien osteoarthritis
- c. Telah dilakukan intervensi keperawatan pada pasien osteoarthritis
- d. Telah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien osteoarthritis
- e. Telah dilakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan osteoarthritis

D. Manfaat Penelitian

Hasil penulisan ini diharapkan memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi peneliti

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam mengaplikasi hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri.

2. Bagi Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu

Menambah wawasan, inovasi dan dapat memberikan masukan bagi para tenaga Kesehatan khususnya perawat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi penelitian berikutnya dalam bidang yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Osteoarthritis

1. Definisi Osteoarthritis

Osteoarthritis adalah jenis arthrititis (peradangan sendi) yang paling sering terjadi. Osteoarthritis ini merupakan penyakit sendi degeneratif yang berkaitan dengan kerusakan kartilago (tulang rawan). Kondisi ini menyebabkan sendi-sendi terasa sakit, kaku, dan bengkak. Penyakit ini bisa menyerang semua sendi, namun sendi di jari tangan, lutut, pinggul, dan tulang punggung, adalah sendi yang paling sering terkena. Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya osteoarthritis yaitu genetika, usia lanjut, jenis kelamin perempuan, dan obesitas (Zhang et al, 2016).

Osteoarthritis adalah suatu kelainan pada sendi yang bersifat kronik dan progresif biasanya di dapati pada usia pertengahan hingga usia lanjut ditandai dengan adanya kerusakan kartilago yang terletak di persendian tulang. Kerusakan kartilago ini bisa disebabkan oleh stress mekanik atau perubahan biokimia pada tubuh (American College of Rheumatology, 2015).

Osteoarthritis (OA) adalah merupakan gangguan dari persendian diartrodial yang dicirikan oleh fragmentasi dan terbelah-belahnya kartilago persendian. Lesi permukaan itu disusul oleh proses pemusnahan kartilago secara progresif. Melalui sela-sela yang timbul akibat proses degenerasi fibrilar pada kartilago, cairan synovial dipenetrasikan ke dalam tulang dibawah lapisan kartilago, yang akan menghasilkan kista-kista. Kartilago yang sudah hancur mengakibatkan sela persendian menjadi sempit. Bereaksi terhadap lesi kartilago dengan pembentukan tulang baru (osteofit) yang menonjol ke tepi persendian (Reeves, 2013).

2. Klasifikasi Osteoarthritis

Berdasarkan patogenesisnya, osteoarthritis dibedakan menjadi dua yaitu osteoarthritis primer dan osteoarthritis sekunder.

- a. Osteoarthritis primer disebut juga dengan osteoarthritis idiopatik dimana kausanya tidak diketahui dan tidak ada hubungannya dengan penyakit sistemik maupun proses perubahan lokal pada sendi.
- b. Osteoarthritis sekunder adalah osteoarthritis yang didasari oleh kelainan endokrin, inflamasi, metabolik, pertumbuhan, hereditas, jejas makro dan mikro serta imobilisasi yang terlalu lama (Soeroso S et al., 2012).

3. Etiologi dan Faktor Resiko Osteoarthritis

Penyebab dari osteoarthritis hingga saat ini masih belum terungkap, namun beberapa faktor resiko untuk timbulnya osteoarthritis antara lain adalah :

- a. Umur.

Dari semua faktor resiko untuk timbulnya osteoarthritis, faktor ketuaan adalah yang terkuat. Prevalensi dan beratnya osteoarthritis semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Osteoarthritis hampir tak pernah pada anak-anak, jarang pada umur dibawah 40 tahun dan sering pada umur diatas 50 tahun.

- b. Jenis Kelamin.

Wanita lebih sering terkena osteoarthritis lutut dan sendi , dan lelaki lebih sering terkena osteoarthritis paha, pergelangan tangan dan leher. Secara keeluruhan dibawah 45 tahun frekuensi osteoarthritis kurang lebih sama pada laki dan wanita tetapi diatas 50 tahun frekuensi osteoarthritis lebih banyak pada wanita dari pada pria hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada patogenesis osteoarthritis.

- c. Genetic

Faktor hereditas juga berperan pada timbulnya osteoarthritis misal, pada ibu dari seorang wanita dengan osteoarthritis pada sendi-sendi inter falang distal terdapat dua kali lebih sering osteoarthritis pada sendi-sendi tersebut, dan anak-anaknya perempuan cenderung

mempunyai tiga kali lebih sering dari pada ibu dan anak perempuan dari wanita tanpa osteoarthritis.

d. Suku.

Prevalensi dan pola terkenanya sendi pada osteoarthritis nampaknya terdapat perbedaan diantara masing-masing suku bangsa, misalnya osteoarthritis paha lebih jarang diantara orang-orang kulit hitam dan usia dari pada kaukasia. Osteoarthritis lebih sering dijumpai pada orang – orang Amerika asli dari pada orang kulit putih. Hal ini mungkin berkaitan dengan perbedaan cara hidup maupun perbedaan pada frekuensi kelainan kongenital dan pertumbuhan.

e. Kegemukan.

Berat badan yang berlebihan nyata berkaitan dengan meningkatnya resiko untuk timbulnya osteoarthritis baik pada wanita maupun pada pria. Kegemukan ternyata tak hanya berkaitan dengan osteoarthritis pada sendi yang menanggung beban, tapi juga dengan osteoarthritis sendi lain (tangan atau sternoklavikula).

4. Patofisiologi Osteoarthritis

Osteoarthritis berkembang dengan pengaruh dari interaksi beberapa faktor dan hal ini merupakan hasil dari interaksi antara sistemik dan faktor lokal. Penyakit ini merupakan hasil dari beberapa kombinasi faktor resiko, 22 diantaranya yaitu usia lanjut, mal alignmen lutut, obesitas, trauma, genetik, ketidak seimbangan proses fisiologis dan peningkatan kepadatan tulang. Bukti bahwa obesitas itu sindrom yang kompleks yaitu adanya ketidak normalan aktivasi jalur endokrin dan jalur pro inflamasi yang mengakibatkan perubahan kontrol makanan, ekspansi lemak, dan perubahan metabolik (Heidari, 2011).

Selain itu kasus osteoarthritis juga disebabkan oleh faktor kelainan struktural yang ada di sekitar persendian. Pada kartilago, terdapat kerusakan yang diakibatkan oleh cacat kolagen tipe 2 dan beberapa kondropati lainnya, dimana mutasi akan mempengaruhi protein pada kartilago yang terkait, sehingga menyebabkan osteoarthritis berkembang

semakin cepat. Pada struktur ligamen, terdapat kerusakan pada ACL atau cedera gabungan yang melibatkan ligamen ko lateral, sehingga ndapat meningkatkan resiko kehilangan tulang rawan. Kemudian pada struktur meniskus, terdapat ekskresi meniskus, yaitu kondisi hilangnya tulang rawan yang diakibatkan oleh penyempitan ruang sendi dalam waktu yang lama dan terabaikan, hal tersebut juga merupakan penyebab utama OA. Kemudian pada struktur tulang, terdapat trauma tulang atau predisposisi yang menyebabkan tekanan menjadi abnormal (Mcgonagle et al, 2010).

5. Manifestasi Klinis Osteoarthritis

Menurut Australian Physiotherapy Association (APA) (2008) dalam Nur (2013) penyakit osteoarthritis mempunyai gejala-gejala yang biasanya menyulitkan bagi kehidupan penderitanya. Adapun gejala tersebut antara lain:

a. Nyeri sendi (*recurring pain or tenderness in joint*)

Keluhan nyeri merupakan keluhan utama yang sering-kali membawa penderita ke dokter, walaupun mungkin sebelumnya sendi sudah kaku dan berubah bentuknya. Biasanya nyeri sendi bertambah dikarenakan gerakan dan sedikit berkurang bila istirahat. Pada gerakan tertentu (misal lutut digerakkan ke tengah) menimbulkan rasa nyeri. Nyeri pada osteoarthritis dapat menjalar kebagian lain, misal osteoarthritis pinggang menimbulkan nyeri betis yang disebut sebagai "*claudicatio intermitten*". Korelasi antara nyeri dan tingkat perubahan struktur pada osteoarthritis sering ditemukan pada panggul, lutut dan jarang pada tangan dan sendi apofise spinalis.

b. Hambatan gerakan sendi (*inability to move a joint*)

Kelainan ini biasanya ditemukan pada osteoarthritis sedang sampai berat. Hambatan gerak ini disebabkan oleh nyeri, inflamasi, 24 sendi membengkok, perubahan bentuk. Hambatan gerak sendi biasanya dirasakan pada saat berdiri dari kursi, bangun dari tempat berbaring, menulis atau berjalan. Semua gangguan aktivitas tergantung pada lokasi dan beratnya kelainan sendi yang terkena.

c. Pembengkakan sendi (*swelling in a joint*)

Sendi membengkak/membesar bisa disebabkan oleh radang sendi dan bertambahnya cairan sendi atau keduanya.

d. Perubahan cara berjalan atau hambatan gerak

Hambatan gerak atau perubahan cara berjalan akan berkembang sesuai dengan beratnya penyakit. Perubahan yang terjadi dapat konsentris atau seluruh arah gerakan maupun eksentris atau salah satu gerakan saja (Sudoyono, 2009).

e. Kemerahan pada daerah sendi (*obvious redness or heat in a joint*)

Kemerahan pada sendi merupakan salah satu tanda peradangan sendi. Hal ini mungkin dijumpai pada osteoarthritis karena adanya sinovitis, dan biasanya tanda kemerahan ini tidak menonjol dan timbul belakangan (Sudoyono, 2009)

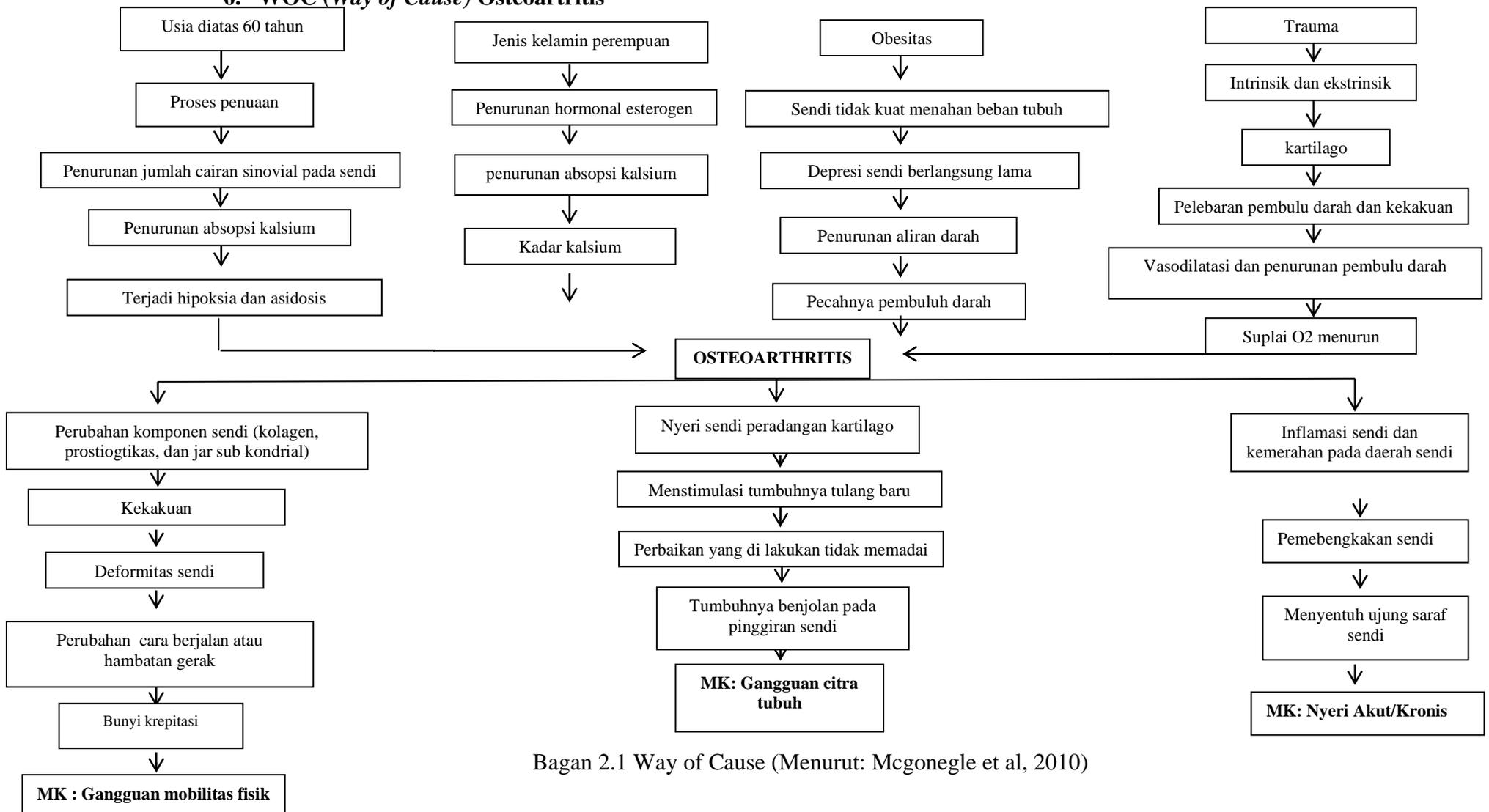
f. Tumbunya benjolan pada daerah sendi

Benjolan pada sendi merupakan salah satu peradangan yang disebabkan karena perbaikan yang tidak memadai pada proses perbaikan pada peradangan kartilago (Sudoyono, 2009).

g. Bunyi krepitasi

Bunyi krepitasi atau berderak yang terdapat pada sendi terjadi karena rusaknya tulang rawan, seperti yang kita ketahui tulang rawan adalah bantalan halus yang melindungi ujung tulang. Kondisi ini yang menyebabkan bunyi berderak itu muncul karena tulang bergesekan langsung (Sudoyono, 2009)

6. WOC (Way of Cause) Osteoarthritis



Bagan 2.1 Way of Cause (Menurut: MCGonegle et al, 2010)

7. Komplikasi Osteoarthritis

Menurut (Asikin, 2013) Osteoarthritis yang tidak mendapatkan penanganan dapat menyebabkan nyeri dan rasa tidak nyaman. Kondisi ini dapat menyebabkan penderitanya mengalami beberapa komplikasi, seperti:

- a. Gangguan tidur.
- b. Gangguan kecemasan.
- c. Osteonecrosis atau avascular necrosis (kematian jaringan tulang).
- d. Infeksi pada sendi.
- e. Saraf terjepit di tulang belakang.

