

## **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK KOMPRES JAHE UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA TN. S DENGAN MASALAH OSTEOARTHRITIS DI PANTI DEWANATA CILACAP**

**Ari Kurniawan<sup>1</sup>, Mariah Ulfah<sup>2</sup>**

[aryyikurniawan@gmail.com](mailto:aryyikurniawan@gmail.com)<sup>1</sup>, [mariahulfah@uhb.ac.id](mailto:mariahulfah@uhb.ac.id)<sup>2</sup>

**Universitas Harapan Bangsa**

### **ABSTRAK**

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif pada sendi yang banyak dialami lansia, ditandai dengan kerusakan tulang rawan, inflamasi ringan, nyeri, dan keterbatasan mobilitas. Kondisi ini berdampak pada penurunan kualitas hidup dan meningkatnya ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan kompres jahe dalam menurunkan nyeri pada lansia dengan osteoarthritis. Jenis penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, penyusunan intervensi, pelaksanaan implementasi, serta evaluasi terhadap respon pasien. Subjek penelitian adalah Tn. S, seorang lansia berusia 60 tahun dengan nyeri sendi akibat osteoarthritis dan kadar asam urat 16 mg/dL yang tinggal di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dewanata Cilacap. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi skala nyeri, pemeriksaan fisik, dokumentasi, serta penggunaan instrumen berupa format asuhan keperawatan gerontik, SOP kompres jahe, dan lembar observasi. Intervensi yang diberikan adalah kompres jahe selama dua hari, teknik distraksi, pengaturan lingkungan, serta latihan mobilisasi ringan. Hasil penelitian menunjukkan penurunan intensitas nyeri dari skala 7 menjadi 4, peningkatan kemampuan mobilitas, serta berkurangnya ansietas pasien. Penerapan kompres jahe terbukti efektif sebagai terapi nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri osteoarthritis dan meningkatkan kenyamanan lansia. Saran bagi tenaga kesehatan adalah memanfaatkan kompres jahe sebagai intervensi aman, mudah, dan terjangkau dalam manajemen nyeri pada lansia.

**Kata Kunci:** Osteoarthritis, Kompres Jahe, Nyeri Akut, Lansia, Studi Kasus.

### **ABSTRACT**

*Osteoarthritis is a degenerative joint disease commonly experienced by the elderly, characterized by cartilage damage, mild inflammation, pain, and limited mobility. This condition contributes to decreased quality of life and increased dependency in daily activities. This study aims to describe the application of ginger compress therapy in reducing pain among elderly patients with osteoarthritis. This research employed a case study design with a nursing process approach, which included assessment, nursing diagnosis, intervention planning, implementation, and evaluation of patient responses. The subject of this study was Mr. S., a 60-year-old elderly patient suffering from osteoarthritis-related joint pain with a uric acid level of 16 mg/dL, residing at the Dewanata Elderly Social Service Facility in Cilacap. Data were collected through interviews, pain scale observation, physical examination, documentation, and the use of instruments such as geriatric nursing assessment forms, a ginger compress SOP, and observation sheets. Interventions provided included ginger compress therapy for two consecutive days, distraction techniques, environmental modification, and light mobility exercises. The results showed a decrease in pain intensity from a score of 7 to 4, improved mobility, and reduced anxiety. Ginger compress therapy proved to be an effective non-pharmacological intervention for reducing osteoarthritis pain and enhancing comfort among the elderly. It is recommended that healthcare providers utilize ginger compress therapy as a safe, simple, and affordable intervention for pain management in elderly patients.*

**Keywords:** Osteoarthritis, Ginger Compress, Acute Pain, Elderly, Case Study.

## PENDAHULUAN

Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok usia yang mengalami berbagai perubahan fisiologis akibat proses degeneratif yang terjadi secara alami. Salah satu gangguan kesehatan yang sering dialami lansia adalah gangguan pada sistem muskuloskeletal, seperti osteoarthritis. Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif yang paling umum pada usia lanjut, ditandai dengan kerusakan tulang rawan artikular, penebalan tulang subkondral, pembentukan osteofit, dan inflamasi ringan yang menyebabkan nyeri serta keterbatasan mobilitas sendi (Arifuddin et al., 2024).

Penatalaksanaan osteoarthritis umumnya dilakukan dengan kombinasi farmakologis dan non-farmakologis. Namun, penggunaan obat jangka panjang seperti NSAID (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) memiliki efek samping seperti iritasi lambung, gangguan ginjal, dan risiko kardiovaskular, terutama pada lansia. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan terapi non-farmakologis yang aman, efektif, dan terjangkau, salah satunya adalah kompres jahe (Andini et al., 2025).

