

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pengambilan data klien diambil dari UPTD PPSGL Satpel Griya Lansia Garut. Beralamat di jalan Rumah Sakit Umum No. 9B, Tarogong, Kec Tarogong Kidul, Kabupaten Garut, Jawa Barat. UPTD PPSGL Satpel Griya Lansia Garut, lantai ruangan terbuat dari keramik didalam satu wisma terdapat 30 kamar. Satu kamar di tempati oleh 1 sampai 2 lansia, terdapat kamar mandi

4.2 Hasil Studi Kasus

Penelitian ini telah dilakukan dari tanggal 30 Juli – 1 Agustus 2025 untuk klien 1, 02 – 04 Agustus 2025 untuk klien 2. Setiap klien memiliki 2 masalah keperawatan yang sama, yaitu masalah keperawatan utama Gout Arthritis

4.2.1 Asuhan Keperawatan Responden 1

A. Pengkajian

1. Identitas Klien dan Penanggung Jawab

Nama	Ny. R
Umur	64 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	SMP

Pekerjaan sebelumnya	Wiraswasta
Alamat	Kp.Babakan
Status Pernikahan	Janda
Suku Bangsa	Sunda/Indonesia
Diagnosa Medis	Gout Arthritis
2. Tanggal Pengkajian	30 Juli 2025
Identitas Penanggung Jawab	
Nama	Ny. T
Jenis Kelamin	Perempuan
Umur	46 Tahun
Hubungan Dengan Klien	Pengurus Satpel Griya Lansia
Alamat	Tarogong Kidul

3. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri sendi, gatal gatal, serta penglihatan kabur.

4. Riwayat Kesehatan

- a. Masalah kesehatan yang pernah dialami dan yang dirasakan saat ini.

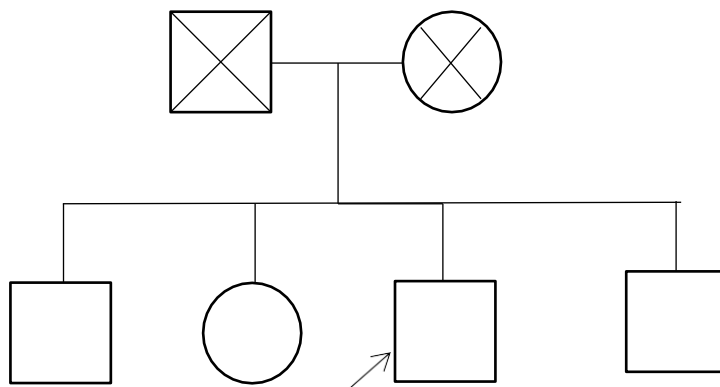
Klien sering mengeluh nyeri sendi di bagian pergelangan kaki, lutut siku dan pergelangan tangan. Nyeri ini sering hilang timbul, terutama saat bangun tidur atau setelah tidur, dengan tingkat nyeri yang diukur 5 dari skala 0-10. Hasil pemeriksaan menunjukkan Asam Urat 11 mg/dl, frekuensi pernapasan 22 x/menit, denyut nadi 71 x/menit, dan suhu tubuh 36°C. Klien disarankan untuk mengonsumsi obat, mengatur pola makan dengan baik, dan

mengurangi konsumsi makanan yang tinggi purin. Saat ini, klien mengonsumsi allopurinol, satu tablet per hari.

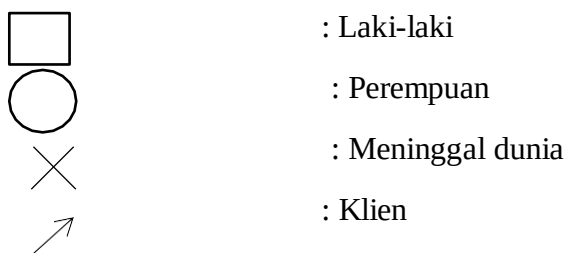
b. Masalah kesehatan keluarga/keturunan

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dan ada penyakit keturunan yaitu DM dan Hipertensi.

c. Genogram Genogram Pasien 1:



Keterangan Gambar:



Penjelasan genogram : Klien 4 Bersaudara, orang tua klien sudah meninggal.

d. Status Fungsional

(1) Data biologis

a) Pola makan

Sebelum dan saat pengkajian klien biasa makan 3x sehari dengan porsi umbi-umbian di pagi hari, nasi, sayur, lauk sekali makan habis 1 porsi

b) Pola minum

Sebelum dan saat pengkajian klien mengatakan biasa minum kurang lebih 7-8 gelas/hari

c) Pola istirahat dan tidur

Saat pengkajian klien mengatakan bisa tidur kurang lebih 6 jam dari pukul 20.00 WIB sampai jam 2 pagi

d) Rekreasi

Klien mengatakan hanya berekreasi saat hari raya bersama anak dan cucunya saja

1. Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Klien Tn. R
1	Keadaan Umum	Baik
2	GCS	(E4V5M6)
3	Tingkat Kesadaran	Compos Mentis
4	Tanda-tanda vital: Tekanan Darah Suhu Nadi Respirasi	140/80 mmHg 36 °C 71 kali/menit 22 kali/menit
5	Tinggi badan	165 cm
6	Berat badan	60 kg

7	Kepala	Inspeksi : Rambut tampak ada uban, tidak ada luka, kebersihan kepala cukup, pertumbuhan rambut merata Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
8	Mata	Inspeksi : Bentuk mata kiri dan kanan simetris, fungsi pengelihatan baik, reflek pupil +/-, pupil isokor, pergerakan bola mata terkoordinir, Palpasi : Tidak terdapat nyeritekan
9	Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, mukosa hidung merah muda, sekret tidak ada, benjolan tidak ada, pernapasan cuping hidung tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
10	Telinga	Inspeksi : Klien berespon terhadap suara, bentuk simetris, serumen tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
11	Mulut	Inspeksi: Mukosa bibir lembab, lidah tampak bersih, perdarahan gusi tidak ada Palpasi: Tidak ada pembesaran tonsil.
12	Leher	Inspeksi: Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, bendungan vena jugularis tidak ada.
13	Thorax	Inspeksi: Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada Palpasi: Nyeri tekan tidak ada Auskultasi: Ronchi tidak ada, wheezing tidak ada, bunyi jantung S1S2 tunggal reguler, suara napas vesikuler. Perkusi : Suara paru Sonor
14	Abdomen	Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak ada lebam dan pembengkakan Auskultasi: Bising usus 7 kali/menit Palpasi: Tidak ada nyeri tekan . Perkusi: Suara abdomen tympani

15	Ekstremitas: Atas	Pergerakan terkoordinir, capillary refile time < 2 detik, edema tidak ada, nyeri tekan tidak ada, cyanosis tidak ada			
	Bawah	Pergerakan terkoordinir, lesi tidak ada, edema tidak ada, refek patela +/+. Kekuatan otot : <table><tr><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr></table>	4	4	3
4	4				
3	3				
16	Kulit	Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, kulit bersih, tidak terdapat luka			
17	Genetalia	Tidak ada lesi, tidak ada rabas, tidak ada nyeri pada pelvic, tidak ada penyakit kelamin, tidak ada infeksi.			