8. Pencegahan Osteoarthritis

Menurut (Asikin, 2013) Pencegahan pada nyeri sendi bergantung dari penyebabnya, karena tiap jenis nyeri sendi memiliki teknik pencegahan yang berbeda-beda pada kasus osteoarthritis, pencegahannya seperti :

- a. Menjaga berat badan tetap stabil
- b. Melatih otot kuadriseps pada paha dapat membantu mencegah timbulnya osteoarthritis
- c. Menerapkan gaya hidup sehat
- d. Menjauhi rokok dan alkohol

9. Pemeriksaan Penunjang Osteoarthritis

Pemeriksaan penunjang pada pasien osteoarthritis menurut (Asikin, 2013)

- a. Pemeriksaan laboratorium tes darah

Setelah menanyakan gejala, akan dilanjutkan pemeriksaan dengan tes darah. Tes ini dilakukan untuk mengetahui penyebab radang sendi. Pasalnya, gangguan sendi ini bisa disebabkan oleh infeksi atau penyakit autoimun.

b. Radiologi

X-ray: dapat ditemukan osteofit, penyempitan ruang sendi, sklerosis subkondral, kista tulang subkondral

MRI: dapat ditemukan penyempitan ruang sendi, perubahan subkondral, osteofit, efusi, kerusakan meniskus, tendon, dan otot.

Artrosentesis (analisa cairan sinovial): pada OA ditemukan leukosit < 2000 u/L dengan dominasi mononuklear, tidak terdapat deposit kristal, tidak ditemukan patogen [1,21]

c. Pemeriksaan cairan sendi

Kondisi sendi juga bisa dicek melalui analisis cairan sendi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah terjadi peradangan atau infeksi pada sendi.

10. Pentalaksanaan Osteoarthritis

Farmakologi menurut (Hidayatus sya'diyah, 2018:212) dan (Asikin, 2013):41

- 1) Obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS)
- 2) Disease-modifying antirheumatic drug (DMARD)
- 3) Kortikosteroid
- 4) Terapi biologi

Nonfarmakologi menurut (SIKI 2017)

- 1) TENS
- 2) Terapi akupresur
- 3) Terapi musik
- 4) Terapi pijat
- 5) Aromaterapi
- 6) Kompres hangat/dingin

B. Konsep Nyeri Pada Osteoarthritis

1. Pengertian Nyeri

Menurut *IASP (International Association for Study of Pain)* nyeri adalah sensorik objektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang di kaitkan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2012)

Nyeri merupakan mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Alimul, 2012)

Nyeri adalah sesuatu yang bersifat subjektif dan sangat bersifat individual (Potter & Perry, 2013)

2. Fisiologis Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang di maksud adalah nociptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa , khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulus atau rangsangan. Stimulus tersebut dapat berupa zat kimiawi, seperti histamin, bradigidin, prostalglandin, dan macam-macam asam yang di lepas terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi.

Selanjutnya stimulus yang diterima oleh reseptor tersebut di transmisikan berupa implus-implus nyeri ke sum-sum tulang belakang oleh jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Implus-implus yang di transmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang di transmisikan ke serabut C. Serabut-serabut apinal masuk ke spinal melalui akar dorsal serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri dari beberapa lapisan atau lainnya yang saling bertautan. Diantara lapisan 2 dan 3 terbentuk. Substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama implus. Kemudian, implus nyeri menyebrangi

sumsum tulang belakang pada interneuron dan tersambung ke jalur spinal asendes yang paling utama, yaitu jalur *Spinothalamic Tract* (STT) atau jalur spinothalamus dan apinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak tengah dan medulla ke tanduk otak dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor implus superesif. Sistem superesif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Long dalam Alimul, 2012)

3. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik. Klasifikasi ini didasarkan pada waktu atau terjadinya nyeri.

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat akan mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologik (Potter & Perry, 2012)

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2013)

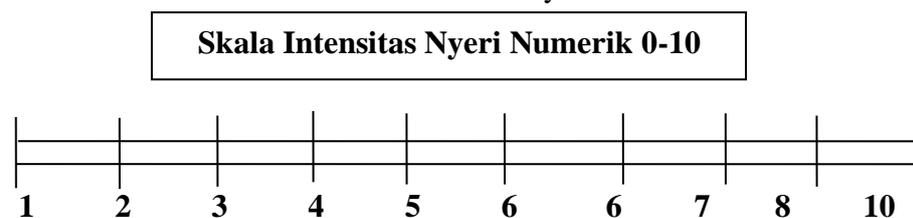
4. Intensitas Nyeri

a. Kuantitas

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa akut nyeri di rasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri.

Skala penilaian numerik (Numerical rating scale, NRS), klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Andarmoyo, 2013).

Tabel.2.1. Skala Nyeri



No	Skala	Interpretasi
1	0	Tidak nyeri
2	1-3	Nyeri ringan
3	4-6	Nyeri sedang
4	7-10	Nyeri berat

(Sumber: Potter & Perry, 2006 dikutip dari andarmoyo, 2013)

b. Kualitas

Wong dan Baker (1988) dalam Andarmoyo (2013) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada lansia. Skala tersebut terdiri dari enam dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (“tidak terasa nyeri”) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia,

wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (“nyeri yang sangat”). Lansia dapat menggunakan skala tersebut. Para peneliti mulai meneliti penggunaan skala wajah ini pada orang-orang dewasa. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya (Andarmoyo,2013).

Gambar 2.2. Skala Nyeri Faces



C. Konsep Manajemen Nyeri Kompres Hangat

1. Definisi Manajemen Nyeri Kompres Hangat (PPNI SIKI, 2017)

Manajemen nyeri kompres hangat adalah melakukan stimulus kulit dan jaringan dengan panas untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas.

2. Tujuan Manajemen Nyeri Kompres Hangat

Tujuan kompres hangat atau panas adalah melebarkan pembuluh darah, sehingga aliran darah ke sel dan jaringan tubuh menjadi lancar dan dapat memulihkan jaringan tubuh yang cedera sehingga dapat menurunkan nyeri.

3. Tindakan

a. Observasi

- 1) Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
- 2) Identifikasi kondisi kulit yang akan di lakukan kompres hangat
- 3) Periksa suhu kompres hangat

- 4) Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
- b. Terapeutik
- 1) Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kantong plastik tahan air, botol air panas, bantalan pemanasan listrik)
 - 2) Pilih lokasi kompres
 - 3) Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu
 - 4) Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera
 - 5) Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas
 - 2) Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pembertahuan sebelumnya sebelumnya
 - 3) Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.

4. SOP (*Standar Operasional Prosedur*)

Kompres Hangat pada Nyeri Osteoarthritis

Pengertian	Kompres hangat adalah pemberian rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres di lakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, dan kedinginan.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Mengurangi nyeri 3. Mengurangi rasa sakit 4. Memberikan rasa hangat, nyaman dan

	tenang.
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baskom 2. Air hangat dengan suhu (40-46°C) 3. Handuk kecil
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekatkan alat-alat ke dekat lansia. 2. Perhatikan lingkungan sekitar lansia. 3. Cuci tangan. 4. Atur posisi nyaman. 5. Masukkan handuk ke dalam air hangat dengan suhu 40-46°C yang sudah di sediakan kemudian peras handuk tersebut. 6. Letakkan handuk pada lokasi yang mengalami nyeri atau pembengkakan, diamkan per 2 menit lalu di ulang kembali. 7. Lakukan 1 hari sekali selama 15 menit sampai 7 hari dan di lakukan pada pagi atau sore hari. 8. Setelah tindakan selesai atur kembali posisi yang nyaman. 9. Bereskan alat 10. Cuci tangan.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri apakah sudah berkurang atau tidak.
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Asuhan keperawatan gerontik adalah suatu rangkaian kegiatan proses keperawatan yang ditunjukkan kepada lanjut usia. Kegiatan tersebut meliputi pengkajian kepada lansia yang dengan memperhatikan kebutuhan bio/fisik, psikologis, sosial dan spiritual : menganalisi suatu masalah kesehatan/keperawatan dan membuat diagnosa keperawatan : membuat perencanaan : melaksanakan perencanaan dan melakukan evaluasi (Ekasari, 2010)

1. Pengkajian

Tahap pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Proses pengumpulan data ini mencakup pengumpulan data dari sumber primer atau klien secara langsung (Potter & Perry, 2010).

a. Identitas

Data ini mencakup nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan/ penghasilan, pendidikan terakhir.

b. Keluhan utama

Pada umumnya yang dirasakan penderita osteoarthritis adalah nyeri hebat di daerah persendian. Nyeri biasanya dirasakan pada saat malam hari atau bahkan saat bangun tidur pagi hari. Selain nyeri, terjadi juga pembengkakan pada ibu jari kaki. Kaji nyeri yang dirasakan klien menggunakan metode *Provoking incident* atau penyebab dari nyeri biasanya karena beraktifitas fisik terlalu lama dan kurang istirahat, *Quality* atau kualitas nyeri yang di rasakan pasien biasanya nyeri berdenyut-denyut, *Regional* atau lokasi nyeri yang di rasakan pasien biasanya di sendi lutut, punggung, pinggang, *Scale* atau skala nyeri yang di rasakan pasien osteoarthritis adalah dengan skala nyeri sedang 4-8, *Time* atau waktu nyeri yang di rasakan pasien tergantung dari yang di rasakan pasiennya ada yang nyeri berlangsung selama kurang lebih 1 jam ada juga yang nyeri nya yang terus menerus.

1) Riwayat penyakit sekarang

Kaji keadaan kesehatan klien saat ini. Biasanya terjadi nyeri hebat pada sendi serta pembengkakan. Pada umumnya akan mengalami pembengkakan pada sendi lutut, kulit berwarna merah, permukaan sendi terasa panas, mudah lelah dan gangguan dalam beraktifitas.

2) Riwayat penyakit dahulu.

Kaji apa sebelumnya klien pernah mengalami nyeri yang sama dalam beberapa bulan terakhir. Selain itu perlu dikaji juga apakah klien menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan ginjal. Masalah lain yang perlu ditanyakan adalah apakah klien pernah dirawat dengan masalah yang sama. Kaji adanya pemakaian alkohol yang berlebihan dan penggunaan obat diuretik. Biasanya osteoarthritis disebabkan oleh kerusakan tulang rawan atau kartilago, Kerusakan kartilago ini bisa disebabkan oleh stress mekanik atau perubahan biokimia pada tubuh.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah dalam keluarga ada anggota keluarga yang lain menderita penyakit yang sama seperti yang di derita klien. Apakah klien mempunyai riwayat penyakit keturunan.

c. Pemeriksaan fisik

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui sistem tubuh:

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami nyeri biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien composmentis

3) Tanda-tanda vital

Pada umumnya, lansia dengan osteoarthritis mengalami peningkatan tekanan darah, nadi biasanya meningkat, suhu biasanya terjadi peningkatan.