Jahe (*Zingiber officinale*) mengandung senyawa aktif seperti gingerol, shogaol, dan zingeron yang memiliki sifat anti-inflamasi dan analgesik. Penggunaan jahe secara eksternal dalam bentuk kompres hangat dapat meningkatkan sirkulasi darah lokal, mengurangi kekakuan sendi, dan menurunkan persepsi nyeri. Penelitian oleh Yuniarti et al. (2022) menunjukkan bahwa kompres jahe secara signifikan menurunkan tingkat nyeri osteoarthritis pada lansia setelah pemberian rutin selama 5 hari (Andini et al., 2025).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi penyakit sendi di Indonesia yang mencakup osteoarthritis (OA) mencapai 11,9% jika didasarkan pada diagnosis oleh tenaga kesehatan, dan meningkat hingga 24,7% bila berdasarkan gejala nyeri sendi yang dirasakan oleh masyarakat. Data ini mengindikasikan bahwa hampir 1 dari 4 orang dewasa di Indonesia mengalami keluhan sendi yang mengarah pada osteoarthritis, terutama pada kelompok usia lanjut. Penelitian yang dilakukan oleh Fitriani & Fauziah (2023) dalam Jurnal Ilmiah Kesehatan Itkes Muhammadiyah Sidrap juga menyebutkan bahwa prevalensi osteoarthritis meningkat secara signifikan sesuai dengan kelompok usia. Disebutkan bahwa OA terjadi pada 11,1% individu usia 45–54 tahun, meningkat menjadi 15,5% pada usia 55–64 tahun, dan mencapai 18,9% pada kelompok usia lanjut di atas 65 tahun. Ini memperkuat bahwa osteoarthritis merupakan salah satu penyakit degeneratif paling umum yang menyerang lansia di Indonesia.

Di tingkat provinsi, prevalensi osteoarthritis di Jawa Tengah diperkirakan mencapai 5,1% dari total populasi, berdasarkan publikasi kegiatan pengabdian masyarakat oleh Fakultas Vokasi Universitas Airlangga. Meski angka ini terlihat lebih rendah dibanding data nasional, para ahli memperkirakan jumlah sebenarnya bisa jauh lebih tinggi karena masih banyak kasus yang tidak terdiagnosis secara medis, terutama di pedesaan atau pada lansia yang tidak memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan.

Sementara itu, data prevalensi secara makro untuk osteoarthritis di Kabupaten Cilacap secara khusus belum tersedia dalam publikasi nasional. Namun, hasil penelitian lokal yang dilakukan oleh Nurlatifah (2021) di Kecamatan Cilacap Utara menunjukkan bahwa dari total responden lansia dengan indeks massa tubuh (IMT) berlebih, sebanyak 83,3% menderita osteoarthritis lutut. Studi tersebut juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara obesitas dan kejadian osteoarthritis ( $p < 0,05$ ), yang mengindikasikan bahwa lansia di Cilacap dengan obesitas memiliki risiko sangat tinggi terhadap OA, khususnya pada sendi lutut. Kondisi ini diperburuk dengan minimnya aktivitas fisik, tingginya konsumsi karbohidrat, serta kurangnya intervensi pencegahan di komunitas lansia.

Dengan melihat data tersebut, dapat disimpulkan bahwa Kabupaten Cilacap memiliki potensi prevalensi osteoarthritis yang tinggi, terutama pada lansia dengan faktor risiko seperti

obesitas, studi lokal menunjukkan tingginya kasus OA di wilayah ini dan menguatkan perlunya perhatian khusus dalam bentuk intervensi keperawatan non-farmakologis seperti kompres jahe, yang terbukti efektif dalam mengurangi nyeri akibat osteoarthritis.

Di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dewanata Cilacap, banyak lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas akibat nyeri sendi yang tidak tertangani secara optimal. Salah satunya adalah Tn. S, seorang lansia berusia 67 tahun yang telah mengalami nyeri lutut kronik selama lebih dari dua tahun akibat osteoarthritis. Kondisi nyeri yang dialaminya mengganggu mobilitas dan menyebabkan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, intervensi keperawatan berupa kompres jahe dapat menjadi salah satu pendekatan yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup Tn. S.


Penerapan asuhan keperawatan yang holistik dan berbasis evidence-based practice, termasuk penggunaan terapi komplementer seperti kompres jahe, merupakan bagian penting dari tanggung jawab perawat dalam menangani nyeri kronis pada lansia. Perawat memiliki peran strategis dalam pengkajian nyeri, pelaksanaan intervensi yang sesuai, serta evaluasi efektivitas terapi untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal (Alawiah et al., 2024).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### PENGKAJIAN MMSE (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

Nama pasien : Tn. S Nama pemeriksa : Ari Kurniawan  
 Usia pasien : 60 tahun Tanggal : 23 September 2025  
 Pendidikan : SMA Waktu : 08.00.