2. Pengkajian Khusus

Tabel 4. 1 Keluhan dalam 3 Bulan Terakhir Responden 1

No	Gejala/Keluhan	Sering
1	Penglihatan kabur	✓
2	Pendengaran berkurang	✓
3	Jantung berdebar-debar	✓
4	Cepat Lelah	✓
5	Nyeri dada	
6	Nyeri ulu hati	
7	Perubahan kebiasaan BAB	✓
8	BAK banyak	✓
9	Sering BAK malam hari	✓
10	Nyeri/pegal di leher (tengkuk)	✓

✓ = dialami oleh klien | kosong = tidak dialami

3. Status Fungsional

1) KATZ Indeks

Tabel 4. 2 KATZ Indeks Responden 1

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi	✓	
2	Berpakaian	✓	
3	Pergi ke toilet	✓	
4	Berpindah (berjalan)	✓	

5	Kontinen (BAB/BAK)	✓
6	Makan	✓

Interpretasi: Nilai A – Mandiri dalam semua aktivitas

2) Barthel Indeks

Tabel 4. 3 Barthel Indeks Responden 1

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: 3x/hari Jumlah: 10 Jenis: lauk pauk
2	Minum	5	10	Frekuensi: 1 liter Jumlah: 10 Jenis: Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur	5-10	15	Tidak menggunakan alat bantu
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi: 5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
6	Mandi	5	15	Frekuensi: 15
7	Jalan di permukaan datar	0	15	15
8	Naik turun tangga	5	10	10
9	Mengenakan pakaian	5	10	10
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi sehari 2 kali Konsistensi: padat
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	10
12	Olahraga/Latihan	5	10	10
13	Pemanfaatan waktu luang	5	10	10

Interpretasi Skor Barthel:

Skor ≤ 25 : Tidak ada masalah kesehatan kronis sampai dengan masalah kesehatan ringan

Skor 26-50: Masalah kesehatan kronis sedang

Skor ≥ 51 : Masalah kesehatan kronis berat

Hasil : Skor ≤ 25 : Tidak ada masalah kesehatan kronis sampai dengan masalah kesehatan ringan

3) Risiko Jatuh – Morse Fall Scale (MFS)

Tabel 4. 4 Morse Fall Scale Responden 1

Aspek Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0
Diagnosis sekunder (lebih dari 1 penyakit)	Tidak	0
Alat bantu jalan	Tidak digunakan	0
Terapi intravena (infus)	Tidak	0
Status mental (sadar, orientasi baik)	Ya	0
Total Skor		45

Tabel 4. 5 Interpretasi Morse Fall Scale

Skor MFS	Tingkat Risiko	Tindakan
0–24	Tidak berisiko	Perawatan dasar
25–50	Risiko rendah	Pelaksanaan intervensi standar untuk pencegahan jatuh
≥51	Risiko tinggi	Intervensi khusus pencegahan jatuh tinggi

Hasil Responden 1:

Skor 45 → Risiko rendah jatuh, disarankan tetap diberi edukasi dan intervensi preventif.

4) Keseimbangan – Berg Balance Scale (BBS)

Tabel 4. 6 Berg Balance Scale Responden 1

No	Item Keseimbangan	Skor
1	Duduk ke berdiri	3
2	Berdiri tanpa penunjang	4
3	Duduk tanpa penunjang	4
4	Berdiri ke duduk	3
5	Transfer (pindah posisi)	3
6	Berdiri dengan mata tertutup	4
7	Berdiri dengan kaki rapat	3
8	Menjangkau ke depan	4
9	Mengambil barang dari lantai	4
10	Menoleh ke belakang	4
11	Berputar 360 derajat	2
12	Menempatkan kaki bergantian di bangku	0
13	Berdiri dengan satu kaki di depan	3
14	Berdiri dengan satu kaki	0
Total Skor		41

Interpretasi Skor Berg Balance Scale:

- 0–20 : Perlu kursi roda
- 21–40 : Berjalan dengan bantuan
- **40–56 : Mandiri/independen**

Hasil Responden 1:

Skor 41 → **Keseimbangan baik, mandiri**, namun tetap perlu pengawasan saat melakukan aktivitas dengan potensi jatuh seperti berdiri satu kaki atau naik tangga.

5) Status Mental – Short Portable Mental Status Questionnaire (SPSMQ)

Tabel 4. 7 SPSMQ Responden 1

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1	Jam berapa sekarang?	Benar	✓
2	Tahun berapa sekarang?	Benar	✓
3	Kapan lahir?	Benar	✓
4	Umur sekarang?	Benar	✓
5	Alamat saat ini?	Benar	✓
6	Jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama?	Benar	✓
7	Siapa anggota keluarga yang tinggal bersama?	Benar	✓
8	Tahun kemerdekaan Indonesia?	Benar	✓
9	Nama Presiden Indonesia?	Benar	✓
10	Hitung mundur dari 20 ke 1	Benar	✓
Jumlah Jawaban Benar		10	

Interpretasi SPSMQ:

- Salah 0–3 → Fungsi intelektual utuh
- Salah 4–5 → Kerusakan intelektual ringan
- Salah 6–8 → Kerusakan intelektual sedang
- Salah 9–10 → Kerusakan intelektual berat

Hasil Responden 1:

Seluruh jawaban benar (0 salah) → Fungsi intelektual utuh

6) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 4. 8 Mini Mental Status Exam (MMSE) Responden 1

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Pasien	Keterangan
1	Orientasi waktu	5	5	Klien dapat menyebutkan dengan benar: - Tahun: 2025 - Musim: Kemarau - Tanggal: 2 - Hari: Rabu - Bulan: Juli

2	Orientasi tempat	5	5	Klien dapat menyebutkan lokasi saat ini: - Negara: Indonesia - Provinsi: Jawa Barat - Kabupaten: Garut
3	Registrasi	3	3	Klien dapat mengingat dan menyebutkan kembali 3 objek setelah disebutkan pemeriksa: - Meja, Kursi, Jam
4	Perhatian dan Kalkulasi	5	3	Klien dapat menghitung mundur dari 100 dengan pengurangan 7: - 93, 86, 79, 72, 65
5	Mengingat kembali	3	3	Klien dapat mengulangi kembali 3 objek sebelumnya: - Meja, Kursi, Jam
6	Bahasa	9	9	Klien mampu: - Menyebut nama benda (jam tangan, pensil) - Mengulang kalimat “tak ada jika, tetapi” - Mengikuti perintah 3 langkah: mengambil kertas, melipat, meletakkan di lantai - Menutup mata atas perintah - Menulis satu kalimat - Menyalin gambar

Total Skor: 23

Interpretasi Hasil:

- Skor > 23: Fungsi kognitif baik
- Skor 18–22: Kerusakan ringan
- Skor ≤ 17: Kerusakan berat

Hasil Responden 1:

Skor 23 – Aspek kognitif dalam baik.

4. Status Psikologis

1) Identifikasi Masalah Emosional

Tabel 4. 9 Masalah Emosional Responden 1

Tahap	Pertanyaan	Jawaban
Tahap 1	Apakah klien mengalami sukar tidur?	Tidak
	Apakah klien merasa gelisah?	Tidak
	Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?	Tidak
	Apakah klien sering was-was atau khawatir?	Tidak
	Lanjutan ke Tahap 2 jika ada ≥ 1 jawaban "Ya" pada tahap 1	Tidak dilanjutkan
Tahap 2	Keluhan dirasakan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?	—
	Apakah ada masalah atau banyak pikiran?	—

Adakah gangguan/malalah dengan anggota keluarga lain?	—
Apakah menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?	—
Apakah cenderung mengurung diri?	—

Kesimpulan:

Klien tidak menunjukkan gejala gangguan emosional yang signifikan.

2) Skala Depresi Geriatrik

Tabel 4. 10 Skala Depresi Geriatrik Responden 1

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	✓	
2.	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas Anda?	✓	
3.	Merasa bahwa kehidupan Anda hampa?	✓	
4.	Sering merasa bosan?	✓	
5.	Penuh pengharapan akan masa depan?	✓	
6.	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu?	✓	
7.	Diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat diungkapkan?		✓
8.	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?	✓	
9.	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda?	✓	
10.	Sering kali merasa tidak berdaya?	✓	
11.	Sering merasa gelisah dan gugup?		✓
12.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan?		✓
13.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan? (<i>duplikat pertanyaan</i>)		✓
14.	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?		✓
15.	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?	✓	
16.	Sering kali merasa merana?		✓
17.	Merasa kurang bahagia?	✓	
18.	Sangat khawatir terhadap masa lalu?		✓
19.	Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?		✓
20.	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru?		✓
21.	Merasa dalam keadaan penuh semangat?	✓	
22.	Berpikir bahwa keadaan Anda tidak ada harapan?		✓
23.	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada saya?		✓
24.	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele?		✓
25.	Sering kali merasa ingin menangis?		✓
26.	Merasa sulit untuk berkonsentrasi?		✓
27.	Menikmati tidur?	✓	
28.	Memilih menghindari dari perkumpulan sosial?	✓	
29.	Mudah mengambil keputusan?		✓
30.	Mempunyai pikiran yang jernih?	✓	

Interpretasi Hasil:

- Skor 0–5: Normal
- Skor 6–15: Depresi ringan–sedang

- Skor 16–30: Depresi berat

Hasil Responden 1:

Skor 5 – Tidak menunjukkan tanda depresi, dalam batas normal.