Tabel 2.1 Pengkajian

No	Pengkajian Persistem	Normal	Abnormal
1.	Sistem Pernafasan	Frekuensi nafas : 22-28x/menit	Frekuensi nafas : 22-28x/menit
2.	Sistem Persyarafan	konjungtiva anemis, Daya ingat melemah	konjungtiva : anemis, Daya ingat : melemah
3.	Sistem Kardiovaskuler	Terdapat tekanan darah normal Td : 120/80mmHg Nadi : 60- 70x/menit Mukosa bibir : lembab Tidak terdapat kelenjar getah benih, tidak terdapat peningkatan vena jugolaris	Tekanan darah dan nadi mengalami peningkatan apabila nyeri dengan nilai Td : 130/90mmHg Nadi : 80x/menit Mukosa bibir : lembab Tidak terdapat kelenjar getah benih, tidak terdapat peningkatan vena

jugularis										
4. Sistem Perkemihan	Frekuensi berkemih : 4- 8x/hari Konsistensi : 400- 2000ml Warna : kuning mudah Bau : Amis	Frekuensi berkemih : 4- 8x/hari Konsistensi : 400-2000ml Warna : kuning mudah Bau : Amis								
5. Sistem muskuloskeletal	Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">555</td> <td style="padding: 0 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">444</td> <td style="padding: 0 5px;">444</td> </tr> </table>	555	555	444	444	Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">555</td> <td style="padding: 0 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">333</td> <td style="padding: 0 5px;">333</td> </tr> </table> Tidak terdapat pembengkakan dan kemerahan pada sendi, tidak terdapat nyeri tekan sendi	555	555	333	333
555	555									
444	444									
555	555									
333	333									
		Biasanya terdapat pembengkakan dan kemerahan pada persendian, terdapat nyeri tekan sendi, terdapat hambatan fisik.								

d. Pola aktivitas dan istirahat

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari hari karena kelemahan akibat nyeri.

e. Pola tidur dan istirahat

Klien mengalami nyeri kesulitan memulai tidur, terbangun dalam waktu yang lama.

f. Pengkajian psikososial

Kaji respon terhadap penyakit yang dideritanya dan penyakit klien dalam keluarga dan masyarakat. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentang variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri, dan ketidak-tahuan akan program pengobatan dan prognosis penyakit serta peningkatan asam urat terhadap sirkulasi. Adanya perubahan peran dalam keluarga akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptive pengkajian status psikologi meliputi pengkajian fungsi kognitif dan pengkajian psikososial (mental, emosional). Bagian yang populer dan sederhana adalah yang di sebut minimetal state examination (MMSE). Pemeriksaan ini dilakukan untuk dapat menentukan pikiran serta peruses mental, apakah lansia dapat memperlihatkan fungsi yang optimal.

1) Perubahan spiritual, data yang dikaji:

Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agama, apakah terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa dan sholat, dalam menghadapi cobaan lansia terlihat tabah dan tawakal.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah :

a. Analisa data

Tabel 2.2 Analisa Data

No	Data senjang	Etiologi	Masalah keperawatan
1	Ds: 1. Mengeluh nyeri Do: 1. Kemerahan pada daerah sendi 2. Bengkak pada daerah sendi 3. Tampak meringis 4. Gelisah 5. Nadi meningkat 6. Sulit tidur 7. TD meningkat 8. Pola nafas berubah 9. Hambatan gerakan sendi	deformitas sendi ↓ Terbentuk kristal monosodium urat yang mengendap ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

2	Ds:		Deformitas	Gangguan
	1. Nyeri	saat bergerak	sendi, reaksi arthritis	mobilitas fisik
	2. Enggan	melakukan pergerakan	inflamasi ↓ Distruksi jaringan sendi	
	3. Merasa	cemas saat bergerak	↓	
	Do:		Reaksi	
	1. Bunyi krepitasi		peradangan	
	2. Sendi kaku		↓	
	3. Perubahan	cara berjalan atau hambatan gerak	Cairan diluar sel sinovial	
	4. Fisik lemah		bagian dalam sendi ↓ Inflamasi dalam os sebcondrila ↓ Kartilago nekrosis ↓ Adheresi pada permukaan bumi ↓ Ankilosis ↓ Fibrosa Ankilosis tulang ↓	

		Kekuatan sendi melemah	
		↓	
		Gangguan mobilitas fisik	
<hr/>			
3	Ds :	Peradangan	Gangguan
	1. pasien mengatakan perubahan gaya berjalan	kartilago	citra tubuh
	2. mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh	↓	
		Menstimulasi tumbuhnya tulang baru	
		↓	
	Do :	Perbaikan yang di	
	1. tampak perubahan pada gaya berjalan	lakukan tidak memadai	
		↓	
		Timbulnya benjolan pada pinggiran sendi (osteofit)	
		↓	
		Gangguan citra tubuh	

3. Intervensi

Tabel 2.3 Tabel Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik seperti terdapat inflamasi ditandai dengan tampak meringis	<p>Intervensi utaman : Manajemen nyeri</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping menggunakan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. fasilitasi istirahat dan tidur

-
4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. jelaskan strategi meredakan nyeri
3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi pendukung : Kompres hangat

Tindakan :

Observasi

1. Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres hangat
 3. Periksa suhu kompres hangat
 4. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
-

 Terapeutik

1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kantong plastik tahan air, botol air panas, bantalan pemanasan listrik)
2. Pilih lokasi kompres
3. Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu
4. Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera
5. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi

Edukasi

1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas
2. Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pembertahuan sebelumnya sebelumnya
3. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuan sendi ditandai dengangerakan	Intervensi utama : Dukungan mobilisasi Tindakan: Observasi 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. identifikasi toleransi fisik melakukan
---	---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>terbatas</p>	<p>ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. anjurkan melakukan ambulasi dini 3. anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
<p>3. Gangguan Citra tubuh berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh ditandai dengan fungsi/struktur</p>	<p>Intervensi utama : promosi citra tubuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial

tubuh berubah

4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

Terapeutik :

1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
3. Diskusikan perubahan akibat penuaan
4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (Mis. penyakit, luka, pembedahan)
5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.

Edukasi

1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
 3. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)
 4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya)
 5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki
 6. Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan)
-

-
7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
-

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada keluarga berdasarkan perencanaan mengenai diagnosa yang telah dibuat sebelumnya (Notoatmojo, 2015)

Pada penelitian ini implementasi yang dilakukan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk disusun dan di tunjukan pasha *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Amelia, 2016)

Implementasi yang dilakukan pada dioagnosa nyeri akut ditandai dengan tampak meringis, dibuktikan terdapat imflamasi, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, melakukan pemberian dukungan mobilisasi selama minimal 5 hari dilakukan 2x sehari.

5. Evaluasi

Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tiddakan dan pelaksanaannya sudah berhasil di capai. Meskipun tahap evaluasi di letakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap proses keperawatan (Dermawaan, 2015).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

1. Kriteria Inklusi

- a. Klien yang terdiagnosa osteoarthritis dengan 2 lansia yang berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu
- b. Klien dengan usia 60 tahun keatas
- c. Klien dengan nyeri sedang 4-7
- d. Dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Klien yang menolak di lakukan intervensi

C. Definisi operasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu tindakan atau proses melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi dan evaluasi. dan menggunakan praktik keperawatan yang memerlukan ilmu, tehnik, dan keterampilan, interpersonal yang di tujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga.
2. Nyeri osteoarthritis adalah kondisi yang menyebabkan sendi-sendi terasa sakit, kaku dan bengkak yang di sebabkan karena kerusakan atau peradangan pada tulang rawan. Fungsi tulang rawan adalah untuk melindungi bantalam-bantalan di tulang ujung. Kondisi ini membuat

rusaknya tulang rawan yang menyebabkan munculnya nyeri pada pasien osteoarthritis. Pada nyeri osteoarthritis biasanya mengalami nyeri sedang hingga ke berat dengan skala 1-10 sesuai dengan keluhan penderita osteoarthritis.

3. Manajemen nyeri kompres hangat adalah melakukan stimulus kulit dan jaringan dengan panas untuk mengurangi nyeri, spasme otot dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas.

D. Lokasi dan waktu

1. Lokasi

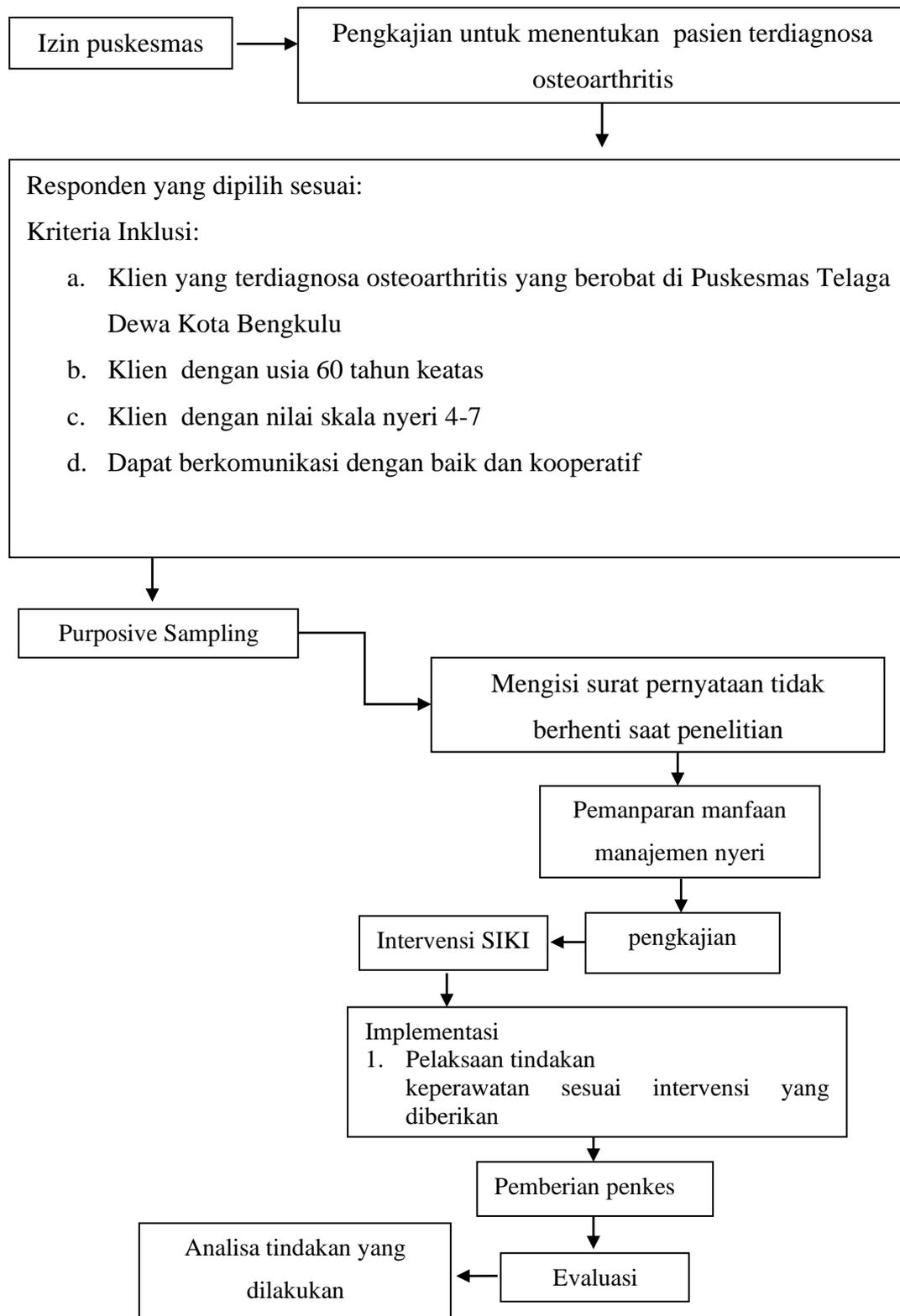
Lokasi penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu

2. Waktu

Waktu penelitian dari tanggal 01 Mei 2021 sampai dengan 03 Mei 2021 dilakukan selama tiga hari, dilakukan setiap hari 1 kali sehari selama 15 menit.

E. Tahapan penelitian

Bagan 3.1 Tahapan penelitian



F. Metode dan instrumen pengumpulan data

1. Tahap pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan mencari informasi untuk mengisi format pengkajian yang mana akan didapatkan data responden meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, dan observasi dengan klien guna untuk menegakkan diagnosa keperawatan

b. Pengamatan/Observasi

Observasi adalah metode yang sempit, yakni memperhatikan sesuatu objek dengan menggunakan seluruh alat indera (sulistyarningsih, 2011). Penulis melakukan observasi untuk memperoleh data pengkajian Pemeriksaan fisik (*physical examination*) dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari klien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan, dan memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan (Nursalam, 2011). Pemeriksaan fisik dilakukan secara per sistem untuk menemukan adanya kelainan pada pasien osteoarthritis.

c. Studi dokumentasi

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan berupa hasil dan observasi gangguan mobilitas pada pasien osteoarthritis.

G. Analisis data

Data pemenuhan nyeri : osteoarthritis sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi dengan tindakan pemberian dukungan mobilisasi pada pasien osteoarthritis. Data tersebut kemudian dibandingkan untuk dilakukan analisa secara kualitatif.

H. Etika penelitian

1. Informed consent (lembar persetujuan)

Sebelum penulis memberikan perawatan terlebih dahulu melakukan kontrak kepada subjek. Memberikan penjelasan dengan tujuan dan maksud untuk menjaga kerahasiaan.

2. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan penelitian tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan kode. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi harus juga tidak diketahui oleh publik.