Item Penilaian	Skor	
	Tertinggi	Nilai Klien
<b>Orientasi</b>		
1. Sekarang ini ( <i>tahun</i> ), ( <i>musim</i> ), ( <i>bulan</i> ), ( <i>tanggal</i> ), ( <i>hari</i> ) apa?	5	5
2. Kita berada di mana ? ( <i>negara</i> ), ( <i>provinsi</i> ), ( <i>kota</i> ), ( <i>panti wredha</i> ), ( <i>lantai/kamar</i> )	5	5
<b>Registrasi Memori</b>		
3. Sebutkan 3 objek Masing-masing objek 1 detik, lansia diminta mengulang 3 nama objek yang telah disebutkan oleh pemeriksa. Nilai 1 pada setiap objek yang benar. Ulangi sampai lansia dapat menyebutkan dengan benar. Catat jumlah pengulangan yang dilakukan.	3	3
<b>Atensi dan Kalkulasi</b>		
4. Minta klien untuk mengkurangkan 100 dengan 5, kemudian hasilnya berturut-turut dikurangkan dengan 5 sampai pengurangan kelima (100; 95; 90; 85; 80). Nilai 1 untuk jawaban yang benar	5	5
<b>Pengenalan Kembali (Recall)</b>		
5. Lansia diminta untuk menyebutkan kembali 3 objek di atas (pertanyaan no 3)	3	3
<b>Bahasa</b>		
6. Lansia diminta menyebutkan 2 benda yang ditunjukkan oleh perawat	2	2
7. Lansia diminta mengulangi ucapan perawat 3 kata : <i>saya ingin duduk</i>	1	1

8. Lansia mengikuti perintah : <i>ambil kertas, lipat menjadi 2 dan letakkan di tangan kanan anda</i>		
9. Lansia diminta membaca dan melakukan perintah: <i>pejamkan mata anda</i>	1	1
10. Lansia diminta menulis kalimat singkat tentang pikiran/perasaan secara spontan. Kalimat terdiri dari 2 kata (subjek dan predikat): saya sedih	1	1
11. Lansia diminta menggambar bentuk dibawah ini 	1	1
Total Skor	30	

Interpretasi hasil:

Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi:

- >23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik
- 18-23 rusak aspek fungsi mental ringan
- $\leq 17$  : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

Kesimpulan Hasil:

### PENGKAJIAN SPMSQ (SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER)

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60

Tanggal : 23 September 2025

Pendidikan : SMA

Waktu : 09.00

Benar	Salah	No	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini?
√		2	Hari apa sekarang ?
√		3	Apa nama tempat ini ?
√		4	Dimana alamat anda?
√		5	Berapa umur anda?
√		6	Kapan anda lahir?
√		7	Siapa Presiden Indonesia?
√		8	Siapa nama Presiden Indonesia sebelumnya?
√		9	Siapa nama ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka yang baru, semua secara menurun
Jumlah			

Interpretasi

Salah 0 - 3: fungsi intelektual utuh

Salah 4 - 5: fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 - 8: fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 - 10: fungsi intelektual kerusakan berat

### PENGKAJIAN APGAR KELUARGA

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60 tahun

Tanggal : 23 September 2025

Pendidikan : SMA

Waktu : 11.00

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

Penilaian:

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi Nilai

4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Klien mengalami disfungsi keluarga sedang

### PENGKAJIAN KATZ INDEKS

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60

Tangga : 23 September 2025

Pendidikan : SMA

Waktu : 09.30

	Aktivitas	Mandiri (nilai 1)	Tergantung (nilai 0)
	Mandi di kamar mandi (mengosok, membersihkan,mengeringkan badan)	√	
	Menyiapkanpakaian, membuka dan mengeringkan	√	

	Memakan makanan yang telah disiapkan	√	
	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, keramas, gosok gigi, mencukur kumis)	√	
	BAB di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong)	√	
	Dapat mengontrol pengeluaran feses	√	
	BAK di kamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan)	√	
	Dapat mengontrol keluarnya air kemih	√	
	Berjalan tanpa alat bantu seperti tongkat		√
	Menjalanka ibadah sesuai dengan kepercayaan	√	
	Melakukan pekerjaan rumah : menyapu, , mencuci pakaian, dll	√	
	Berbelanja kebutuhan sendiri/keluarga	√	
	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri)	√	
	Menggunakan saran transportasi umum dalam berpergian		√
	Menyiapkan obat dan meminum sesuai takaran (waktu, takaran tepat)	√	
	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan	√	
	Melakukan aktivitas di waktu luang (keagamaan, sosial, hobi)	√	
<b>Jumlah Total Point Mandiri</b>		<b>17</b>	

jumlah total point 13 – 17 : mandiri

jumlah total poin 0 – 12 : ketergantungan

Kesimpulan : 17 total point mandiri

### **PENGKAJIAN POTENSI DEKUBITUS (NORTON)**

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60 Tahun

Tanggal : 23 September 2025

Pendidikan : SMA

Waktu : 10.00

No	Keadaan	Skor
----	---------	------

1	Kondisi fisik umum: - baik - lumayan - buruk - sangat buruk	4 3 2 1
2	Kesadaran: - compos mentis - apatis - konfus/sorporus - stupor/koma	4 3 2 1
3	Aktifitas: - ambulan - ambulan dengan bantuan - hanya bisa duduk - tiduran	4 3 2 1
4	Mobilitas: - bergerak bebas - sedikit terbatas - sangat terbatas - tak bisa bergerak	4 3 2 1
5	In kontinensia - tidak - kadang-kadang - sering inkontinensia urin - inkontinensia alvi (tubuh tidak mampu mengendalikan buang air besar) dan inkontinensia urin	4 3 2 1
TOTAL SKOR		