3) Lingkungan Tempat Tinggal

Tabel 4. 11 Lingkungan Tempat Tinggal Responden 1

No.	Aspek yang Dinilai	Keterangan
1.	Kebersihan dan kerapihan ruangan	Ruangan tampak bersih dan rapi
2.	Penerangan	Penerangan cukup dan baik
3.	Sirkulasi udara	Baik
4.	Kondisi kamar mandi dan WC	Bersih, tidak berbau
5.	Pembuangan air kotor	Melalui saluran solokan
6.	Sumber air minum	Menggunakan air galon
7.	Pembuangan sampah	Terdapat tempat pembuangan sampah
8.	Sumber pencemaran	Tidak ada, lingkungan dalam kondisi baik
9.	Penataan halaman	Halaman tertata dan bersih
10.	Risiko injuri	Tidak ditemukan risiko cedera di lingkungan tempat tinggal

4) Keadaan Lingkungan

Lingkungan rumah klien cukup bersih, ventilasi udara cukup baik, lantai dari semen, dan sumber air bersih didapat dari PDAM

(a) Data sosial

Saat dan sesudah pengkajian : Klien mengatakan sering berkumpul dengan teman sejawatnya, hubungan klien dengan teman-teman dipanti juga sangat baik.

(b) Data Spiritual

1. Pelaksanaan Ibadah

Klien mengatakan beragama islam, klien menjalankan ibadah solat 5 waktu

2. Keyakinan: Tentang kesehatan.

Klien meyakini bahwa kesehatan adalah hasil dari kebiasaan sehari-hari yang konsisten dan kesadaran diri. Ia percaya bahwa

menjaga kesehatan tidak hanya melibatkan diet dan olahraga, tetapi juga mencakup tidur yang cukup dan manajemen waktu yang baik. Klien membuat jadwal tidur yang teratur untuk memastikan dirinya mendapatkan istirahat yang cukup setiap malam.

5) Pemeriksaan Diagnostik

No	Hari/Tanggal	pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Rabu, 7 Juli 2025	Asam Urat	11 mg/dl	<7mg/dl

1. Program dan Rencana Pengobatan

Tabel 4. 12 Rencana Pengobatan Responden 1

Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Kegunaan
Allopurinol	1 x 100 mg	Oral	menghambat pembentukan asam urat

B. Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data Responden 1

Analisa Data	Etiologi	Masalah
DS: - Klien mengatakan nyeri pada kedua lutut terasa seperti ditusuk-tusuk. - Klien mengatakan nyeri muncul terutama saat berjalan dan hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri sudah berlangsung sejak beberapa hari terakhir dengan skala nyeri 5 dari 10. DO: - Keadaan umum baik. - Klien tampak meringis saat berjalan. - TTV: TD 140/80 mmHg, N 71x/menit, RR 22x/menit, S 36,5°C.	Aging Proses ↓ Progremsifregeneratif ↓ Komsumsi protein berlebih ↓ Perubahan fungsi menurun struktur secara molekul dan sel ↓ Gangguan metabolisme purin ↓ Produksi asam urat yang berlebihan menumpuk di persedian ↓	D.0077 Nyeri Akut

- Asam urat 11 mg/dl. - Area lutut tampak sedikit bengkak dan hangat saat diraba.	Adanya gesekan antara asam urat dan permukaan sendi ↓ Nyeri Akut	
DS: - Klien mengatakan sulit berjalan karena lutut terasa nyeri dan kaku. - Klien mengatakan gerakan sendi terbatas terutama saat menekuk lutut. - Klien mengatakan merasa cepat lelah saat berdiri lama atau berpindah posisi. DO: - Klien berjalan dengan langkah lambat dan memerlukan bantuan. - Kekuatan otot ekstremitas atas 4/4, ekstremitas bawah 3/3. - Terlihat keterbatasan rentang gerak pada lutut kiri dan kanan. - Tanda-tanda vital dalam batas normal.	Pencetusan inflamasi Multi Organ ↓ Sendi ↓ Aktivasi Komplemen Mediator Inflamasi ↓ Pembengkakan ↓ Aktivitas Menurun ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik
DS: - Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri lutut. - Klien mengatakan merasa kurang puas dengan kondisi kesehatannya saat ini. - Klien mengatakan takut penyakitnya kambuh kembali meskipun kadar asam urat sudah menurun. DO: - Klien tampak gelisah dan sering mengganti posisi tidur. - Klien tampak meringis saat berjalan. - Klien sulit melakukan relaksasi. - Ekspresi wajah tampak tegang.	Aging Proses ↓ Progresifregeneratif ↓ Konsumsi protein berlebih ↓ Perubahan fungsi menurun struktur secara molekul dan sel ↓ Gangguan metabolisme purin ↓ Produksi asam urat yang berlebihan menumpuk di persedian ↓ Adanya gesekan antara asam urat dan permukaan sendi ↓ Nyeri Akut ↓ Kurang pengetahuan	D.0074 Gangguan Aman Nyaman

	tentang penyakitnya ↓ Koping ↓ Berdampak pada kesehatan fisiknya ↓ Gangguan rasa nyaman	
--	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri persendian ditandai dengan klien mengatakan sulit berjalan jauh dan merasa lutut kaku saat bangun tidur. Klien juga mengatakan gerakan lutut terasa terbatas dan nyeri saat digunakan untuk berdiri atau berjalan.
2. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada lutut kiri yang terasa nyut-nyutan terutama saat digerakkan. Klien menilai skala nyeri 6 dari 10 dan mengeluh nyeri mengganggu aktivitas serta istirahat.
3. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala terkait penyakit ditandai dengan klien mengatakan merasa tidak nyaman karena nyeri dan sulit tidur pada malam hari. Klien juga mengatakan sering gelisah dan sulit menemukan posisi nyaman saat beristirahat.

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
------------------------------	------	------

Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D. 0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (... x 24 jam) diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri Meringis Gelisah Sikap protektif Kesulitan tidur Ketegangan otot Pupil dilatasi Berfokus pada diri sendiri Menarik diri Keterangan : (5) Meningkatkan (6) Cukup Meningkatkan (7) Sedang (8) Cukup Menurun Menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal. • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik • Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). • Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. • Jelaskan strategi meredakan nyeri. • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (... x 24 jam) diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Terapeutik

	Nyeri Kaku sendi Gerakan terbatas Kelemahan fisik Gerakan terkoordinasi tidak Keterangan : (4) Meningkat (5) Cukup meningkat (6) Sedang Cukup menurun	• Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur). • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. • Anjurkan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus.
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)	Rasa Nyaman (L.08064) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama (...x 24 jam) maka, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : (2)Keluhan tidak nyaman menurun Gelisah menurun	Terapi Relaksasi (1.09326) Observasi • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. • Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan. • Monitor respon terhadap terapi relaksasi. Terapeutik • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika

		memungkinkan • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi. • Gunakan pakaian longgar. • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetic atau Tindakan medis lain, jika sesuai. Edukasi • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif). • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi. • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih. • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).
--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan

No	Tanggal/Jam	DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Hari 1 Sabtu, 03/08/2025 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri pada lutut hingga pergelangan kaki terasa seperti tertimpa benda berat saat beraktivitas. DO: Skala nyeri 4/10, tampak meringis saat berjalan.	 Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri muncul hilang timbul. DO: Klien tampak berhenti saat berjalan jauh.	 Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri skala 4 (0–10). DO: Klien tampak menahan nyeri pada lutut.	 Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	DS: Klien mengatakan nyeri bertambah jika banyak aktivitas. DO: Wajah tampak tegang, gerakan lambat.	 Ikeu
5	09.30	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri terasa 4/10 pada lutut kiri. DO: Pasien tampak meringis.	 Ikeu
6	09.35	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	DS: Pasien mengatakan akan mencoba teknik tersebut. DO: Pasien mengikuti latihan napas dengan baik.	 Ikeu
7	09.40	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi tersebut. DO: Pasien tampak rileks.	 Ikeu
8	09.50	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat.	 Ikeu

				DO: Skala nyeri 4/10.	
9	10.00	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan takut jatuh jika berdiri. DO: Pasien tampak hati-hati saat mobilisasi.	 Ikeu
10	10.05	1	Mengecek kondisi sesudah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien menjawab dengan benar orientasi waktu dan tempat. DO: GCS 15, orientasi baik.	 Ikeu
11	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	DS: Klien mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
12	10.10	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Pasien mengatakan paham cara menggunakan tongkat. DO: Pasien mencoba dengan pengawasan perawat.	 Ikeu
13	10.20	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Pasien mengatakan akan meminta bantuan keluarga. DO: Pasien tampak kooperatif.	 Ikeu
14	10.25	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri 2x sehari.	DS: Pasien mengatakan merasa lebih aman. DO: Lingkungan sekitar sudah diatur aman.	 Ikeu
15	10.30	2	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Pasien mengatakan tidak merasa pusing saat latihan. DO: TD 118/80 mmHg, N 82x/m, RR 20x/m, hasil stabil.	 Ikeu
16	10.40	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan memahami cara relaksasi napas	 Ikeu

				dalam. DO: Pasien tampak fokus dan mengikuti instruksi.	
17	10.45	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan posisi miring kiri terasa nyaman. DO: Pasien tampak tenang dan rileks.	 Ikeu
18	10.50	3	Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.	DS: Pasien mengatakan merasa tenang setelah latihan relaksasi. DO: Wajah tampak rileks, napas teratur.	 Ikeu
19	11.00	3	Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan akan mencoba latihan relaksasi secara rutin. DO: Pasien tampak kooperatif dan antusias.	 Ikeu
1	Hari 1 Minggu, 04/08/2025 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri pada lutut kiri berkurang dibanding kemarin. DO: Skala nyeri 3/10, pasien tampak lebih rileks.	 Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri pada lutut hingga pergelangan kaki terasa seperti tertimpa benda berat saat beraktivitas. DO: Skala nyeri 3/10, tampak meringis saat berjalan.	 Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri muncul hilang timbul. DO: Klien tampak berhenti saat berjalan jauh.	 Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi respon	DS: Klien	

			nyeri non verbal.	mengatakan nyeri skala 3 (0–10). DO: Klien tampak menahan nyeri pada lutut.	 Ikeu
5	09.30	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri muncul saat cuaca dingin dan berkurang setelah kompres hangat. DO: Tidak tampak meringis, pergerakan lebih lancar.	 Ikeu
6	09.35	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	DS: Pasien mengatakan paham cara mengurangi nyeri tanpa obat. DO: Pasien mampu menjelaskan ulang teknik napas dalam dan kompres hangat.	 Ikeu
7	09.40	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan kompres hangat membuat kaki terasa ringan. DO: Kulit tampak kemerahan ringan dan hangat, tidak ada iritasi.	 Ikeu
8	09.50	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan siap untuk terapi kompres. DO: Skala nyeri awal 3/10, area lutut tampak kaku ringan.	 Ikeu
9	10.00	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang setelah dikompres. DO: Skala nyeri menurun menjadi 2/10, pasien tampak nyaman.	 Ikeu
10	10.05	1	Mengecek kondisi sesudah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien menjawab dengan benar orientasi waktu dan tempat. DO: GCS 15, orientasi baik.	 Ikeu
11	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian	DS: Klien	

			analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
12	10.10	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Pasien mengatakan mampu menggerakkan kaki kiri sedikit lebih kuat. DO: Kekuatan otot ekstremitas kiri meningkat menjadi 3/5.	 Ikeu
13	10.20	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Pasien mengatakan mengerti pentingnya latihan rutin. DO: Pasien tampak aktif mengikuti latihan dengan semangat.	 Ikeu
14	10.25	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri 2x sehari.	DS: Pasien mengatakan tidak merasa nyeri saat latihan. DO: Pergerakan sendi meningkat, tidak ada spasme.	 Ikeu
15	10.30	2	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Pasien mengatakan merasa segar setelah latihan. DO: TD 120/80 mmHg, N 78x/m, RR 20x/m, hasil stabil.	 Ikeu
16	10.40	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan latihan relaksasi membantu mengurangi cemas. DO: Pasien melakukan teknik napas dalam dengan baik.	 Ikeu
17	10.45	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan posisi setengah duduk terasa nyaman. DO: Pasien tampak rileks dan	 Ikeu

				tidak tegang.	
1	Senin, 05/08/202509.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang dibanding hari sebelumnya. DO: Skala nyeri 2/10, ekspresi wajah rileks.	 Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Pasien mengatakan hanya terasa kaku ringan di kaki kiri. DO: Pergerakan sendi lancar, tidak tampak meringis.	 Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal.	DS: Pasien mengatakan tidak merasa pusing saat latihan. DO: TD 118/80 mmHg, N 82x/m, RR 20x/m.	 Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat kaki dihangatkan. DO: Pasien tampak tenang dan tersenyum.	 Ikeu
5	09.30	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah kompres hangat. DO: Pasien tampak rileks selama tindakan.	 Ikeu
6	09.40	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang setelah terapi kemarin. DO: Skala nyeri 2/10.	 Ikeu
7	09.50	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan merasa hangat dan nyaman pada area lutut kiri. DO: Kulit area kompres tampak kemerahan ringan, tidak ada luka.	 Ikeu
8	10.05	1	Mengecek kondisi sesudah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien menjawab dengan benar orientasi	 Ikeu

				waktu dan tempat. DO: GCS 15, orientasi baik.	Ikeu
9	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	DS: Klien mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
10	10.00	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Pasien mengatakan kaki kiri terasa lebih kuat dari sebelumnya. DO: Kekuatan otot kiri meningkat menjadi 3/5, kanan tetap 5/5.	 Ikeu
11	10.10	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Pasien mengatakan rutin melakukan latihan di kamar. DO: Gerakan ROM dilakukan dengan benar.	 Ikeu
12	10.20	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri 2x sehari.	DS: Pasien mengatakan merasa lebih ringan saat menggerakkan kaki. DO: Mobilitas meningkat, pasien kooperatif.	 Ikeu
13	10.30	3	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Pasien mengatakan tidak merasa lelah berlebih. DO: TD 120/80 mmHg, N 80x/m, RR 20x/m.	 Ikeu
14	10.35	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan menikmati latihan napas dalam. DO: Pasien mengikuti arahan dengan baik.	 Ikeu
15	10.40	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk. DO: Pasien	 Ikeu

				tampak tenang.	
16	10.45	3	Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.	DS: Pasien mengatakan merasa tenang setelah latihan. DO: Ekspresi wajah rileks.	 Ikeu
17	10.50	3	Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan akan melakukan latihan setiap pagi dan sore. DO: Pasien tampak termotivasi.	 Ikeu