3. Confidential (kerahasiaan)

Penulis menjelaskan kepada pasien tentang penyakit tidak akan menceritakan kepihak manapun kecuali kepentingan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Jalannya Penelitian

a. Persiapan

Persiapan penelitian yang pertama dimulai dengan mencari sebuah masalah, setelah mendapatkan masalah penulis mulai menyusun proposal ± selama sebulan. Setelah itu dilakukan ujian proposal dan perbaikan proposal selama 2 minggu. Kemudian mengajukan surat izin penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bengkulu selama 2 hari, setelah itu mengajukan surat izin penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Bengkulu selama 3 hari dan selanjutnya mengajukan surat penelitian ke Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu di poli umum dengan melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Osteoarthritis Serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu”

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 01 sampai 03 Mei 2021 dimulai dari peneliti mencari responden sesuai dengan kriteria inklusi. Peneliti mencari responden dengan cara purposive sampling, Setelah peneliti menemukan pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang mekanisme penelitian serta untuk menandatangani informed consent. Mekanisme penelitian ini dilaksanakan secara homecare, dan responden bersedia untuk dilakukan penelitian dan dilakukan terapi selama waktu yang sudah ditentukan. Peneliti melakukan pengkajian dilakukan pada tanggal 01 Mei. Hasil pengkajian kemudian dianalisa untuk menemukan masalah keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat

perencanaan keperawatan, dan melakukan tindakan keperawatan setelah itu peneliti melakukan evaluasi sumatif dan formatif.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dimulai dari menunggu pasien yang datang ke di ruang polli umum. Ruangan poli umum terdiri dari 1 bed. Jumlah kunjungan pasien selama peneliitian dilakukan pada Puskesmas Telaga Dewa sebanyak 20 pasien. di puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu sebelumnya sudah pernah dilakukan penelitian studi kasus oleh peneliti terdahulu terfokusnya pada lansia osteoarthritis karena di puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu kunjungan pasien yang datang rata-rata adalah lansia. Kemudian peneliti sudah mendapatkan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan sudah menyetujui lembar inform concent. Setelah itu penelitian dilakukan secara homecare, peneliti kemudian datang ke alamat responden yang berada di salah satu kelurahan Telaga Dewa Kota Bengkulu, alamat rumah kedua responden tidak terlalu jauh, sehingga memudahkan peneliti untuk melakukan terapi secara bersamaan, Lokasi rumah yang tidak terlalu padat penduduk sehingga pada saat melakukan penelitan mudah untuk membuatresponden konsentrasi pada terapi, serta menjadi pendukung berhasil atau tidaknya terapi yang diberikan dikarenakan lingkungan yang tidak terlalu ramai mudah untuk klien tenang beristirahat. Gambaran lingkuran rumah responden, lingkungan rumah geografis jalanan sedikit menanjak sehingga membuat responden sedikit kesusahan untuk ke masjid karena mempengaruhi terjadinya nyeri sendi pada responden, rumah bersih, setiap rumah terdapat ventilasi, kebersihan rumah terjaga, pencahayaan dan kelembapan udara rumah kedua responden cukup baik, Masyarakat sekitar lingkungan cukup menerapkan pola hidup sehat, dan di setiap depan rumah sudah menyediakan tempat cuci tangan udan wajib menggunakan masker, untuk mencegah penularan virus covid 19.

3. Hasil Studi Kasus

a. Pengkajian

1) Anamnesa

Tabel 4.1 Hasil Anamnesa Klien dengan Osteoarthritis

No	Anamnesa	Hasil Anamnesa	
		Responden 1	Responden 2
1.	Identitas Pasien		
	Nama	Tn. A	Ny. A
	Usia	60 tahun	61 tahun
	Jenis kelamin	Laki-Laki	Perempuan
	Agama	Islam	Islam
	Pendidikan	Sd	Smp
	Pekerjaan	Pedagang	Ibu rumah tangga
	Alamat	Jl.Prumdam, Alpatindo	Jl.Prumdam, Alpatindo
	Status	Menikah	Menikah
	Tanggal MRS	29 April 2021	30 April 2021
	Diagnosa	Osteoarthritis	Osteoarthritis
2.	Keluhan Utama	Saat datang ke puskesmas klien mengeluh sakit di kaki terutama didaerah lutut kanan	Saat datang ke puskesmas klien mengeluh kaki sakit berdenyut
3.	Riwayat penyakit sekarang	P(Palitatif):Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut kanan Q(Quality/Quantitas): nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan terasa panas R(Region/Radiasi): nyeri persendian yang dirasakan bagian lutut sebelah kanan S(Skala): skala nyeri yang nyeri 6. T(Time):nyeri dirasakan terus-menerus, terutama setelah berkativitas dan mudah lemah.	P(Palitatif):Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut kiri Q(Quality/Quantitas): nyeri dirasakan seperti bedenyut-denyut dan terasa panas R(Region/Radiasi): nyeri persendian yang dirasakan bagian lutut sebelah kanan S(Skala): skala nyeri yang nyeri 5. T(Time):nyeri dirasakan hilang timbul, terutama saat cuaca dingin, tidak nyaman dan mudah lelah saat beraktivitas.
4.	Riwayat penyakit dahulu	Pasien memiliki riwayat osteoarthritis sejak 1 tahun yang lalu, klien pernah melakukan pemeriksaan	Pasien memiliki riwayat osteoarthritis sejak 2 tahun yang lalu, klien pernah melakukan

		kedokter dan terdiagnosa osteoarthritis	pemeriksaan kedokter dan terdiagnosa osteoarthritis
5.	Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan dari keluarga yang mengalami penyakit yang sama atau penyakit seperti DM, Hipertensi, dan jantung. Walaupun sakit yang diderita itu hanya demam biasa.	Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan dari keluarga yang mengalami penyakit yang sama atau penyakit seperti DM, Hipertensi, dan jantung. Walaupun sakit yang diderita itu hanya demam biasa.
6.	Riwayat psikologis	klien merasa sedih dengan usianya yang semakin tua, dirinya terkadang merasa tidak dibutuhkan karena anak-anak pasien sibuk dengan pekerjaannya, pasien mengatakan takut jika sewaktu waktu umurnya tidak panjang, dan sering sakit-sakitan, pasien mengatakan untuk menghilangkan stress dirinya sering kerumah rumah tetangga sekedar menghibur diri. Klien berharap sakitnya tidak bertambah parah	klien ingin cepat sembuh agar bisa membantu suaminya berjualan lagi, klien tidak ingin sakitnya bertambah. pasien mengatakan untuk menghilangkan stress dirinya sering ikut pengajian.
7.	Riwayat spiritual	Klien beragama islam, dan rajin beribadah	Klien beragama islam, klien menjalankan ibadah sholat 5 waktu.
8.	Aktivitas pemicu	Klien mengatakan sering berjalan kaki melewati jalan menanjak karena ingin melakukan sholat ibadah di masjid sehingga memicu terjadinya kekambuhan pada nyeri yang diderita klien	Klien mengatakan sering melakukan aktivitas berbelanja kepasar untuk memenuhi kebutuhan dagang, sehingga memicu kelemahan fisik dan menjadi faktor kekambuhan nyeri pada klien

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Osteoarthritis

Observasi	Hasil Observasi	
	Responden I	Responden II
Keadaan umum	Kesadaran mentis	compos mentis
Tanda-Tanda Vital	130/90 mmHg, RR : 23 x/menit, Nadi :101x/menit, suhu :37°C,	20/80 mmHg, RR : 22x/menit Nadi 108x/menit Suhu : 37°C
Sistem pernapasan	Inspeksi: Tidak ada masalah Palpasi: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema Perkusi : Daerah paru vesikuler Auskultasi: Tidak ada bunyi wheezing pada saat inspirasi dan ekspirasi	Inspeksi: Tidak ada masalah Palpasi: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema Perkusi : Daerah paru vesikuler Auskultasi: Tidak ada bunyi wheezing pada saat inspirasi dan ekspirasi
Sistem kardiovaskuler	Inspeksi: tidak tampak retraksi dada,ictus tampak pada interkosta ke 5 Palpasi:bentuk dada simetris Perkusi: tidak ada nyeri tekan Auskultasi: suara jantung normal (Lup Dup) tidak terdapat suara jantung tambahan	Inspeksi: tidak tampak retraksi dada,ictus tampak pada interkosta ke 5 Palpasi:bentuk dada simetris Perkusi: tidak ada nyeri tekan Auskultasi: suara jantung normal (Lup Dup) tidak terdapat suara jantung tambahan
Sistem perkemihan	Inspeksi: Karakteristik urine/BAK jernih, tidak terpasang kateter, bau khas amoniak Palpasi: Tidak terdapat nyeri pada daerah pubica	Inspeksi: Karakteristik urine/BAK jernih, tidak terpasang kateter, bau khas amoniak Palpasi: Tidak terdapat nyeri pada daerah pubica
Sistem pencernaan	Inspeksi: Tidak ada lesi Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran kiri atas	Inspeksi: Tidak ada lesi Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran kiri atas

	Perkusi: Suara abdomen tympani Auskultasi: Peristaltik usus 10x/ Menit	Perkusi: Suara abdomen tympani Auskultasi: Peristaltik usus 10x/ Menit
{ Sistem integumen	Inspeksi: Turgor kulit baik, tidak ada sianosis/anemis, si:nyeri tekan patella dextra	Inspeksi: Turgor kulit baik, tidak ada sianosis/anemis, Palpasi:nyeri tekan patella sinistra
^ Sistem muskuloskeletal	Inspeksi: Ekstremitas atas normal, tidak ada lesi, simetris kiri dan kanan, Eksremitas kanan bawah warna kulit kemerahan, bengkak. Palpasi : teraba panas didaerah patella dextra, terdapat pembengkakan,	Inspeksi: Ekstremitas atas normal, tidak ada lesi, simetris kiri dan kanan, Eksremitas kiri bawah warna kulit kemerahan, bengkak. Palpasi : teraba panas didaerah patella sinistra, terdapat pembengkakan
{ Sistem endokrin	Inspeksi: Tidak ada lesi pada kelenjar tiroid Palpasi: Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar tiroid	Inspeksi: Tidak ada lesi pada kelenjar tiroid Palpasi: Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar tiroid

3) Pola aktifitas Sehari-hari

Tabel 4.4 tabel aktivitas sehari-hari Responden 1

No	Pola sehari-hari	Sebelum sakit	Selama sakit
1	Pola nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi dan lauk	Nasi dan lauk
	b. Jumlah/porsi	1-2 porsi	1 porsi
	c. Jadwal	3x sehari (pagi, siang, malam)	2x sehari (pagi, siang)
	d. Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan
2	Minum		
	a. Jenis minuman	Air putih	Air putih
	b. Jumlah	8 gelas/hari	5 gelas/hari
	c. Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan pola

			minum
3	BAB		
	a. Frekuensi	1x sehari	1x sehari
	b. Konsistensi	Lunak warna kuning dan berbau khas	Lunak warna kuning dan berbau khas
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4	h jam tidur		
	a. Siang	1 jam	2 jam
	b. Malam	6 jam	5jam
	c. Masalah	Tidak ada keluhan	Kurang nyenyak
5	nal hygen		
	a. Mandi	2x sehari	1x sehari
	b. Gosok gigi	2x sehari	2x sehari
	c. Kuku	Pendek dan bersih	Pendek dan bersih
	d. Rambut	Sebagian berwarna putih dan panjang dan bersih	Berwarna hitam ,panjang dan bersih
	e. Pakaian	Rapi dan bersih	Rapi dan bersih
	f. Tempat tidur	Bersih dan rapi	Bersih dan rapi
	g. Aktivitas	Mandiri	Mandiri
	h. Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan pada pola mandi

Table 4.5 aktivitas sehari-hari Responden 2

No	Pola sehari-hari		
1	Pola nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi dan lauk	Nasi dan lauk
	b. Jumlah/porsi	1-3 porsi	1-2 porsi
	c. Jadwal	3x sehari (pagi, siang, malam)	2x sehari (pagi, siang)
	d. Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan

2	Minum		
a.	Jenis minuman	Air putih	Air putih
b.	Jumlah	8 gelas/hari	5-6 gelas/hari
c.	Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan
3	BAB		
a.	Frekuensi	1x sehari	1x sehari
b.	Konsistensi	Lunak	Lunak
c.	Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4	Jumlah jam tidur		
a.	Siang	1 jam setengah	3 jam
b.	Malam	8 jam	8 jam
c.	Masalah	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
5	Personal hygen		
a.	Mandi	2x sehari	2x sehari
b.	Gosok gigi	2 kali	2 kali
c.	Kuku	Pendek dan bersih	Pendek dan bersih
d.	Rambut	Bersih	Tampak kusut
e.	Pakaian	Rapi	Rapi
f.	Tempat tidur	Rapi	Rapi
g.	Aktivitas	Mandiri	Mandiri
h.	Masalah	Tidak ada	Mengalami penurunan mandi dan aktivitas

Dari Hasil pengkajian pola aktivitas sehari-hari didapatkan bahwa kedua responden mengalami penurunan perubahan jumlah makan dan minum, Pada pola istirahat siang dan malam kedua responden juga berubah pada pola personal hygiene mengalami keterhambatan pada mandi.

b. Rumusan Diagnosa

1) Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data Klien dengan Osteoarthritis