Total Skor : 18

15-20 kemungkinan kecil sekali/tak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan kemungkinan kecil sekali/tak terjadi

### PENGKAJIAN RESIKO JATUH LANSIA (MORSE FALLS)

Nama pasien: Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien: 60

Tanggal: 23 September 2025

Pendidikan: SMA

Waktu: 10.30

No	Item	Skala		Nilai
		Tida	Ya	
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir	0	25	0
2	Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari 1 penyakit?	0	15	15
3	Alat bantu jalan:			
	Bed rest / dibantu perawat		0	0
	Kruk/tongkat/walker		15	15

	Berpegangan pada benda sekitar (kursi, lemari, meja)		30	0
4	Terapi intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus	0	20	0
5	Gaya berjalan/berpindah			
	Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0	0
	Lemah (tidak bertenanga)		10	0
	Gangguan/ tidak normal (pincang/diseret)		20	0
6	Status mental			
	Lansia menyadari kondisinya		0	0
	Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15	0
<b>Total Nilai</b>				30

Interpretasi: a. Tidak beresiko : 0 – 24 (perawatan dasar)  
b. Resiko rendah: 25 – 50 (pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar)  
c. Resiko tinggi:  $\geq 51$  (pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh resiko tinggi)

Kesimpulan:  
30 (resiko rendah)

#### **PENGKAJIAN RISIKO MALNUTRISI PASIEN LANJUT USIA (MINI NUTRITIONAL ASSESMENT : MNA)**

Nama pasien : Tn. S  
Nama pemeriksa : Ari Kurniawan  
Usia pasien : 60 tahun  
Tanggal: 23 September 2025  
Pendidikan : SMA  
Waktu: 10.15

<b>Keadaan Pasien</b>	<b>Skor</b>
Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 : kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 : kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 : tidak kehilangan nafsu makan	1
Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir? 0 : kehilangan BB > 3 kg 1 : tidak tahu 2 : kehilangan BB antara 1-3 kg 3: tidak mengalami kehilangan BB	1
Kemampuan melakukan mobilisasi 0 : di ranjang saja atau di kursi roda 1 : dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/jalan-jalan keluar 2 : dapat berjalan atau pergi dengan leluasa	2



Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir? 0 : ya 2 : tidak	0
Mengalami masalah neuropsikologis? 0 : demensia atau depresi berat 1 : demensia sedang (moderate) 2 : tidak ada masalah psikologis	0
Nilai IMT (Indeks massa tubuh) 0 : IMT < 19 kg/m <sup>2</sup> 1 : IMT 19 - 21 2 : IMT 21-23 3 : IMT > 23	2

Sub total maksimal : 14

Jika nilai  $\geq 12$  : tidak memiliki risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian

Jika nilai  $\leq 11$  : mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

#### FORMULIR PENILAIAN : LANJUTAN MNA

Keadaan Pasien	Skor
Apakah Anda tinggal mandiri (bukan di Panti/Rumah Sakit) 0: tidak 1: ya	1
Apakah Anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari? 0 : ya 1: tidak	1
Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit 0: ya 1: tidak	1
Berapa kali anda mengkonsumsi makanan lengkap/utama per hari? 0: 1 kali 1: 2 kali 2: 3 kali	3
Berapa banyak Anda mengkonsumsi makanan sumber protein? a. Sedikitnya 1 porsi dairy produk seperti susu, keju, yogurth per hari → ya/tidak b. 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya/tidak c. Daging ikan atau unggas setiap hari → ya/tidak 0.0 : jika 0 atau hanya ada 1 jawaban ya 0.5 : jika terdapat 2 jawaban ya 1.0 : jika terdapat 3 jawaban ya	1.0
Apakah Anda mengkonsumsi buah aau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari? 0 : tidak 1 : ya	1

Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari? 0.0 : kurang dari 3 gelas 0.5 : 3 - 5 gelas 1.0 : lebih dari 5 gelas	0.0
Bagaimana cara makan? 0: harus disuapi 1: bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2: makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	2
Pandangan sendiri mengenai status gizi anda? 0: merasa malnutrisi 1: tidak yakin mengenai status gizi 2 : tidak ada masalah gizi	2
Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya atau seumur, bagaimana Anda mempertimbangkan keadaan Anda dibandingkan orang tersebut? 0 : tidak sebaik dia 0.5 : tidak tahu 1.0 : sama baiknya 2.0 : lebih baik	1
Lingkar lengan atas (cm )? 0 : < 21 cm 0.5 : 21-22 cm 1.0 : $\geq 22$ cm	1
Lingkar betis (cm)? 0 : < 31 cm 1 : > 31 cm	0

Penilaian Skor:

I. Skor skrining: 6

II. Skor penilaian : 13

Skor total indikator malnutrisi (maksimal 30):

17 - 23.5 : risiko malnutrisi

Kurang dari 17 : malnutrisi

Kesimpulan : jumlah 19 resiko malnutrisi

## PENGKAJIAN SKALA DEPRESI LANSIA

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60 tahun

Tanggal: 23 September 2025

Pendidikan: SMA

Waktu: 11.00

No	Keadaan yang dirasakan selama seminggu terakhir	Nilai Respon	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	0 V	1
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	1 V	0