F. Evaluasi Keperawatan

Tanggal / Hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri pada lutut kiri terasa 4/10 dan sedikit berkurang setelah latihan napas dalam serta kompres hangat jahe merah. O: TD 120/80 mmHg, N 84x/menit, RR 20x/menit, pasien tampak rileks dan kooperatif, skala nyeri menurun menjadi 3/10 setelah terapi. A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan (kompres hangat jahe merah dan relaksasi napas dalam).	 Ikeu
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan kaki kiri terasa lemah dan sulit digerakkan namun memahami pentingnya latihan ROM untuk memperkuat otot. O: Kekuatan otot kiri 2/5, kanan 5/5, pasien mampu mengikuti latihan ROM pasif tanpa keluhan, tanda vital stabil. A: Masalah teratasi sebagian. P: Latihan ROM dilanjutkan 2x/hari.	 Ikeu
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan takut jatuh saat berdiri, namun dapat menjawab orientasi waktu dan tempat dengan benar. O: GCS 15, orientasi baik, lingkungan aman, pasien masih memerlukan bantuan saat berpindah posisi. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dan lingkungan tetap dijaga aman.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri lutut kiri berkurang dibanding kemarin, terutama setelah kompres hangat jahe merah. O: Skala nyeri 2–3/10, pasien tampak rileks, kulit area kompres hangat tanpa iritasi, TD 118/78 mmHg. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan terapi kompres hangat dan relaksasi napas dalam.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan latihan ROM membantu mengurangi rasa kaku dan merasa lebih ringan saat berjalan.	

		O: Kekuatan otot kiri meningkat menjadi 3/5, pasien mampu bergerak ringan tanpa keluhan, tanda vital stabil (TD 120/80 mmHg, N 78x/menit). A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi latihan ROM dilanjutkan.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan lebih percaya diri berdiri dengan bantuan tongkat, meskipun masih khawatir jatuh. O: Lingkungan aman, pasien berjalan dengan bantuan, tidak ditemukan pusing, kesadaran penuh (GCS 15). A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan, edukasi keamanan mobilisasi diperkuat.	 Ikeu
Hari 3 Senin, 05/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dibanding hari sebelumnya, hanya terasa kaku ringan pada kaki kiri. O: Skala nyeri 2/10, TD 118/80 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit, pasien tampak rileks dan nyaman setelah kompres hangat. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai, lanjutkan pemantauan rutin.	 Ikeu
Hari 3 Senin, 05/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan kaki kiri terasa lebih kuat dan ringan setelah latihan ROM rutin. O: Kekuatan otot kiri meningkat menjadi 3/5, pergerakan lebih lancar, pasien kooperatif, tanda vital stabil. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai dan dilanjutkan dengan program fisioterapi mandiri.	 Ikeu
Hari 3 Senin, 05/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan sudah lebih percaya diri berjalan dengan tongkat dan merasa aman di kamar. O: GCS 15, lingkungan aman (lantai kering, sandal tidak licin), pasien mampu berdiri sendiri dengan pengawasan minimal. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai, lanjutkan edukasi pencegahan jatuh di rumah.	 Ikeu

4.2.1 Asuhan Keperawatan Responden 2

A. Pengkajian

1) Identitas

Nama	Ny. M
Umur	77 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	SD

Pekerjaan sebelumnya	IRT
Alamat	Jatiasih
Status Pernikahan	Menikah
Suku Bangsa	Sunda/Indonesia
Diagnosa Medis	Hipertensi
Tanggal Pengkajian	24 Juli 2024

2) Identitas Penanggungjawab

Nama	Tintin Sumartini S.IP.,MM
Jenis Kelamin	Perempuan
Umur	46 Tahun
Hubungan Dengan Klien	Pengurus Satpel Griya Lansia
Alamat	Tarogong Kidul

4) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada sendi, pusing, dan klien mengatakan punya riwayat Hipertensi

5) Riwayat Kesehatan

a) Masalah kesehatan yang pernah dialami dan yang di rasakan

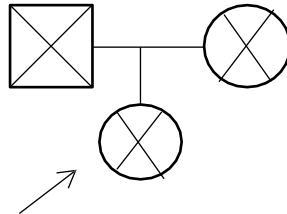
Klien mengatakan sering mengeluh pusing dan nyeri sendi, nyeri pada bagian lutut dan jari-jari ekstremitas atas maupun ekstremitas atas, nyeri yang dirasakan klien seperti tertimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya sering hilang timbul. pusing kadang timbul saat setelah beraktivitas. Skala nyeri 4 dari 0- 10 skala yang diberikan. Klien mengatakan menderita penyakit hipertensi sejak usia muda.

b) Masalah kesehatan keluarga/keturunan.

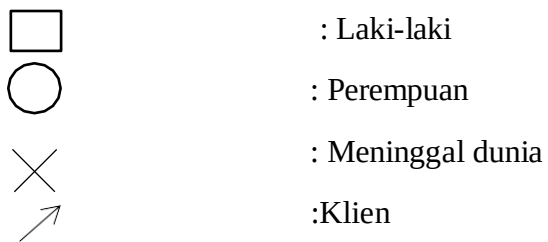
Klien mengatakan dalam keluarganya ada yang menderita

penyakit Hipertensi.

c) Genogram Genogram klien 2:



Keterangan
Gambar:



Penjelasan genogram :

Klien tidak memiliki saudara, dan orangtua klien sudah meninggal dunia

d) Status Fungsional

1) Pola makan

Sebelum dan saat pengkajian klien biasa makan 3x-5x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk sekali makan habis 1 porsi

2) Pola minum

Sebelum dan saat pengkajian klien mengatakan biasa minum kurang lebih 7-8 gelas/hari

3) Pola istirahat dan tidur

Saat pengkajian klien mengatakan bisa tidur kurang lebih 4

jam dari pukul 22.00 WIB sampai jam 3 pagi

4) Rekreasi

Klien mengatakan hanya berekreasi saat acara pengajian

Bersama teman-teman di panti

1. Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Klien Ny.M
1	Keadaan Umum	Baik
2	GCS	(E4V5M6)
3	Tingkat Kesadaran	Compos Mentis
4	Tanda-tanda vital: Tekanan Darah Suhu Nadi Respirasi	150/80 mmHg 36 °C 79 kali/menit 23 kali/ menit
5	Tinggi badan	150 cm
6	Berat badan	53 kg
7	Kepala	Inpeksi : Rambut tampak banyak uban, tidak ada luka, kebersihan kepala cukup, pertumbuhan rambut tidak merata Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
8	Mata	Inspeksi : Bentuk mata kiri dan kanan simetris, reflek pupil +/+, pupil isokor, pergerakan bola mata terkoordinir Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
9	Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, mukosa hidung merah muda, sekret tidak ada, benjolan tidak ada, pernapasan cuping hidung tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
10	Telinga	Inspeksi : Klien berespon terhadap suara, bentuk simetris, serumen tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
11	Mulut	Inspeksi: Mukosa bibir lembab, lidah tampak bersih, perdarahan gusi tidak ada Palpasi: Tidak

		ada pembesaran tonsil.
12	Leher	Inspeksi: Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada Palpasi: nyeri tekan tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada.
13	Thorax	Inspeksi: Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada Palpasi: Nyeri tekan tidak ada Auskultasi: Ronchi tidak ada, wheezing tidak ada, bunyi jantung S1S2 tunggal reguler, suara napas vesikuler. Perkusi : Suara paru sonor
14	Abdomen	Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak ada lebam dan pembengkakan Auskultasi: Bising usus 8 kali/menit Palpasi: Tidak ada nyeri tekan . Perkusi: Suara abdomen tympani
	Ekstremitas: Atas Bawah	Pergerakan terkoordinir, capillary refil time < 2 detik, edema tidak ada, nyeri tekan tidak ada, cyanosis tidak ada Pergerakan terkoordinir, lesi tidak ada, edema tidak ada, refek patela +/- . Kekuatan otot : 4 3 4 3
	Kulit	Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, kulit bersih, tidak terdapat luka
	Genetalia	Tidak ada lesi, tidak ada rabas, tidak ada nyeri pada pelvic, tidak ada penyakit kelamin, tidak ada infeksi.