No	Data	Etiologi	Masalah
Responden 1			
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri kaki di bagian lutut sebelah kanan - Klien mengataa sudah mengkonsumsi obat anti inflamasi dari puskesmas tapi nyeri masih terasa - Klien mengatakan nyeri dan mudah lelah setelah banyak beraktifitas - Klien mengatakan nyeri ditusuk-tusuk dan nyeri terasa terus menerus pada pagi hari - Klien mengatakan sering makan-makanan jeroan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri 6 - TD : 130/90 mmHg Nadi : 108x/menit Suhu : 37,2°C RR : 23x/menit - pada lutut teraba panas - Daerah nyeri tampak kemerahan 	<p>Deformitas sendi</p> <p>↓</p> <p>Adanya reaksi peradangan (nyeri, merah dan panas)</p> <p>↓</p> <p>Distruksi jaringan sendi</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator kimia (bradikinin)</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut

dan terasa panas dan terdapat pembengkakan

Responden 2

1.	DS:	Deformitas sendi	Nyeri akut
	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di bagian lutut sebelah kiri - Klien mengataan sudah mengkonsumsi obat anti inflamasi dari puskesmas tapi nyeri masih terasa - Klien mengatakan nyeri terasa berdenyut-denyut dan nyeri terasa hilang timbul terutama pad cuaca dingin - Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas - Klien mengatakan nyeri bertambah pada saat klien mengkonsumsi makanan siput, daging, sayur bayam 	<p>↓</p> <p>Adanya reaksi peradangan (nyeri, merah dan panas)</p> <p>↓</p> <p>Distruksi jaringan sendi</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator kimia (bradikinin)</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisa - Skala nyeri 5 - TD: 120/80 mmHg Nadi: 105x/menit Suhu: 37.0°C RR: 23x/menit - pada lutut teraba 		

		panas dan bengkak	
	-	Daerah nyeri tampak kemerahan	
Responden 1			
2	DS:	Deformitas sendi, reaksi arthritis inflamasi	Intoleransi Aktivitas
	-	Klien mengeluh lemah setelah melakukan beraktivitas	
		↓	
		Distruksi jaringan sendi	
	-	Klien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi terganggu akibat nyeri	
		↓	
		Reaksi peradangan	
		↓	
	DO:	Imflamasi kartilago	
	-	Klien tampak lemah	
	-	Frekuensi nadi meningkat	
	-	TD: 130/80 mmHg	
		Nadi: 108x/menit	
		Suhu: 37.0°C	
		RR: 23x/menit	
		↓	
		Kelemahan Fisik	
		↓	
		Intoleransi Aktivitas	
Responden 2			
2.	DS:	Deformitas sendi, reaksi arthritis inflamasi	Intoleransi Aktivitas
	-	Klien mengatakan mudah lemah	
	-	Klien mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	
		↓	
		Distruksi jaringan sendi	
		↓	
		Reaksi peradangan	
		↓	
	DO:	Imflamasi kartilago	
	-	Klien tampak lemah dan gelisa	
	-	Frekuensi nadi meningkat	
	-	TD: 120/80 mmHg	
		Nadi: 105x/menit	
		Suhu: 37.0°C	
		RR: 23x/menit	
		↓	
		Kelemahan Fisik	
		↓	
		Intoleransi Aktivitas	

2) Diagnosa Keperawatan

a) Responden 1

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak

b) Responden 2

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisah dan frekuensi nadi meningkat
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Responden 1			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Klien tidak meringis 3. Klien tidak gelisah 4. Kesulitan tidur menurun	Intervensi Utama: Intervensi utaman : Manajemen nyeri Tindakan: Observasi 10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 11. Identifikasi skala nyeri 12. Identifikasi respons nyeri non verbal 13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 18. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 6. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. fasilitasi istirahat dan tidur

-
8. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

6. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
7. jelaskan strategi meredakan nyeri
8. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
9. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
10. ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi pendukung : Kompres hangat

Tindakan :

Observasi

5. Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
6. Identifikasi kondisi kulit yang akan di lakukan kompres hangat
7. Periksa suhu kompres hangat
8. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

Terapeutik

6. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kantong plastik tahan air, botol air panas, bantal pemanasan listrik)
 7. Pilih lokasi kompres
 8. Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu
-

			9. Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera	
			10. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi	
			Edukasi	
			4. Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas	
			5. Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pembertahuan sebelumnya	
			6. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.	
2.	Intoleransi berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak.	Aktivitas dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat aktivitas dapat meningkat	Manajemen Energi Tindakan
			Dengan kriteria hasil:	Observasi
			1. Frekuensi nadi meningkat	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
			2. Keluhan lelah menurun	2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
			3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat	3. Monitor pola dan jam tidur
			4. kecepatan berjalan meningkat	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
				Terapeutik
				1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, konjungtiva)
				2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
				3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
				4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baraing
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Responden 2

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisah dan frekuensi nadi meningkat.</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Klien tidak meringis 3. Klien tidak gelisah 4. Kesulitan tidur menurun | <p>Intervensi Utama
Manajemen nyeri
Tindakan:
Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

sudah diberikan

9. Monitor efek samping menggunakan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
3. fasilitasi istirahat dan tidur
4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. jelaskan strategi meredakan nyeri
3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi Pendukung : Kompres hangat

Tindakan : Observasi

1. Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan di lakukan kompres hangat
 3. Periksa suhu kompres hangat
 4. Monitor iritasi kulit
 5. atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama
-

				<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis. kantong plastik tahan air, botol air panas, bantal pemanasan listrik) 2. Pilih lokasi kompres 3. Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu 4. Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera 5. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas 2. Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pembertahuan sebelumnya 3. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.
2.	Intoleransi berhubungan dengan kelemahan klien mengeluh dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.	Aktivitas dengan ditandai dengan mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat aktivitas dapat meningkat Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

4. kecepatan berjalan
meningkat

(mis. cahaya, suara, konjungtiva)

2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baraing
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

d. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis

No	Waktu pelaksanaan	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon hasil	Evaluasi formatif
Responden 1					
1.	Hari ke-1 01 Mei 2021 08:00-09:00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan frekuensi nadi meningkat	Observasi 1. Melakukan pengkajian PQRST 2. Melakukan identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 3. Mengkaji faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan lembar observasi	Observasi 1. Pasien tampak menunjukkan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kanan, nyeri terasa tertusuk-tusuk, nyerinya sering terjadi setelah banyak beraktivitas, skala nyeri 6 2. Klien tampak meringis dan sesekali terhenti saat bicara karena menahan nyerinya 3. Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca panas, dan klien	S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan, (Q) nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk dan terasa panas, kemerahan dan bengkak (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kanan, (S) skala nyeri 6, (T) nyeri di rasakan terus-menerus setelah banyak beraktivitas . Klien mengatakan merasa panas pada daerah lutut nya setelah di beri kompres air hangat dan hal itu mengurangi rasa nyerinya tetapi setelah rasa panas itu hilangm

	tampak mengatakan saat sedang nyeri ia tidak mau mendengarkan suara bising karena memperberat rasa nyerinya.	nyeri nya kembali lagi. O: Klien tampak meringis dan memegang bagian yang nyeri, pada lutut teraba panas pencahayaannya cukup, lingkungan nyaman, TD:130/90 mmHg N:108x/menit P:23/menit S:37.°C A: Masalah belum teratasi P:Intervensi di lanjutkan I: lanjutkan pemberian terapi nonfarmakologi (kompres air hangat) E: Nyeri sedikit berkurang sklala nyeri 6(sedang) R: Tidak ada revisi
Terapeutik	Terapeutik	
1. Memberikan terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air hangat)	1. Setelah 15 menit klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya agak berkurang tetapi setelah panasnya hilang nyeri nya kembali lagi	
2. air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C	2. Lingkungan nyaman, pencahayaannya cukup	
3. Tempatkan handuk pada wadah air hangat	3. Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika panas air hangat sudah hilang	
4. Ambil handuk di wadah air hangat lalu kompreskan selama 2 menit diamkan lalu ulangkan kembali,		

			<p>lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengatur suhu ruangan</p> <p>6. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat)</p>		
2.	Hari ke-1 01 Mei 2021 09:00-10:00 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan monitor kelelahan fisik dan emosional Melakukan monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan lingkungan nyaman Memfasilitasi 	<p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri Pola dan jam tidur klien berubah semenjak saki <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga klien menyediakan 	<p>S: Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan klien kesulitan untuk melakukan aktivitas</p> <p>O: Klien tampak lemah TD: 130/890 mmHg N: 108 x/ Menit RR: 23 x/Menit S: 37.0°C</p> <p>A: Masalah belum</p>

		istirahat	lingkungan yang teratasi nyaman saat klien istirahat dan membatasi kunjungan	2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	P: Intervensi di lanjutkan I: Lanjutkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Klien tampak lemah dan lesu R: Tidak ada revisi
			Edukasi	Edukasi	
			1. Menganjurkan klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya	1. Klien mengatakan mengurangi aktivitasnya	
			2. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap	2. Aktivitas klien dilakukan secara bertahap	
1.	Hari ke-2 02 Mei 2021 08:00-09:00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan frekuensi nadi meningkat	Observasi 1. Melakukan pengkajian PQRST kembali 2. Melakukan kembaliidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas	Observasi 1. Pasien tampak menunjukan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kanan, nyeri terasa tertusuk-tusuk tapi tidak separah hari pertama,	S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan sedikit berkurang, (Q) nyeri yang di rasakan seperti tertusuk dan terasa panas, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut

	<p>hidup</p> <p>3. Mengkaji kembali faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan lembar observasi</p>	<p>nyerinya sering terjadi pada saat beraktivitas terlalu banyak, skala nyeri 5</p> <p>2. Klien tampak tidak terlalu meringis seperti hari pertama dan sesekali terhenti saat bicara karena menahan nyerinya</p> <p>3. Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca panas, dan klien tampak mengatakan saat sedang nyeri ia tidak mau mendengarkan suara bising karena memperberat rasa nyerinya.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memberikan</p>	<p>bagian kanan, (S) skala nyeri 5 (nyeri sedang), (T) nyeri di rasakan terus-menerus terutama pada saat beraktivitas terlalu lama. Klien mengatakan merasa panas pada daerah lututnya setelah di berikan kompres air hangat dan hal itu mengurangi rasa nyerinya tetapi setelah rasa panas itu hilang nyerinya kembali lagi.</p> <p>O: Klien tampak meringis dan memegang bagian yang nyeri. pada lutut teraba panas pencahayaan cukup, lingkungan nyaman, TD:130/80 mmHg N:101x/menit P:22/menit S:37.°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi di lanjutkan</p> <p>I: lanjutkan pemberian terapi nonfarmakologi</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>kembali terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air hangat)</p> <p>2. air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C</p> <p>3. Tempatkan handuk pada wadah air hangat</p> <p>4. Ambil handuk di wadah air hangat lalu kompreskan selama 2 menit diamkan lalu ulangkan kembali , lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya</p> <p>5. Mengontrol kembali lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara</p>	<p>klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya agak berkurang tetapi setelah panasnya hilang nyeri nya kembali lagi</p> <p>2. Lingkungan nyaman, pencahayaan cukup,</p> <p>3. Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika panas air hangat sudah hilang</p>	<p>(kompres air hangat)</p> <p>E: Nyeri sedikit berkurang sklala nyeri 6(sedang)</p> <p>R: Tidak ada revisi</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				mengatur suhu ruangan		
				1. Memonitor kembali keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat)		
2.	Hari k-2 02 Mei 2021 10:00-11:00	Intoleransi berhubungan dengan kelemahan dengan klien tampak lemah dan mengeluh nyeri saat bergerak	Aktivitas ditandai dengan klien tampak mengeluh	Observasi 1. Melakukan kembali monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Melakukan kembali monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman 2. Memfasilitasi istirahat	Obeservasi 1. Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri 2. Pola dan jam tidur klien berubah semenjak sakit Terapeutik 1. Keluarga klien menyediakan lingkungan yang nyaman saat istirahat dan membatasi	S:Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan klien kesulitan untuk melakukan aktivitas O: Klien masih tampak lemah namun tidak terlalu parah TD: 130/80mmHg N: 98 x/ Menit RR: 22 x/Menit S: 37 ⁰ C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan I: Lanjutkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Klien tampak lemah dan

				kunjungan 2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	lesu R: Tidak ada revisi
			Edukasi 1. Menganjurkan kembali klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya 2. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap	Edukasi 1. Klien mengatakan mengurangi aktivitas nya 2. Aktivitas klien di lakukan secara bertahap	
1.	Hari k-3 03 Mei 2021 07:00-08:00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Observasi 1. Melakukan pengkajian PQRST kembali 2. Melakukan kembali identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 3. Mengkaji kembali faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan	Observasi 1. Pasien menunjukan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kanan sudah terasa tidak nyeri lagi, nyeri tertusuk-tusuk sudah mulai hilang, nyeri yang sering terjadi pada pagi hari saat bangun tidur sudah menurun, skala nyeri 2 2. Klien tampak tidak	S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan sudah berkurang, (Q) nyeri yang di rasakan seperti tertusuk dan terasa panas sudah mulai tidak terasa lagi, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kanan, (S) skala nyeri 2 (nyeri ringan), (T) nyeri yang terus-menerus, sudah mulai hilang, klien mengatakan setelah di berikan kompres air