3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong atau merasa kesepian?	1	0 V
4	Apakah anda sering merasa bosan?	1	0 V
5	Apakah anda memiliki semangat yang bagus dalam sebagian besar hidup anda?	1 V	0
6	Apakah anda takut, khawatir bahwa akan ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda?	1	0 V
7	Apakah anda merasa bahagia dalam sebagian besar	0	1 V
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	1	0 V
9	Apakah anda lebih suka tinggal di wisma atau di rumah daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu	1V	0
10	Apakah anda merasa memiliki banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan dengan kebanyakan orang	1	0 V
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	0	1 V
12	Apakah anda merasa tidak berharga?	1	0
13	Apakah anda merasa penuh dengan energy / kekuatan?	0	1 V
14	Apakah anda merasa apa yang anda alami sekarang ini/keadaan anda saat ini tidak ada harapan?	1	0 V
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	1	0 V

Interpretasi:

Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi:

- Skor 10 – 15 : depresi berat
- Skor 5 – 9 : depresi sedang
- Skor 0 – 4 : normal
- Kesimpulan: Klien mengalami depresi sedang dengan skor 5

### PENGKAJIAN POLA KOMUNIKASI LANSIA

Nama pasien : Tn. S

Nama pemeriksa : Ari Kurniawan

Usia pasien : 60 tahun

Tanggal: 23 September 2025

Pendidikan: SMA

Waktu: 11.30

<b>NO</b>	<b>ASPEK YANG DINILAI</b>	<b>URAIAN</b>
1	Pendengaran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pendengaran adekuat tanpa menggunakan hearing-aid V</li> <li>Pendengaran adekuat dengan menggunakan hearing-aid</li> <li>Sedikit mengalami kesulitan bila lingkungan ramai</li> <li>Hanya dapat mendengar dalam situasi khusus (harus dengan suara keras dan jelas)</li> <li>Pendengaran terganggu walaupun menggunakan hearing-aid</li> </ol>

2	Kemampuan memahami informasi	a. Dapat memahami <b>V</b> b. Pada umumnya dapat memahami, hanya kehilangan sebagian atau pesan tertentu c. Kadang-kadang dapat memahami d. Jarang/tidak memahami
3	Kejelasan bicara	a. Bicara jelas <b>V</b> b. Bicara tidak jelas (kata-kata tidak jelas, omat-kamit) c. Tidak dapat bicara
4	Perubahan pola komunikasi	Bandingkan dengan pola komunikasi pada 3 bulan terakhir atau dengan pengkajian sebelum ini: a. Tidak ada perubahan b. Beratmbah baik <b>V</b> c. Bertambah buruk
	Keterangan: Tulis kondisi klien	..... .....

Kesimpulan:

#### Analisa data

Diagnosa	Problem	Etiologi
DS: - pasien megeluh nyeri sendi dibagian kaki kanan P : nyeri buat berjalan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri sendi di bagian kaki kanan S : skala 7 T : Hilang timbul DO - pasien tampak menggunakan alat bantu jalan untuk mengurangi beban di agian kaki kanan - ekspresi wajah tampak meringis saat berjalan - gerakan terbatas karena nyeri - asam urat 16	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
DS: - Pasien mengatakan		

<p>- sukit berjalan tanpa bantuan tongkat</p> <p>Pasien mengeluh aktivitas</p> <p>DO :</p> <p>- Pasien menggunakan tongkat untuk berpindah tempat</p> <p>- Pergerakan terbatas pada kaki kanan</p> <p>- Tampak berhenti beberapa kali saat berjalan karena tidak nyaman</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Nyeri</p>
<p>DS:</p> <p>- Pasien mengeluh cemas mengenai kondisi penyakitnya</p> <p>DO :</p> <p>- Tampak sedih saat menceritakan penyakitnya</p> <p>- Ekspresi tampak tegang dan gelisah</p> <p>- Pasien tampak sering berbicara berulang kali mengenai penyakitnya</p>	<p>Ansietas</p>	<p>Krisis situasional</p>

#### Prioritas diagnosa

1. Nyeri akut b.d agen fisiologis
2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
3. Ansietas b.d krisis situasional

#### Rencana keperawatan

No. DX	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil		Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera	Setelah dilakukan tindakan	Tingkat nyeri (L.08066)	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi

	fisiologis	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun	<table><tr><td>indikator</td><td>Awal</td><td>Tujuan</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Meriangis</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p>	indikator	Awal	Tujuan	Keluhan nyeri	2	5	Gelisah	2	5	Meriangis	2	5	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li><li>- Identifikasi skala nyeri</li><li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li><li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li></ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Edukasi Senam Ergonomik Pada Lansia )</li><li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li><li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li>- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li></ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ul>
indikator	Awal	Tujuan														
Keluhan nyeri	2	5														
Gelisah	2	5														
Meriangis	2	5														
2	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8	<p><b>Mobilitas fisik (D.0054)</b></p> <table><tr><td>indikator</td><td>Awal</td><td>Tujuan</td></tr></table>	indikator	Awal	Tujuan	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.06171):</b> Observasi:</p>									
indikator	Awal	Tujuan														

		jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat	<table><tr><td>Pergerakan ekstermitas</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Kekuatan otot</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Kelemahan fisik</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p>	Pergerakan ekstermitas	2	5	Kekuatan otot	2	5	Gerakan terbatas	2	5	Kelemahan fisik	2	5	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li></ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</li><li>- Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li><li>- Ajarkan ROM pasif</li></ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tujuan &amp; prosedur mobilisasi</li><li>- Ajarkan mobilisasi sederhana (misalnya duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li></ul>
Pergerakan ekstermitas	2	5														
Kekuatan otot	2	5														
Gerakan terbatas	2	5														
Kelemahan fisik	2	5														
3	Ansietas b.d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun	<p><b>Tingkat ansietas</b></p> <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>tujuan</th></tr><tr><td>Verbalisasi kebingungan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Perilaku tegang</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p>	Indikator	Awal	tujuan	Verbalisasi kebingungan	2	5	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	Perilaku tegang	2	5	<p>Reduksi ansietas (109314)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li><li>- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li><li>- Monitor tanda-tanda ansietas(vrbal dan non verbal)</li></ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li><li>- Pahami situasi yang membuat ansietas</li><li>- Dengarkan dengan penuh perhatian</li><li>- Gunakan pendekatan yang</li></ul>
Indikator	Awal	tujuan														
Verbalisasi kebingungan	2	5														
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5														
Perilaku tegang	2	5														

				<p>tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan keluaran untuk bersama pasien</li> <li>- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>Latih teknik relaksasi</li> </ul>
--	--	--	--	---

## Implementasi

### Hari ke 1

No. DX	Hari/tg l/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
1	Selasa 23 September 2025 (08.00)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji nyeri dengan metode PQRST setiap 4 jam.</li> <li>- Observasi tanda vital (TD, nadi, RR, suhu).</li> <li>- Lakukan kompres jahe pada sendi yang nyeri.</li> <li>- Ajarkan teknik distraksi: napas dalam, mendengarkan musik, bercerita dengan lansia lain.</li> <li>- Sediakan lingkungan tenang, minim suara bising.</li> <li>- Anjurkan pasien menghindari aktivitas berat di panti.</li> <li>- Berikan rebusan daun salam</li> <li>- Dorong pasien beristirahat di ruang santai panti</li> </ul>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri hebat di kaki kanan</li> <li>- pasien mengeluh sulit berjalan.</li> </ul> <p>P : nyeri buat berjalan</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : nyeri sendi di bagian kaki kanan</p> <p>S : skala 6</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis, wajah</li> </ul>	



				tegang, berjalan pincang dengan tongkat.	
2	Selasa 23 septem ber 2025 (10.00)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi kemampuan pasien dalam berpindah &amp; berjalan.</li> <li>- Ajarkan cara menggunakan tongkat dengan benar.</li> <li>- Bantu pasien berpindah ke ruang makan/kamar mandi.</li> <li>- Pastikan lantai panti tidak licin, pencahayaan cukup.</li> <li>- Anjurkan pasien duduk di kursi dengan sandaran saat beristirahat.</li> <li>- Batasi aktivitas fisik berlebihan.</li> </ul>	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sulit berjalan tanpa tongkat, cepat lelah.</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berjalan pincang, mobilitas terbatas.</li> </ul>	
3	Selasa, 23 Septem ber 2025 (11.00)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengarkan keluhan pasien dengan empati.</li> <li>- Validasi perasaan pasien tanpa menghakimi.</li> <li>- Melakukan teknik relaksasi benson</li> <li>- Berikan lingkungan tenang &amp; nyaman.</li> <li>- Berikan edukasi dasar tentang penyakit secara sederhana.</li> <li>- Fasilitasi pasien ikut aktivitas santai (bernyanyi, mendengarkan musik).</li> <li>- Libatkan teman sekamar untuk memberi dukungan emosional.</li> </ul>	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa takut penyakit makin parah, sering mengeluh ke lansia lain.</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah, wajah tegang, bicara cepat.</li> </ul>	