2. Status Fungsional

1) KATZ Indeks

Tabel 4. 13 KATZ Indeks Responden 1

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi	✓	
2	Berpakaian	✓	
3	Pergi ke toilet	✓	
4	Berpindah (berjalan)	✓	
5	Kontinen (BAB/BAK)	✓	
6	Makan	✓	

Interpretasi: Nilai A – Mandiri dalam semua aktivitas

2) Barthel Indeks

Tabel 4. 14 Barthel Indeks Responden 1

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: 3x/hari Jumlah: 10 Jenis: lauk pauk
2	Minum	5	10	Frekuensi: 1 liter Jumlah: 10 Jenis: Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur	5-10	15	Tidak menggunakan alat bantu
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi: 5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
6	Mandi	5	15	Frekuensi: 15
7	Jalan di permukaan datar	0	15	15
8	Naik turun tangga	5	10	10
9	Mengenakan pakaian	5	10	10
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi sehari 2 kali Konsistensi: padat
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	10
12	Olahraga/Latihan	5	10	10
13	Pemanfaatan waktu luang	5	10	10

Interpretasi Skor Barthel:

Skor ≤ 25 : Tidak ada masalah kesehatan kronis sampai dengan masalah kesehatan ringan

Skor 26-50: Masalah kesehatan kronis sedang

Skor ≥ 51 : Masalah kesehatan kronis berat

Hasil : Skor ≤ 25 : Tidak ada masalah kesehatan kronis sampai dengan masalah kesehatan ringan

3) Risiko Jatuh – Morse Fall Scale (MFS)

Tabel 4. 15 Morse Fall Scale Responden 1

Aspek Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0
Diagnosis sekunder (lebih dari 1 penyakit)	Tidak	0
Alat bantu jalan	Tidak digunakan	0
Terapi intravena (infus)	Tidak	0
Status mental (sadar, orientasi baik)	Ya	0
Total Skor		45

Tabel 4. 16 Interpretasi Morse Fall Scale

Skor MFS	Tingkat Risiko	Tindakan
0–24	Tidak berisiko	Perawatan dasar
25–50	Risiko rendah	Pelaksanaan intervensi standar untuk pencegahan jatuh
≥51	Risiko tinggi	Intervensi khusus pencegahan jatuh tinggi

Hasil Responden 1:

Skor 45 → Risiko rendah jatuh, disarankan tetap diberi edukasi dan intervensi preventif.

4) Keseimbangan – Berg Balance Scale (BBS)

Tabel 4. 17 Berg Balance Scale Responden 1

No	Item Keseimbangan	Skor
1	Duduk ke berdiri	3
2	Berdiri tanpa penunjang	4
3	Duduk tanpa penunjang	4
4	Berdiri ke duduk	3
5	Transfer (pindah posisi)	3
6	Berdiri dengan mata tertutup	4
7	Berdiri dengan kaki rapat	3
8	Menjangkau ke depan	4
9	Mengambil barang dari lantai	4
10	Menoleh ke belakang	4
11	Berputar 360 derajat	2
12	Menempatkan kaki bergantian di bangku	0
13	Berdiri dengan satu kaki di depan	3
14	Berdiri dengan satu kaki	0
Total Skor		41

Interpretasi Skor Berg Balance Scale:

- 0–20 : Perlu kursi roda
- 21–40 : Berjalan dengan bantuan
- **40–56 : Mandiri/independen**

Hasil Responden 1:

Skor 41 → **Keseimbangan baik, mandiri**, namun tetap perlu pengawasan saat melakukan aktivitas dengan potensi jatuh seperti berdiri satu kaki atau naik tangga.

5) Status Mental – Short Portable Mental Status Questionnaire (SPSMQ)

Tabel 4. 18 SPSMQ Responden 1

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1	Jam berapa sekarang?	Benar	✓
2	Tahun berapa sekarang?	Benar	✓
3	Kapan lahir?	Benar	✓
4	Umur sekarang?	Benar	✓
5	Alamat saat ini?	Benar	✓
6	Jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama?	Benar	✓
7	Siapa anggota keluarga yang tinggal bersama?	Benar	✓
8	Tahun kemerdekaan Indonesia?	Benar	✓
9	Nama Presiden Indonesia?	Benar	✓
10	Hitung mundur dari 20 ke 1	Benar	✓
Jumlah Jawaban Benar		10	

Interpretasi SPSMQ:

- Salah 0–3 → Fungsi intelektual utuh
- Salah 4–5 → Kerusakan intelektual ringan
- Salah 6–8 → Kerusakan intelektual sedang
- Salah 9–10 → Kerusakan intelektual berat

Hasil Responden 1:

Seluruh jawaban benar (0 salah) → Fungsi intelektual utuh

6) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 4. 19 Mini Mental Status Exam (MMSE) Responden 1

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Pasien	Keterangan
1	Orientasi waktu	5	5	Klien dapat menyebutkan dengan benar: - Tahun: 2025 - Musim: Kemarau - Tanggal: 2 - Hari: Rabu - Bulan: Juli

2	Orientasi tempat	5	5	Klien dapat menyebutkan lokasi saat ini: - Negara: Indonesia - Provinsi: Jawa Barat - Kabupaten: Garut
3	Registrasi	3	3	Klien dapat mengingat dan menyebutkan kembali 3 objek setelah disebutkan pemeriksa: - Meja, Kursi, Jam
4	Perhatian dan Kalkulasi	5	3	Klien dapat menghitung mundur dari 100 dengan pengurangan 7: - 93, 86, 79, 72, 65
5	Mengingat kembali	3	3	Klien dapat mengulangi kembali 3 objek sebelumnya: - Meja, Kursi, Jam
6	Bahasa	9	9	Klien mampu: - Menyebut nama benda (jam tangan, pensil) - Mengulang kalimat “tak ada jika, tetapi” - Mengikuti perintah 3 langkah: mengambil kertas, melipat, meletakkan di lantai - Menutup mata atas perintah - Menulis satu kalimat - Menyalin gambar

Total Skor: 23

Interpretasi Hasil:

- Skor > 23: Fungsi kognitif baik
- Skor 18–22: Kerusakan ringan
- Skor ≤ 17: Kerusakan berat

Hasil Responden 1:

Skor 23 – Aspek kognitif dalam baik.

3. Status Psikologis

6) Identifikasi Masalah Emosional

Tabel 4. 20 Masalah Emosional Responden 1

Tahap	Pertanyaan	Jawaban
Tahap 1	Apakah klien mengalami sukar tidur?	Tidak
	Apakah klien merasa gelisah?	Tidak
	Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?	Tidak
	Apakah klien sering was-was atau khawatir?	Tidak
	Lanjutan ke Tahap 2 jika ada ≥ 1 jawaban "Ya" pada tahap 1	Tidak dilanjutkan
Tahap 2	Keluhan dirasakan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?	—
	Apakah ada masalah atau banyak pikiran?	—

Adakah gangguan/malalah dengan anggota keluarga lain?	—
Apakah menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?	—
Apakah cenderung mengurung diri?	—

Kesimpulan:

Klien tidak menunjukkan gejala gangguan emosional yang signifikan.