<p>lembar observasi</p>	<p>meringis dan</p> <p>3. Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca panas.</p>	<p>hangat nyerinya semakin berkurang</p> <p>O: Klien tampak sudah tidak meringis, dan tampak lebih bergairah, dan tampak lebih rileks.</p> <p>TD:120/90 mmHg</p> <p>N:90x/menit P:23/menit</p> <p>S:36.8°C</p>
<p>Terapeutik</p> <p>1. Memberikan kembali terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air hangat)</p> <p>2. air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C</p> <p>3. Tempatkan handuk pada wadah air hangat</p> <p>4. Ambil handuk di wadah air hangat</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Setelah 15 menit klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya berkurang.</p> <p>2. Likungan nyaman, pencahayaan cukup,</p> <p>3. Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika panas air hangat sudah hilang</p>	<p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi di hentikan</p> <p>I: manajemen nyeri teratasi</p> <p>E: Nyeri 2 (skala ringan)</p> <p>R: Tidak ada</p>

-
- lalu kompreskan selama 2 menit diamkan lalu ulangkan kembali, lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya
5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengatur suhu ruangan
 6. Memonitor kembali keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat
-

2. Hari k-3 03 Mei 2021-08-13 10:00-11:00 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak.	Observasi 1. Melakukan monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Melakukan monitor pola dan jam tidur	Obeservasi 1. Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri sudah berkurang 2. Pola dan jam tidur klien sudah mulai normal ke sebelum sakit	S:klien mengatakan sudah rileks dan nyaman saat beraktivitas dan sudah mampu beraktivitas O: Klien tampak sudah tidak lemah, klien tampak tenang dan lebih bergairah, ttv sudah kembali normal TD: 120/90 mmHg N: 90 x/ Menit RR: 22 x/Menit S: 36,5 ⁰ C A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan I: manajemen energy teratasi secara bertahap E: lemah dan lesu klien sudah terlihat mulai berkurang R: Tidak ada revisi
		Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman 2. Memfasilitasi istirahat	Terapeutik 1. Keluarga klien menyediakan lingkungan yang nyaman saat klien istirahat dan membatasi kunjungan 2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	
		Edukasi 1. Menganjurkan klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya 2. Menganjurkan klien melakukan	Edukasi 1. Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitas secara bertahap	

		aktivitas	secara		
		bertahap			
Responden 2					
1.	Hari ke-1 01Mei 2021 10.11-12.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisa dan frekuensi nadi meningkat	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian PQRST Melakukan identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Mengkaji faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan lembar observasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air hangat) 1) air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak menunjukan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kiri, nyeri terasa berdenyut-denyut, nyerinya sering terjadi pada pagi hari setelah beraktivitas, skala nyeri 5 Klien tampak gelisa dan sesekali terhenti saat bicara karena menahan nyerinya Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca panas, dan klien tampak mengatakan saat sedang nyeri ia 	<p>S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kiri, (Q) nyeri yang di rasakan seperti berdenyut-denyut dan terasa panas, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kiri, (S) skala nyeri 5(nyeri sedang), (T) nyeri di rasakan hilang timbul terutama saat klien beraktivitas. Klien mengatakan merasa panas pada daerah lutut nya, setelah di beri kompres air hangat dan hal itu mengurangi rasa nyerinya tetapi setelah rasa panas itu hilangm nyeri nya kembali la</p> <p>O: Klien tampak gelisa dan memegang bagian yang nyeri, lutut teraba panas pencahayaan cukup,</p>

<p>2) Tempatkan handuk pada wadah air hangat</p> <p>3) Ambil handuk di wadah air hangat lalu kompreskan selama 2 menit di amkan lalu ulangkan kembali , lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya</p> <p>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengatur suhu ruangan</p> <p>3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat)</p>	<p>tidak mau mendengarkan suara bising karena memperberat rasa nyerinya.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Setelah 15 menit klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya agak berkurang tetapi setelah panasnya hilang nyeri nya kembali lagi</p> <p>2. Lingkungan nyaman, pencahayaan cukup</p> <p>3. Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika panas air hangat sudah hilang</p>	<p>lingkungan nyaman, TD:120/80 mmHg N:105x/menit P:23/menit S:37.°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan I: lanjutkan pemberian terapi nonfarmakologi (kompres air hangat) E: Nyeri sedikit berkurang sklala nyeri 6(sedang) R: Tidak ada revisi</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Hari ke-1 01 Mei 2021 11:00-12:00 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	Observasi 1. Melakukan monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Melakukan monitor pola dan jam tidur	Observasi 1. Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri 2. Pola dan jam tidur klien berubah semenjak sakit	S: Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan klien kesulitan untuk melakukan aktivitas O: Klien masih tampak mudah lelah TD: 180/890 mmHg N: 108 x/ Menit RR: 23 x/Menit S: 37.0°C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan I: Lanjutkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Klien tampak lemah dan lesu R: Tidak ada revisi
		Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman 2. Memfasilitasi istirahat	Terapeutik 1. Keluarga klien menyediakan lingkungan yang nyaman saat klien istirahat dan membatasi kunjungan 2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	
		Edukasi 1. Menganjurkan klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya 2. Menganjurkan	Edukasi 1. Klien mengatakan mengurangi aktivitas nya 2. Aktivitas klien di lakukan secara bertahap	

			klien melakukan aktivitas secara bertahap		
1	Hari k-2 02 Mei 2021 10:00-11:00 2IB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisah dan frekuensi nadi meningkat	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian PQRST kembali Melakukan kembali identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Mengkaji kembali faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan lembar observasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan kembali terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak menunjukkan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kiri, nyeri terasa berdenyut-denyut tapi tidak separah hari pertama, nyerinya sering terjadi pada saat beraktivitas, skala nyeri 4 Klien tampak tidak terlalu meringis seperti hari pertama dan sesekali terhenti saat bicara karena menahan nyerinya Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca 	<p>: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan sedikit berkurang, (Q) nyeri yang di rasakan seperti tertusuk jarum dan terasa panas juga mulau berkurang, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kiri, (S) skala nyeri 4 (nyeri sedang), (T) nyeri di rasakan terus-menerus terutama pada saat beraktivitas terlalu lama. Klien mengatakan merasa panas pada daerah lututnya setelah di beri kompres air hangat dan hal itu mengurangi rasa nyeri, ttv sudah mulai menurun</p> <p>O: Klien tampak gelisah dan memegang bagian yang nyeri, pada lutut teraba</p>

hangat)	panas, dan klien	panas penvahaya
a. air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C	tampak mengatakan saat sedang nyeri ia tidak mau	cukup, lingkungan nyaman, TD:120/80 mmHg N:98x/menit
b. Tempatkan handuk pada wadah air hangat	mendengarkan suara bising karena memperberat rasa nyerinya.	P:23/menit S:37.°C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan
c. Ambil handuk di wadah air hangat lalu kompreskan selama 2 menit diamkan lalu ulangkan kembali , lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya	Terapeutik 1. Setelah 15 menit klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya agak berkurang tetapi setelah panasnya hilang nyeri nya kembali lagi	I: lanjutkan pemberian terapi nonfarmakologi (kompres air hangat) E: Nyeri sedikit berkurang sklala nyeri 4(sedang) R: Tidak ada revisi
2. Mengontrol kembali lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengatur suhu ruangan	2. Lingkungan nyaman, pencahayaan cukup, Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika	
3. Memonitor	panas air hangat	

			kembali keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat)	sudah hilang	
2.	Hari ke-2 04 Mei 2021 11:00-12:00 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.	Observasi 1. Melakukan kembali monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Melakukan kembali monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman 2. Memfasilitasi istirahat	Obeservasi 1. Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri 2. Pola dan jam tidur klien berubah semenjak sakit Terapeutik 1. Keluarga klien menyediakan lingkungan yang nyaman saat klien istirahat dan membatasi kunjungan 2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	S:Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan klien kesulitan untuk melakukan aktivitas O: Klien masih tampak lemah namun tidak terlalu parah TD: 120/80mmHg N: 98 x/ Menit RR: 22 x/Menit S: 37 ⁰ C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan I: Lanjutkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Klien tampak lemah dan lesu R: Tidak ada revisi

		Edukasi	Edukasi		
		1. Menganjurkan kembali klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya	1. Klien mengatakan mengurangi Aktivitas klien di lakukan secara bertahap		
		2. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap			
1.	Hari ke-3 03 Mei 2021 12:00-13:00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisa dan frekuensi nadi meningkat	Observasi 1. Melakukan pengkajian PQRST kembali 2. Melakukan kembali identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 3. Mengkaji kembali faktor yang memperberat dan memperiingan nyeri dengan lembar observasi	Observasi 1. Pasien menunjukkan lokasi nyeri berada di lutut sebelah kiri sudah terasa tidak nyeri lagi, nyeri berdenyut-denyut sudah mulai hilang, nyeri yang sering terjadi pada pagi hari saat beraktivitas sudah menurun, skala nyeri 2 2. Klien tampak meringis dan sesekali terhenti saat bicara karena	S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kiri sudah berkurang, (Q) nyeri yang di rasakan seperti berdenyut dan terasa panas sudah mulai tidak terasa lagi, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kiri, (S) skala nyeri 2 (nyeri ringan), (T) nyeri yang terus-menerus, sudah mulai hilang, klien mengatakan setelah di berikan kompres air hangat nyeri nya semakin berkurang

Terapeutik

1. Memberikan kembali terapi tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (pemberian kompres air hangat)
2. air hangat 100 gram dengan suhu 40-46°C
3. Tempatkan handuk pada wadah air hangat
4. Ambil handuk di wadah air hangat lalu kompreskan selama 2 menit di amkan lalu ulangkan kembali , lakukan pengompresan selama 15 menit/harinya
5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa

menahan nyerinya

3. Klien tampak menyebutkan faktor yang memperberat nyerinya yaitu saat cuaca dingin dan faktor memperingannya yaitu saat cuaca panas, dan klien tampak mengatakan saat sedang nyeri ia tidak mau mendengarkan suara bising karena memperberat rasa nyerinya.

Terapeutik

1. Setelah 15 menit klien mengatakan panas daerah yang di berikan kompres air hangat dan membuat nyerinya agak berkurang tetapi setelah panasnya hilang nyeri nya kembali lagi

O: Klien tampak sudah tidak gelisa, dan tampak lebih bergairah dan lebih rileks, pencahayaan cukup, lingkungan nyaman, ttv sudah mulai normal TD:120/90 mmHg N:90x/menit P:23/menit S:36.8°C

A: Masalaha teratasi

P: Intervensi di hentikan

I: manajemen nyeri berhasil

E: Nyeri 2(skala ringan)

R: Tidak ada

			nyeri dengan cara mengatur suhu ruangan	2. Lingkungan nyaman, pencahayaan cukup, Nyeri klien berkurang setelah di berikan kompres air hangat tetapi nyeri kembali lagi jika panas air hangat sudah hilang	
			6. Memonitor kembali keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan (pemberian kompres air hangat		
2.	Hari ke-3 03 Mei 2021 11:00-12:00 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.	Observasi 1. Melakukan monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Melakukan monitor pola dan jam tidur	Obeservasi 1. Kelelahan fisik disebabkan karena nyeri 2. Pola dan jam tidur klien sudah mulai normal ke sebelum sakit	S:Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang saat bergerak dan klien sudah tidak terlalu kesulitan untuk melakukan aktivitas O: Klientampak sudah tidak lelah, klien tampak tenang rileks dan lebih bergairah, ttv sudah kembali normal TD: 120/80 mmHg N: 90 x/ Menit RR: 22 x/ Menit S: 36,5 ⁰ C A: Masalah teratasi
			Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman 2. Memfasilitasi istirahat	Terapeutik 1. Keluarga klien menyediakan lingkungan yang nyaman saat klien istirahat dan membatasi kunjungan	

	2. Keluarga memfasilitasi istirahat dan tidur klien	P: Intervensi dihentikan I: intervensi manajemen energy E: lemah dan lesu klien sudah terlihat mulai berkurang R: Tidak ada revisi
Edukasi	Edukasi	
1. Menganjurkan klien untuk istirahat lebih banyak lagi dari biasanya	Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitas secara bertahap	
2. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap		

e. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan Klien dengan Osteoarthritis