### Hari ke 2

No. DX	Hari/tgl /jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
1	Rabu 24 Septem ber 2025 (09.00)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi ulang skala nyeri.</li> <li>- Anjurkan istirahat dengan posisi kaki ditinggikan.</li> <li>- Lakukan kompres jahe pagi &amp; sore.</li> <li>- Fasilitasi pasien mengikuti kegiatan panti yang ringan (bernyanyi bersama, membaca).</li> <li>- Monitor respon pasien setelah aktivitas ringan.</li> </ul>	DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengata kan nyeri masih ada tapi berkurang, P : nyeri</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan dengan caregiver panti untuk jadwal aktivitas pasien agar tidak memicu nyeri.</li> </ul>	<p>buat berjalan</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : nyeri sendi di bagian kaki kanan</p> <p>S : skala 4/10</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih rileks, masih menggunakan tongkat.</li> </ul>	
2	Rabu 24 Septem ber 2025 (10.00)	Gangguan mobilitas fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latih pasien berjalan jarak pendek di halaman panti.</li> <li>- Dorong kemandirian ADL (makan, mandi, berpakaian).</li> <li>- Libatkan pasien dalam senam lansia kelompok (gerakan sederhana).</li> <li>- Diskusikan dengan caregiver panti untuk program aktivitas harian.</li> <li>- Edukasi keluarga/pengasuh agar mendukung mobilitas pasien.</li> <li>- Evaluasi perkembangan mobilitas setiap akhir hari.</li> </ul>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lebih berani berjalan dengan tongkat di lingkungan panti.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berjalan lebih stabil, bisa duduk tanpa bantuan.</li> </ul>	
3	Rabu 24 septemb er 2025 (13.00)	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi tingkat kecemasan harian.</li> <li>- Ajarkan strategi manajemen stres (relaksasi, doa, aktivitas kelompok).</li> <li>- Melakukan teknik relaksasi benson</li> <li>- Dorong pasien berbagi pengalaman positif dengan lansia lain.</li> </ul>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lebih tenang dan nyaman</li> </ul> <p>DO:</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan reinforcement positif atas usaha pasien mengontrol cemas.</li> <li>- Rencanakan follow-up bersama tim panti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mulai berinteraksi dengan lansia lain.</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

## Evaluasi

### Hari ke 1

No. DX	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD																				
1	Selasa 23 September 2025 (08.00)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri hebat di kaki kanan</li> <li>- pasien mengeluh sulit berjalan.</li> </ul> <p>P : nyeri buat berjalan</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : nyeri sendi di bagian kaki kanan</p> <p>S : skala 6</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak meringis, wajah tegang, berjalan pincang dengan tongkat.</p> <p>A :</p> <p>Masalah tingkat nyeri belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Melanjutkan masalah tingkat nyeri dengan melakukan kompres jahe di bagian kaki kanan yang terasa nyeri</p>	indikator	Awal	Tujuan	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	3	Gelisah	3	5	3	Meringis	3	5	3					
indikator	Awal	Tujuan	Akhir																				
Keluhan nyeri	3	5	3																				
Gelisah	3	5	3																				
Meringis	3	5	3																				
2	Selasa 23 september 2025 (10.00)	<p>S:</p> <p>Pasien mengeluh sulit berjalan tanpa tongkat, cepat lelah.</p> <p>O:</p> <p>Pasien berjalan pincang, mobilitas terbatas.</p> <p>A:</p> <p>masalah mobilitas fisik belum tertasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Tujuan	Akhir	Pergerakan ekstermitas	3	5	4	Kekuatan otot	3	5	4	Gerakan terbatas	3	5	4	Kelemahan fisik	3	5	4	
Indikator	Awal	Tujuan	Akhir																				
Pergerakan ekstermitas	3	5	4																				
Kekuatan otot	3	5	4																				
Gerakan terbatas	3	5	4																				
Kelemahan fisik	3	5	4																				

		P : Melanjutkan intervensi masalah mobilitas fisik																	
3	Selasa, 23 September 2025 (11.00)	<p>S: Pasien merasa takut penyakit makin parah, sering mengeluh ke lansia lain.</p> <p>O: Pasien tampak gelisah, wajah tegang, bicara cepat.</p> <p>A : Masalah tingkat ansietas belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <th>Indikator</th><th>Awal</th><th>tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Verbalisasi kebingungan</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </table> <p>P: melanjutkan intervensi ansietas dengan teknik relaksasi benson</p>	Indikator	Awal	tujuan	Akhir	Verbalisasi kebingungan	3	5	4	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Perilaku tegang	3	5	4	
Indikator	Awal	tujuan	Akhir																
Verbalisasi kebingungan	3	5	4																
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4																
Perilaku tegang	3	5	4																

### Hari ke 2

No. DX	Hari/tgl/jam	Respon	TTD																
1	Rabu 24 September 2025 (09.00)	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri masih ada tapi berkurang, skala 4/10. P : nyeri buat berjalan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri sendi di bagian kaki kanan S : skala 4/10 T: Hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak lebih rileks, masih menggunakan tongkat.</p> <p>A: masalah tingkat nyeri belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <th>indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </table> <p>P: melanjutkan intervensi masalah tingkat nyeri dengan menggunakan kompres jahe di bagian kaki sebelah kanan</p>	indikator	Awal	Tujuan	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4	Gelisah	3	5	4	Meringis	3	5	4	
indikator	Awal	Tujuan	Akhir																
Keluhan nyeri	3	5	4																
Gelisah	3	5	4																
Meringis	3	5	4																
2	Selasa 23 september 2025 (10.00)	<p>S: Pasien merasa lebih berani berjalan dengan tongkat di kamar.</p> <p>O: Pasien berjalan lebih stabil, bisa duduk tanpa bantuan.</p> <p>A: Maslaah mobilitas fisik belum teratasi</p>																	