7) Skala Depresi Geriatrik

Tabel 4. 21 Skala Depresi Geriatrik Responden 1

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	✓	
2.	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas Anda?	✓	
3.	Merasa bahwa kehidupan Anda hampa?	✓	
4.	Sering merasa bosan?	✓	
5.	Penuh pengharapan akan masa depan?	✓	
6.	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu?	✓	
7.	Diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat diungkapkan?		✓
8.	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?	✓	
9.	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda?	✓	
10.	Sering kali merasa tidak berdaya?	✓	
11.	Sering merasa gelisah dan gugup?		✓
12.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan?		✓
13.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan? (<i>duplikat pertanyaan</i>)		✓
14.	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?		✓
15.	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?	✓	
16.	Sering kali merasa merana?		✓
17.	Merasa kurang bahagia?	✓	
18.	Sangat khawatir terhadap masa lalu?		✓
19.	Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?		✓
20.	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru?		✓
21.	Merasa dalam keadaan penuh semangat?	✓	
22.	Berpikir bahwa keadaan Anda tidak ada harapan?		✓
23.	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada saya?		✓
24.	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele?		✓
25.	Sering kali merasa ingin menangis?		✓
26.	Merasa sulit untuk berkonsentrasi?		✓
27.	Menikmati tidur?	✓	
28.	Memilih menghindari dari perkumpulan sosial?	✓	
29.	Mudah mengambil keputusan?		✓
30.	Mempunyai pikiran yang jernih?	✓	

Interpretasi Hasil:

- Skor 0–5: Normal
- Skor 6–15: Depresi ringan–sedang

- Skor 16–30: Depresi berat

Hasil Responden 1:

Skor 5 – Tidak menunjukkan tanda depresi, dalam batas normal.

8) Lingkungan Tempat Tinggal

Tabel 4. 22 Lingkungan Tempat Tinggal Responden 1

No.	Aspek yang Dinilai	Keterangan
1.	Kebersihan dan kerapihan ruangan	Ruangan tampak bersih dan rapi
2.	Penerangan	Penerangan cukup dan baik
3.	Sirkulasi udara	Baik
4.	Kondisi kamar mandi dan WC	Bersih, tidak berbau
5.	Pembuangan air kotor	Melalui saluran solokan
6.	Sumber air minum	Menggunakan air galon
7.	Pembuangan sampah	Terdapat tempat pembuangan sampah
8.	Sumber pencemaran	Tidak ada, lingkungan dalam kondisi baik
9.	Penataan halaman	Halaman tertata dan bersih
10.	Risiko injuri	Tidak ditemukan risiko cedera di lingkungan tempat tinggal

(5) Keadaan Lingkungan

Lingkungan rumah klien cukup bersih, ventilasi udara cukup baik, lantai dari semen, dan sumber air bersih didapat dari pam.

(c) Data sosial

Saat dan sesudah pengkajian : Klien mengatakan sering berkumpul dengan teman sejawatnya, hubungan klien dengan teman-teman dipanti juga sangat baik.

(d) Data Spiritual

1. Pelaksanaan Ibadah

Klien mengatakan beragama islam, klien menjalankan ibadah solat 5 waktu

2. Keyakinan: Tentang kesehatan.

Klien meyakini bahwa kesehatan adalah hasil dari kebiasaan

sehari-hari yang konsisten dan kesadaran diri. Ia percaya bahwa menjaga kesehatan tidak hanya melibatkan diet dan olahraga, tetapi juga mencakup tidur yang cukup dan manajemen waktu yang baik. Klien membuat jadwal tidur yang teratur untuk memastikan dirinya mendapatkan istirahat yang cukup setiap malam.

(e) Pemeriksaan Diagnostik Tidak ada data penunjang

No	Hari/Tanggal	pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Sabtu, 02 Juli 2025	Asam Urat	10.8 mg/dl	<7mg/dl

2. Program dan Rencana Pengobatan

Tabel 4. 23 Rencana Pengobatan Responden 2

Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Kegunaan
Allopurinol	1 x 100 mg	Oral	menghambat pembentukan asam urat

B. Analisa Data

Tabel 4.18 Analisa Data Pasien 2

Analisa Data	Etiologi	Masalah
DS: - Klien mengatakan nyeri pada sendi bagian lutut serta jari-jari tangan dan kaki. - Klien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - Klien mengatakan nyeri muncul saat beraktivitas dan hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri sudah berlangsung beberapa hari dengan skala nyeri 4 dari 10. DO: - Keadaan umum baik. - TTV: TD 150/80 mmHg, N 79x/menit, RR 23x/menit, S 36°C.	Aging Proses ↓ Progresifregeneratif ↓ Konsumsi protein berlebih ↓ Perubahan fungsi menurun struktur secara molekul dan sel ↓ Gangguan metabolisme purin ↓ Produksi asam urat yang berlebihan menumpuk di persedian	D.0077 Nyeri Akut

• Asam urat 10,8 mg/dl. • Area lutut dan sendi jari tampak bengkak ringan, hangat, dan kemerahan. • Klien tampak meringis saat berjalan dan memegang sendi yang nyeri.	↓ Gerakan sendi ↓ Adanya gesekan antara asam urat dan permukaan sendi ↓ Nyeri Akut	
DS: • Klien mengatakan sulit beraktivitas karena sendi terasa nyeri dan kaku. • Klien mengatakan gerakan lutut dan jari tangan terbatas. • Klien mengatakan cepat lelah dan tidak mampu berdiri lama. DO: • Klien berjalan dengan langkah lambat dan berhenti sesekali karena nyeri. • Terlihat keterbatasan rentang gerak (ROM) pada sendi lutut dan jari-jari. • Kekuatan otot ekstremitas atas 4/4, ekstremitas bawah 3/3. • Tidak terdapat kelumpuhan, namun pergerakan tampak kaku. • Tanda vital dalam batas normal.	Pencetusan inflamasi Multi Organ ↓ Sendi ↓ Aktivasi Komplemen Mediator Inflamasi ↓ Pembengkakan ↓ Aktivitas Menurun ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik
DS: • Klien mengatakan aktivitas terbatas dan tidak bisa lama dalam posisi yang sama. • Klien mengatakan kurang puas dengan kondisi tubuhnya saat ini. • Klien mengatakan khawatir penyakitnya tidak akan sembuh dan nyeri akan kambuh lagi meskipun kadar asam urat menurun. DO: • Klien tampak gelisah dan sering mengubah posisi duduk/tidur. • Klien tampak meringis saat bergerak. • Klien tampak sulit	Kristal asam urat menimbuk ↓ Terbentuk tori ↓ Kurang pemajaman informasi tentang penyakitnya ↓ Kurang beraktivitas ↓ Kurang pengetahuan tentang penyakitnya ↓ Koping ↓ Berdampak pada kesehatan fisiknya	D.0074 Gangguan Rasa Nyaman

melakukan relaksasi dan ekspresi wajah menunjukkan ketidaknyamanan. • Tidur tampak tidak nyenyak, sering terbangun karena nyeri.	↓ Gangguan rasa nyaman	
--	----------------------------------	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri persendian ditandai dengan klien mengatakan sulit berjalan jauh dan merasa lutut kaku saat bangun tidur. Klien juga mengatakan gerakan lutut terasa terbatas dan nyeri saat digunakan untuk berdiri atau berjalan.
2. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada lutut kiri yang terasa nyut-nyutan terutama saat digerakkan. Klien menilai skala nyeri 6 dari 10 dan mengeluh nyeri mengganggu aktivitas serta istirahat.
3. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala terkait penyakit ditandai dengan klien mengatakan merasa tidak nyaman karena nyeri dan sulit tidur pada malam hari. Klien juga mengatakan sering gelisah dan sulit menemukan posisi nyaman saat beristirahat.