No	Diagnosa	Evaluasi sumatif
Responden 1		
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis	<p>S: (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan, (Q) nyeri yang di rasakan seperti tertusuk dan terasa panas sudah berkurang, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kanan sudah mulai tidak di rasakan lagi, (S) skala nyeri 2(nyeri ringan), (T) nyeri di rasakan terus-menerus terutama setelah beraktivitas. Klien mengatakan setelah di berikan kompres air hangat nyeri nya semakin berkurang dan hampir tidak terasa lagi.</p> <p>O: Klien sudah tampak tidak meringis dan terlihat lebih tenang dan rileks. pencahayaan cukup, lingkungan nyaman, TD:120/90 mmHg N:90x/menit P:23/menit S:36.5°C</p> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi di hentikan</p>
2.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak	<p>S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak dan klien tidak kesulitan untuk melakukan aktivitas</p> <p>O: Klientampak tidak lemah , klien tampak lebih bergairah, ttv sudah kembali normal TD: 120/90 mmHg N: 90 x/ Menit RR: 23 x/Menit S: 36,5°C</p> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi di hentikan</p>
Responden 2		
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisa dan frekuensi	<p>S: : (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kiri, (Q) nyeri yang di rasakan seperti berdenyut-denyut dan terasa panas sudah berkurang, (R) nyeri</p>

nadi meningkat	<p>di rasakan sekitar lutut bagian kiri sudah mulai tidak di rasakan lagi, (S) skala nyeri 2 (nyeri ringan), (T) nyeri di rasakan terus-menerus terutama pada pagi hari saat terlalu lama beraktivitas. Klien mengatakan setelah di berikan kompres air hangat nyeri nya semakin berkurang dan hampir tidak terasa lagi.</p> <p>O: Klien sudah tampak tidak gelisa lagi, klien terlihat lebih tenang. pencahayaan cukup, lingkungan nyaman, TD:120/90 mmHg N:90x/menit P:22/menit S:36.5°C</p> <p>A: Masalah teratasi P:Intervensi di hentikan</p>
<p>2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p>	<p>S: : (P) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kiri(Q) nyeri yang di rasakan seperti berdenyut-denyut dan terasa panas sudah berkurang, (R) nyeri di rasakan sekitar lutut bagian kiri sudah mulai tidak di rasakan lagi, (S) skala nyeri 2 (nyeri ringan), (T) nyeri di rasakan hilang timbul terutama setelah terlalu lama beraktivitas dan cuaca dingin. Klien mengatakan setelah di berikan kompres air hangat nyeri nya semakin berkurang dan hampir tidak terasa lagi.</p> <p>O: Klien sudah tampak tidak gelisa lagi, klien terlihat lebih tenang. pencahayaan cukup, lingkungan nyaman, TD:120/90 mmHg N:90x/menit P:22/menit S:36.5°C</p> <p>A: Masalah teratasi P:Intervensi di hentikan</p>

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012)

Dari pengkajian subjek I tanggal 01 Mei 2021 dan subjek II pada tanggal 01 Mei 2021 didapatkan data keluhan utama pada Tn. A gejala yang dirasakan adalah nyeri pada persendian lutut bagian kanan, klien merasa aktivitas sehari-hari menjadi terganggu akibat nyeri pada Ny.B mengeluh nyeri pada kaki terutama daerah lutut bagian kiri, klien merasa tidak nyaman dan mudah lelah setelah beraktivitas. Nyeri terasa pada saat cuaca dingin, teraba panas di daerah persendian yang mengalami nyeri. Hasil pengkajian ini sesuai dengan konsep teori, (Amin & Hardi, 2016). Bahwa pada nyeri osteoarthritis terasa setelah terlalu lama atau terlalu banyak melakukan aktivitas, nyeri juga timbul pada pagi hari karena cuaca dingin, timbul kekakuan, rasa nyeri ringan sampai dengan berat, panas, kemerahan. Dimana nyeri ini terjadi akibat adanya proses inflamasi dan penyakit osteoarthritis juga sering terjadi pada daerah persendian yang paling sering terkena adalah sendi jari tangan, sendi lutut, pinggul dan tulang punggung yang biasanya bersifat bilateral/simetris hal ini terjadi akibat ketidakstabilan sendi tendon/ligamen.

Dari hasil pengkajian awal yang dilakukan pada responden 1 tanggal 01 Mei 2021 data bahwa keluhan utama Tn.A mengeluh nyeri sendi pada lutut bagian kanan sejak 4 hari yang lalu disertai meringis dan lemah. Dilakukan pengkajian PRQRST: P (*Provokatif/Palitatif*): Klien mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas, Q(*Quality of Pain*): Klien mengatakan nyeri nya seperti ditusuk-tusuk, R(*Region*): Klien mengatakan nyeri nya di lutut bagian kanan, dan kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari S(*Scale of Pain*): Klien mengatakan skala nyeri yang

dialaminya 6 T(*Time*): Klien mengatakannya nyeri yang di rasakan terus-menerus terutama setelah beraktivitas. Dari pemeriksaan fisik Tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 108x/ menit, Pernapasan: 23x/ menit, Suhu: 37,50°C. Pada responden ke 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 01 Mei 2021 didapatkan data keluhan utama Ny. B mengeluh nyeri sendi pada bagian kiri, lemah. Dilakukan pengkajian PQRST: P (*Provokatif/palitatif*): Klien mengatakan mudah lelah karena nyeri saat beraktivitas, Q(*Quality of Pain*): Klien mengatakan nyeri nya seperti berdenyut-denyut, R(*Region*): Klien mengatakan nyeri nya di lutut bagian kiri S(*Scale of Pain*): Klien mengatakan skala nyeri yang dialaminya 5(nyeri sedang), T (*Time*): Klien mengatakan nyeri hilang timbul. Dari pemeriksaan fisik didapatkan data Tekanan Darah: 120/80 mmHg, Nadi: 105x/ menit, Pernapasan: 23x/menit, Suhu: 37^o.0 C.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang di inginkan (Rohman dan Walid, 2012) Berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian pada kasus di temukan 2 diagnosa pada Responden 1 terdapat diagnosa 1 yaitu (1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis (2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak, sedangkan diagnosa pada responden 2 terdapat (1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisa dan frekuensi nadi meningkat (2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

Ketiga diagnosa tersebut sesuai dengan diagnosa yang mungkin muncul sesuai dengan SDKI (2017) tetapi ada dua diagnosa yang ada pada

teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan citra tubuh, hal ini terjadi karena tidak di temukan data yang mendukung untuk di tegakkannya diagnosa tersebut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang dipragai oleh perawat, dokter atau intervensi kolaboratif. Intervensi keperawatan yang dapat digunakan berdasarkan teori yaitu, terapi nonfarmakologi yaitu pemberian kompres hangat. (Nurarif, 2015)

Intervensi keperawatan yang di rencanakan pada responden 1 dan 2 adalah, manajemen nyeri, dan manajemen energi. Terapi nonfarmakologi yang di gunakan pada kedua responden adalah kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau menghilangkan nyeri dan mencegah terjadinya spasme otot. (Andormoyo, 2013)

Adapun intervensi yang dilakukan pada hasil pengkajian yaitu memfokuskan pada tindakan keperawatan, melakukan kompres hangat, dimana tujuan dari pemberian terapi kompres hangat untuk menghilangkan nyeri, membuat otot-otot rileks dan memperlancar aliran darah dan memberikan kehangatan bagi klien.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada kedua responden 1 dan 2 sama. intervensi yang di lakukan adalah manajemen nyeri, dan manajemen energi. tentunya persamaan tersebut berasal dari hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan sesuai standar intervensi keperawatan indonesia.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2013).

Perawat dapat melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi nyeri pada pasien osteoarthritis. Tindakan tersebut adalah tindakan nonfarmakologi yang dilakukan adalah intervensi utama. Penanganan nyeri pada Tn.A dan Ny. B dengan pengobatan non farmakologi kompres hangat. Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dengan rencana tindakan keperawatan berdasarkan teori yang ada di standar intervensi keperawatan Indonesia.

Pada tanggal 01 Mei sampai 3 Mei 2021 dilakukan tindakan pada responden pertama dan kedua yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang di buat sebelumnya sehingga dapat tercapai sesuai dengan tujuan yaitu mengurangi atau menghilangkan nyeri pada pasien osteoarthritis. Pada responden 1 dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2 dan responden 2 dari skala nyeri 5 menjadi 2 penurunan skala nyeri tersebut terjadi karena pengaruh pemberian kompres hangat yang dapat memperlancar sirkulasi darah, mengurangi nyeri dan memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang hal ini sesuai dengan teori menurut Craven & Hiller (2013) bahwa kompres hangat memiliki fungsi memperbaiki sirkulasi, mencegah dan mengurangi nyeri. Dan dibuktikan juga dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Noorhidayah, (2013) mengatakan bahwa telah melakukan kompres hangat pada kelompok eksperimen besar dan terjadi penurunan skala nyeri dengan tingkat keberhasilan 91,2%.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada responden 1 dilakukan pada tanggal 3 Mei 2021 diperoleh hasil dimana masalah keperawatan nyeri akut pada Tn.A teratasi. Sedangkan pada responden 2 dilakukan keperawatan pada tanggal 3 Mei 2021 diperoleh hasil dimana masalah keperawatan nyeri akut pada Ny. B teratasi. Pada data subjektif Tn. A dan Ny. B mengatakan nyeri sudah semakin menurun dan berangsur tidak terasa lagi, hal ini di tegaskan kembali dengan data objektif yang di dapatkan dengan hasil Tn. A dan Ny. B tampak tidak meringis lagi, tidak gelisah, tampak tenang dan rileks, tanda-tanda vital sudah mulai normal. Dari hasil penelitian di

dapatkan hasil klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan berangsur tidak terasa lagi, terlihat dari ekspresi wajah tampak tenang dan tidak meringis lagi dilakukan dengan menggunakan kompres hangat, sesuai dengan manfaat dan tujuan dari kompres hangat, Menurut Craven & Hiller (2013) yang digunakan untuk menurunkan nyeri adalah kompres hangat, yaitu memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan handuk yang di rendam dalam baskom berisi air hangat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada responden 1 umur 60 tahun, didapatkan data subjektif dan objektif. Dari data subjektif responden 1 mengatakan nyeri pada lutut kanan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, terdapat skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus terutama pada pagi hari dan klien mengatakan susah untuk melakukan aktivitas dan mudah lelah dan merasa tidak nyaman serta klien mengatakan nyeri sering kambuh setelah makan-makanan jeroan. Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 101x/menit, pernafasan 23x/menit, suhu 37,5 C. Pada responden 2 umur 61 tahun didapatkan data subjektif dan objektif. Dari data subjektif klien mengatakan sakit kakai terutama lutut sebelah kiri, klien tampak gelisa kesakitan, skala nyeri 5 , nyeri seperti berenyut-denyut dan hilang timbul, klien mengatakan saat melakukan aktivitas mudah merasa lelah dan data objektif didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 110x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 37 C. responden 1 dan 2 mengatakan tidak mengetahui penyebab dari osteoarthritis, faktor-faktor yang bisa memperburuk osteoarthritis, dan cara penerapan kompres untuk menurunkan skala nyeri. 1

2. Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian dan analisa sata maka diperoleh diagnosa menurut PPNI, 2016, yaitu :

Diagnosa keperawatan yang ditegakan pada responden 1

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri dan tampak meringis
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien tampak lemah saat bergerak.

Pada responden 2 terdapat diagnosa

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak gelisa dan frekuensi nadi meningkat
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh mudah lelah dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa nyeri akut pada responden 1 dan 2 yaitu pengkajian PQRST, identifikasi pengetahuan tentang nyeri, monitor keberhasilan terapi yang diberikan (pemberian kompres hangat). Kolaborasi farmakologi obat Aspirin 3 x 1 dibantu dengan Terapi nonfarmakologi yaitu dengan pemberian kompres hangat yang dilakukan 1x sehari selama 3 hari dengan waktu 15 menit dengan jarak 2 menit. Pada diagnosa intoleransi aktivitas intervensi yang diberikan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sediakan lingkungan yang nyaman, anjurkan relaksasi nafas dalam, dan anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Adapun manfaat terapi kompres hangat yaitu untuk memperlancar sirkulasi, mengurangi nyeri dan memberi rasa hangat dan nyaman. sehingga dapat menurunkan skala nyeri dan lutut tidak nyeri lagi dan bisa teratasi. Sesuai dengan tujuan dari kriteria hasil bahwa selama 3 pemberian asuhan keperawatan, diharapkan nyeri berkurang, dan mudah untuk melakukan aktivitas dengan nyaman.

4. Implementasi Keperawatan

Respon hasil dari penatalaksanaan implementasi kompres hangat menunjukkan nyeri yang dialami klien mengalami penurunan setiap harinya, namun pada hari pertama belum ada perubahan terhadap skala nyeri, tetapi pada hari kedua sampai hari ketiga skala mengalami penurunan walaupun sedikit-sediki. Pada responden 1 klien mengatakan sudah mulai menghindari makanan seperti jeroan yang menimbulkan

kekambuhan, pada responden 2 klien sudah mulai menghindari makan kacang-kacangan yang dapat menimbulkan kekambuhan nyeri sendi. Sehingga pada responden 1 dan 2 mengalami keberhasilan karena didukung dengan pola makan yang baik dan menghindari makanan yang dapat menimbulkan kekambuhan. Pada responden 1 skala nyeri yang awalnya skala 6 menjadi skala 2 dan responden 2 dari skala nyeri 5 menjadi skala 2 setelah dilakukan pemberian kompres hangat. Klien juga mengatakan lutut nya sudah tidak terlalu sakit, mudah untuk melakukan aktivitas dan merasa lebih nyaman. Kompres hangat bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi, mengurangi nyeri dan memberi rasa hangat dan nyaman dengan cara melakukan pengompresan pada lokasi yang nyeri sehingga nyeri sendi pada lutut yang dirasakan klien dapat berkurang.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 3 hari, kriteria hasil yang diinginkan adalah nyeri sendi di lutut akibat osteoarthritis dapat ditangani dengan kolaborasi dengan tim kesehatan lain, dilakukannya pemberian obat anti inflamasi dan nonfarmakologi yaitu pemberian kompres hangat berhasil. Berdasarkan data subjektif responden 1 mengatakan nyeri lutut yang dirasakan sudah berkurang. Dan data objektif didapatkan hasil klien tampak rileks dan tidak meringis lagi, skala nyeri dari 5 turun menjadi 2, TD : 120/80 mmHg, RR : 22x/menit, N : 90x/menit, S : 36,5 C. Data subjektif pada responden 2 yaitu klien mengatakan nyeri lutut sudah berkurang, dan data objektif hasilnya ekspresi wajah klien tampak tidak meringis lagi, skala nyeri dari 6 turun menjadi 2, TD : 120/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 95x/menit, S : 36,7 C. Pengetahuan klien tentang penyakitnya meningkat, klien sudah membatasi mengkonsumsi makanan yang bisa memperburuk nyeri sendinya, klien sudah bisa meminta bantuan anaknya atau anggota keluarga yang lain untuk melakukan kompres hangat dengan

pengompresan lokasi yang memerlukan tsecara mandiri untuk menurunkan nyeri sendi di lututnya, dan masalah nyeri teratasi.