		Indikator	Awal	Tujuan	Akhir
		Pergerakan ekstermitas	3	5	4
		Kekuatan otot	3	5	4
		Gerakan terbatas	3	5	4
		Kelemahan fisik	3	5	4
		P: Melanjutkan intervensi masalah mobilitas fisik			
3	Rabu 24 september 2025 (13.00)	S: Pasien merasa lebih tenang dan nyaman. O: Pasien mulai berinteraksi dengan lansia lain. A: Melanjutkan intervensi tingkat ansietas			
		Indikator	Awal	tujuan	Akhir
		Verbalisasi kebingungan	3	5	4
		Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4
		Perilaku tegang	3	5	5
		P: Melanjutkan intervensi masalah tingkat ansietas dengan melakukan terapi benson			

## PEMBAHASAN

### Hasil

Dari hasil data didapatkan bahwa data subjektif Tn. S mengatakan nyeri sendi pada kaki kanan, P: nyeri timbul saat berjalan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: sendi kaki kanan, S: skala 7 (sedang–berat), T: hilang timbul. Data objektif TD: 140/90 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 18 x/menit. Klien tampak meringis saat berjalan, menggunakan tongkat untuk membantu mobilitas, serta tampak gelisah. Hasil cek asam urat: 16 mg/dl. Didapatkan diagnosa pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Dari hasil data didapatkan bahwa data subjektif Tn. S mengatakan sulit berjalan tanpa tongkat dan merasa aktivitas sehari-hari terganggu. Data objektif Tn. S tampak menggunakan tongkat untuk berpindah tempat, gerakan terbatas pada kaki kanan, serta tampak berhenti beberapa kali saat berjalan karena tidak nyaman. Hasil cek asam urat: 16 mg/dl. Didapatkan diagnosa kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Dari hasil data didapatkan bahwa data subjektif Tn. S mengatakan merasa cemas mengenai penyakitnya dan takut kondisinya bertambah parah. Data objektif Tn. S tampak sedih saat menceritakan penyakitnya, ekspresi wajah tegang dan gelisah, serta sering berbicara berulang kali mengenai penyakitnya. Hasil cek asam urat: 16 mg/dl. Didapatkan diagnosa ketiga adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional

### Hambatan

Setelah dilakukan pengkajian dan asuhan keperawatan, tidak ada hambatan dalam mengumpulkan data dan melaksanakan intervensi, implementasi. Data yang diperoleh

sudah lengkap dan bermanfaat

## **KESIMPULAN**

Dari hasil pengkajian, analisis, serta intervensi keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. S dengan kadar asam urat 16 mg/dl, diperoleh tiga diagnosa keperawatan utama, yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Intervensi keperawatan yang diberikan berupa manajemen nyeri (kompres jahe, teknik distraksi, istirahat), dukungan mobilisasi (latihan ROM, penggunaan tongkat dengan benar), serta reduksi ansietas (teknik relaksasi, konseling, edukasi).

## **SARAN**

Bagi Perawat: Diharapkan dapat terus meningkatkan keterampilan dalam melakukan pengkajian nyeri, memberikan intervensi nonfarmakologis seperti kompres jahe, serta memberikan edukasi terkait manajemen penyakit asam urat.

Bagi Pasien: Diharapkan dapat mematuhi anjuran diet rendah purin, menjaga gaya hidup sehat, serta mengikuti terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Bagi Institusi/Panti: Hasil asuhan ini dapat menjadi acuan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan program kesehatan bagi lansia dengan penyakit degeneratif seperti asam urat.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Alawiah, D. N., Ismafiaty, & Badrujamaludin, A. (2024). Pengaruh Air Rebusan Daun Salam Terhadap Kadar Asam Urat Pada Lansia Dengan Hiperurisemia : Systematic Literature Review. *Jurnal Keperawatan Komplementer Holistic*, 2(1), 2988–3709.
- Andini, A., Nurzikri, A., Cahyani, A. N., Nadia, A., & Putri, A. A. (2025). Edukasi Hipnosis Lima Jari untuk Menurunkan Kecemasan Penderita Asam Urat di Posyandu Remujung 1 Desa Karangklesem. 2(1), 1–6.
- Arifuddin, M., Noorratri, D. E., & Harwanto, T. (2024). Penerapan Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Lansia Dengan Gout Arthritis Di Kelurahan Joyotakan Kecamatan Serengan Kota Surakarta. *IJOH: Indonesian Journal of Public Health*, 02(02), 70–78. <https://jurnal.academiacenter.org/index.php/IJOH>
- Patterns, D., Yolandari, S., Syafriah, W. O., Mustiqawati, E., Nurwanti, R., & Yanti, D. D. (2025). *JURNAL*. 8(4), 999–1006.
- Singh, A., Halim Santoso, A., Saputra Kawi, J., Destra, E., & Ilmu Bedah, B. (2025). Pemeriksaan Rutin Asam Urat dalam Rangka Pencegahan Timbulnya Arthritis Gout pada Kelompok Usia Produktif di Wilayah Krendang Routine Uric Acid Examination in the Framework of Preventing the Emergence of Gout Arthritis in the Productive Age Group in the Krendang Area. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Nian Tana*, 45–54.