B. Saran

1. Bagi peneliti dan peneliti selanjutnya

Memberikan pengalaman dalam mengimplementasikan secara langsung terapi kompres hangat untuk meredakan rasa nyeri, dan melancarkan peredaran darah serta untuk meningkatkan kualitas pada pasien terutama pada lansia yang sudah mengalami perubahan dan penurunan secara psikologis untuk kualitas dan kenyamanan hidup lansia. Serta untuk peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat lebih meningkatkan pengetahuan dalam mengikuti perkembangan teknologi, sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan secara optimal pada kasus nyeri akut.

2. Tempat penelitian

Diharapkan pelayanan kesehatan dapat memfasilitasi sarana dalam menunjang pelaksanaan, serta menjadikan rencana acuan tindakan nyeri pada pasien Osteoarthritis dengan terapi kompres hangat.

3. Pengembang ilmu keperawatan

Diharapkan hasil peneltian ini dapat dijadikan referensi dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan wawasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan nyeri sendi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aru, Arden, Asikin R. Y. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan muskuloskeletal Aplikasi NIC & NOC*. (EGC, Ed.). Jakarta.
- Azizah, L.M 2011 *Keperawatan Lanjut Usia*. Graha Ilmu : Yogyakarta
- Chyintiawati, Craven 2014 *Hubungan Antara Nyeri Osteoarthritis Dengan Kemandirian Dalam Aktivitas Sehari-hari Pada Lansia Di Posbindu Karang Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Tangerang Selatan Tingkat*.
- Guyton, A.C & Hall, J.E. 2013 *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11*. EGC : Jakarta
- Helmi, Z.N. 2012 *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Salemba Medika : Jakarta
- Hidayat, A.A 2013 *Metode Penelitian Keperawatan Dan Tehnik Analisa Data*. Salemba Medika : Jakarta
- Perry, G.A & Potter, P.A 2012 *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed 7*. Salemba Medika : Jakarta
- Rikesdas. 2018. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2018) Indonesia*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sinaga, Henricha Evalina., Ropyanto, Chandra Bagus. 2015. *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Nyeri Sendi Pada Lansia (60-74 Tahun)*. http://eprints.undip.ac.id/46654/1/Proceeding_Semilnaskes_2015_Chandra.pdf diakses tanggal 14 November 2017 puku 19.23 WIB
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Wulan, Rifda Angelina. 2015. *Pengaruh Terapi Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Sendi Pada Wanita Lanjut Usia Di Panti Tresna Werdha Mulia Dharma Kabupaten Kubu Raya*. <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/view/9438>. diakses tanggal 14 November 2017 pukul 19.23 WIB.
- WHO. (2018). *About Cardiovascular diseases*. World Health Organization. Geneva. Cited january 15th 2018. Available from URL : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/ accessed on.

L

A

M

P

I

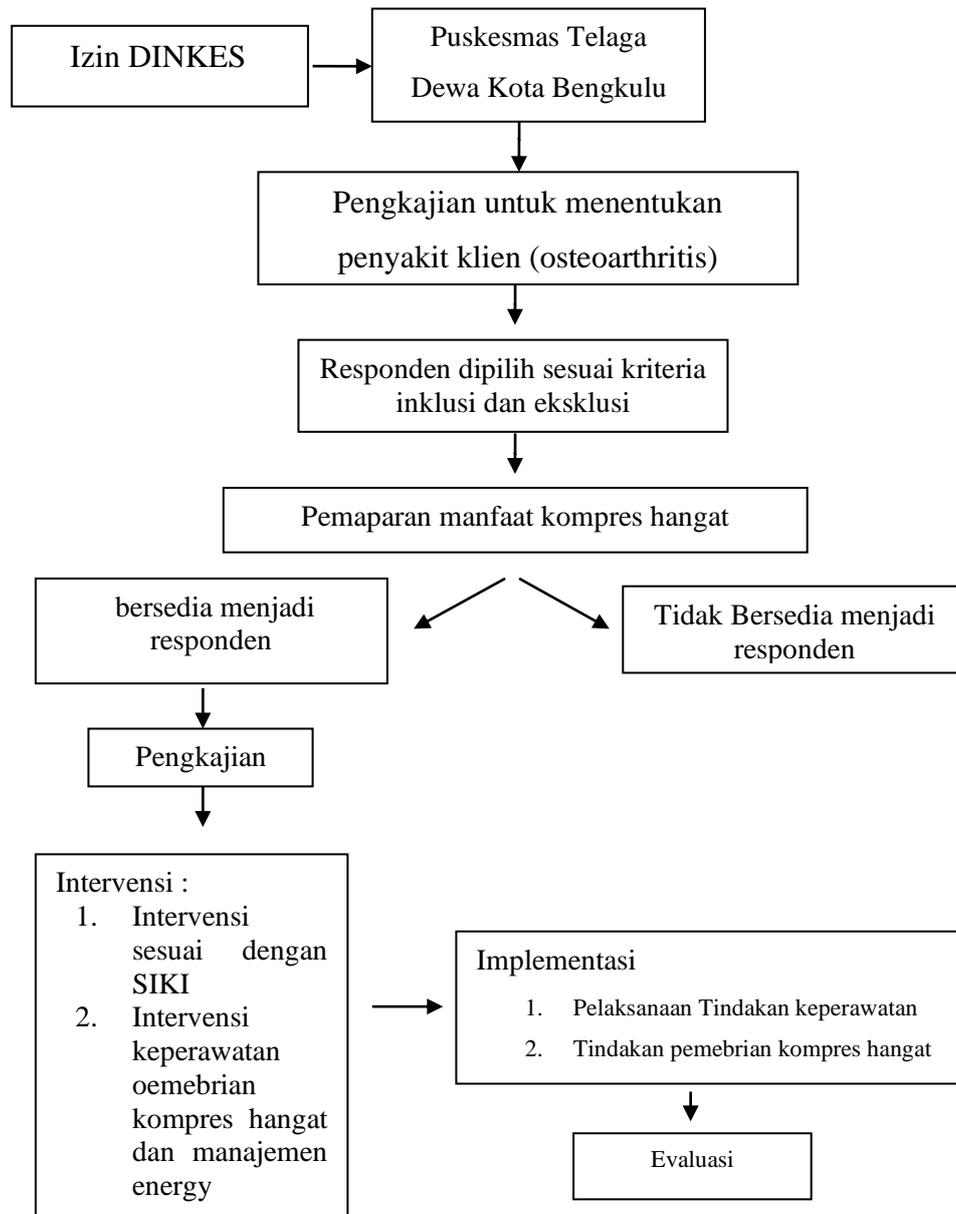
R

A

N

Lampiran 1

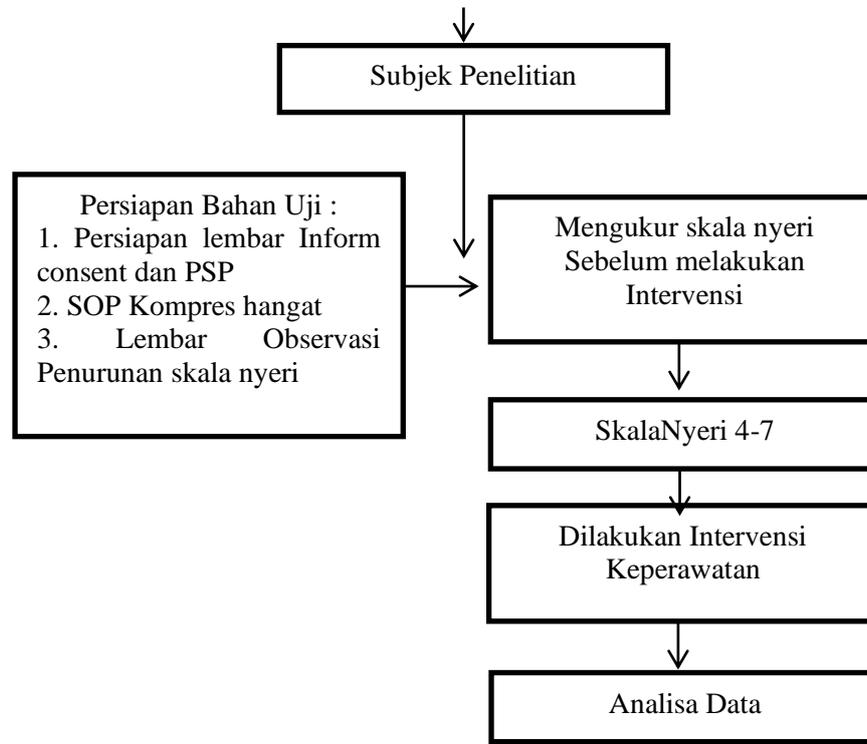
Tahapan penelitian Asuhan Keperawatan pada lansia dengan osteoarthritis serta pentalaksanaan manajemen nyeri.



Lampiran 2

Tahapan penelitian Asuhan Keperawatan pada lansia dengan osteoarthritis serta pentalaksanaan manajemen nyeri.

- Kriteria inklusi
- Kriteria eksklusi



Lampiran 3

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah peneliti berasal dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu Program Studi D III Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Nyeri Dengan Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Osteoarthritis’
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah Melakukan Asuhan Keperawatan Nyeri Dengan Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Osteoarthritis yang dapat memberikan manfaat berupa untuk Penulis, Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan prosedur Manajemen Nyeri pada Asuhan Keperawatan Nyeri Dengan Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Osteoarthritis. Untuk Tempat Penelitian, Meningkatkan Pengetahuan, inovasi dan dapat memberikan masukan bagi para Tenaga Kesehatan khususnya perawat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien nyeri lambung imenggunakan prosedur Terapi Akupresur dan kompres hangat. Dan untuk Penelitian Selanjutnya, Menambah keluasan ilmu dan memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya serta untuk pengembangan teknologi terapan bidang keperawatan dalam mengurangi nyeri pada nyeri sendi melalui tindakan Manajemen Nyeri. Penelitian ini akan berlangsung selama 7 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada no Hp : 085609408499

PENELITI

Lampiran 4

Manajemen Nyeri
SOP (Standar Operasional Prosedur)

Pengertian	Kompres hangat adalah pemberian rasa hangat
------------	---------------------------------------------

	<p>pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, dan kedinginan.</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Memperlancar sirkulasi darah2. Mengurangi nyeri3. Mengurangi rasa sakit4. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang.
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Baskom2. Air hangat dengan suhu (40-46°C)3. Handuk kecil
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Dekatkan alat-alat ke dekat lansia.2. Perhatikan lingkungan sekitar lansia.3. Cuci tangan.4. Atur posisi nyaman.5. Masukkan handuk ke dalam air hangat dengan suhu 40-46°C yang sudah disediakan kemudian peras handuk tersebut.6. Letakkan handuk pada lokasi yang mengalami nyeri atau pembengkakan, diamkan per 2 menit lalu di ulang kembali.7. Lakukan 1 hari sekali selama 15 menit sampai 7 hari dan dilakukan pada pagi atau sore hari.8. Setelah tindakan selesai atur kembali posisi yang nyaman.

	9. Bereskan alat
	10. Cuci tangan.
Evaluasi	1. Kaji nyeri apakah sudah berkurang atau tidak.
Dokumentasi	1. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Yanti Maisara dengan Judul Asuhan Keperawatan pada Lansia Osteoarthritis serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Mei 2021

Saksi

Yang memberikan persetujuan

.....

.....

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Yanti Maisara dengan Judul Asuhan Keperawatan pada Lansia Osteoarthritis serta Penatalaksanaan Manajemen Nyeri.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Mei 2021

Saksi

Yang memberikan persetujuan

.....

.....

Penetapan Subjek Penelitian Berdasarkan Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

No	Kriteria Inklusi	Subjek I	Subjek II	Subjek III	Subjek IV
1	Klien yang terdiagnosa osteoarthritis yang berobat di Puskesmas Telaga Dewa Kota Bengkulu	TN-A ✓	Ny-w ✓	Tn-f ✓	Ny-B ✓
2	Klien 60 tahun ke atas	✓	✓		✓
3	Klien dengan nyeri sedang 4-7	✓		✓	✓
4	Dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif	✓	✓	✓	✓
No	Kriteria Eksklusi	Subjek I	Subjek II	Subjek III	Subjek IV
1	Klien yang menolak dilakukan intervensi		✓		

DOKUMENTASI

1. Dokumen Responden I





2. Dokumentasi Responden II