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.19 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi,

(inflamasi) (D.0077)	selama (... x 24 jam) diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri Meringis Gelisah Sikap protektif Kesulitan tidur Ketegangan otot Pupil dilatasi Berfokus pada diri sendiri Menarik diri Keterangan : (9) Meningkat (10) Cukup Meningkat (11) Sedang (12) Cukup Menurun Menurun	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal. • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Terapeutik • Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). • Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. • Jelaskan strategi meredakan nyeri. • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (... x 24 jam) diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil : Nyeri Kaku sendi Gerakan terbatas Kelemahan fisik Gerakan tidak	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Terapeutik • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat

	terkoordinasi Keterangan : (7) Meningkat (8) Cukup meningkat (9) Sedang Cukup menurun	bantu (mis. pagar tempat tidur). • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. • Anjurkan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus.
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)	Rasa Nyaman (L.08064) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama (...x 24 jam) maka, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : (3)Keluhan tidak nyaman menurun Gelisah menurun	Terapi Relaksasi (1.09326) Observasi • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. • Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan. • Monitor respon terhadap terapi relaksasi. Terapeutik • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan

		prosedur Teknik relaksasi. • Gunakan pakaian longgar. • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetic atau Tindakan medis lain, jika sesuai. Edukasi • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif). • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi. • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih. • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).
--	--	---

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan

No	Tanggal/Jam	DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Hari 1 Sabtu, 02/08/2025 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri pada lutut hingga pergelangan kaki terasa seperti tertimpa benda berat saat beraktivitas. DO: Skala nyeri 4/10, tampak meringis saat berjalan.	 Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri muncul hilang timbul. DO: Klien tampak berhenti saat berjalan jauh.	 Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Klien mengatakan nyeri skala 4 (0–10). DO: Klien tampak menahan nyeri pada lutut.	 Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	DS: Klien mengatakan nyeri bertambah jika banyak aktivitas. DO: Wajah tampak tegang, gerakan lambat.	 Ikeu
5	09.30	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Nyeri muncul setelah berjalan jauh, berkurang setelah istirahat. DO: Klien tampak duduk dengan lutut ditekuk.	 Ikeu
6	09.35	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	DS: Klien mengatakan tahu nyeri disebabkan asam urat tinggi. DO: Klien tampak antusias mendengarkan.	 Ikeu
7	09.40	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Klien mengatakan paham manfaat kompres hangat. DO: Klien tampak siap menerima terapi.	 Ikeu
8	09.50	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Klien mengatakan nyeri dirasakan di lutut dan pergelangan kaki. DO: TD 150/80 mmHg, N 79x/m, RR 23x/m, suhu 36°C.	 Ikeu
9	10.00	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Klien mengatakan terasa hangat dan nyaman. DO: Setelah terapi – suhu	

				35.7°C, N 77x/m, RR 22x/m, asam urat 10 mg/dl.	 Ikeu
10	10.05	1	Mengecek kondisi setelah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Klien mengatakan nyeri berkurang. DO: Klien tampak rileks dan tidak meringis.	 Ikeu
11	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	DS: Klien mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
12	10.10	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Klien mengatakan kaki terasa berat saat berdiri. DO: Kekuatan otot 3/5, gerak terbatas.	 Ikeu
13	10.20	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Klien mengatakan paham manfaat latihan untuk sendi. DO: Klien tampak memperhatikan dan memahami.	 Ikeu
14	10.25	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas bawah 2× sehari.	DS: Klien mengatakan agak nyeri tapi mau melanjutkan. DO: Gerakan perlahan, klien kooperatif.	 Ikeu
15	10.30	2	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Klien mengatakan tidak pusing. DO: TD 150/80 mmHg, N 79x/m, RR 22x/m – stabil.	 Ikeu
16	10.40	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Klien mengatakan paham cara napas dalam untuk relaksasi. DO: Klien tampak fokus mengikuti instruksi.	 Ikeu
17	10.45	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Klien mengatakan nyaman saat posisi setengah duduk. DO: Ekspresi wajah tenang.	 Ikeu
18	10.50	3	Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.	DS: Klien mengatakan lebih rileks setelah latihan. DO: Gelisah menurun, napas teratur.	 Ikeu
19	11.00	3	Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.	DS: Klien mengatakan siap melakukan relaksasi mandiri. DO: Klien kooperatif, tampak percaya diri.	 Ikeu
1	Hari 2 Minggu, 04/08/2025 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang dibanding kemarin. DO: Skala nyeri 3/10, pasien tampak lebih rileks.	 Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi lokasi,	DS: Pasien mengatakan nyeri	

			karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	hanya terasa saat digerakkan. DO: Ekspresi wajah tampak tenang, tidak meringis.	 Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri ringan pada lutut kiri. DO: Skala nyeri 3/10, tidak tampak gelisah.	 Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	DS: Pasien mengatakan nyaman saat duduk santai. DO: TTV dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, N 80x/m, RR 20x/m).	 Ikeu
5	09.30	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat dikompres hangat. DO: Wajah pasien tampak lebih rileks.	 Ikeu
6	09.35	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	DS: Pasien mengatakan paham manfaat kompres hangat. DO: Pasien mampu menjelaskan kembali dengan benar.	 Ikeu
7	09.40	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan setuju untuk melanjutkan terapi. DO: Pasien memperhatikan penjelasan dengan baik.	 Ikeu
8	09.50	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan siap dilakukan kompres. DO: Area kulit bersih, tidak ada luka atau kemerahan.	 Ikeu
9	10.00	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan terasa hangat dan nyaman. DO: Setelah 15 menit, skala nyeri menurun menjadi 2/10.	 Ikeu
10	10.05	1	Mengecek kondisi setelah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang. DO: Tidak ada tanda iritasi kulit, pasien tampak rileks.	 Ikeu
11	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	DS: Klien mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
12	10.10	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Pasien mengatakan lebih mudah menggerakkan kaki kiri. DO: Kekuatan otot meningkat menjadi 3/5.	 Ikeu
13	10.20	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Pasien mengatakan paham pentingnya latihan. DO: Pasien tampak	

				kooperatif dan aktif bertanya.	
					Ikeu
14	10.25	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri 2x sehari.	DS: Pasien mengatakan tidak terlalu sakit saat latihan. DO: Pergerakan sendi lebih lancar.	
					Ikeu
15	10.30	2	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Pasien mengatakan tidak merasa pusing. DO: TD 118/78 mmHg, N 82x/m, RR 20x/m, hasil stabil.	
					Ikeu
16	10.40	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan masih ingat teknik napas dalam. DO: Pasien mengikuti instruksi dengan baik.	
					Ikeu
17	10.45	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan posisi setengah duduk paling nyaman. DO: Pasien tampak tenang dan tidak gelisah.	
					Ikeu
18	10.50	3	Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.	DS: Pasien mengatakan tubuh terasa ringan setelah latihan. DO: Wajah pasien tampak tenang.	
					Ikeu
19	11.00	3	Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan akan melatih napas dalam setiap pagi dan sore. DO: Pasien tampak termotivasi dan kooperatif.	
					Ikeu
1	Hari 3 Senin, 05/08/2025 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri sudah jarang muncul. DO: Skala nyeri 2/10, ekspresi wajah tenang.	
					Ikeu
2	09.05	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri hanya terasa sedikit saat berjalan jauh. DO: Tidak tampak meringis, berjalan dengan bantuan tongkat.	
					Ikeu
3	09.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dibanding kemarin. DO: Skala nyeri 2/10, pasien tampak lebih aktif.	
					Ikeu
4	09.20	1	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	DS: Pasien mengatakan nyaman selama latihan. DO: Tidak tampak gelisah, postur tubuh stabil.	
					Ikeu
5	09.30	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri muncul jika duduk terlalu lama. DO: Pasien tampak mampu	

				menyesuaikan posisi duduk.	Ikeu
6	09.35	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	DS: Pasien mengatakan paham pentingnya menjaga posisi tubuh. DO: Pasien mampu menjelaskan kembali cara mengurangi nyeri.	 Ikeu
7	09.40	1	Menjelaskan tentang terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan merasa segar setelah kompres hangat. DO: Kulit area kompres tampak baik, tidak ada kemerahan.	 Ikeu
8	09.50	1	Mengecek kondisi awal sebelum terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan siap dilakukan kompres. DO: Area kulit bersih dan kering.	 Ikeu
9	10.00	1	Pemberian terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang setelah dikompres. DO: Skala nyeri menurun menjadi 1/10.	 Ikeu
10	10.05	1	Mengecek kondisi setelah terapi kompres hangat jahe merah.	DS: Pasien mengatakan lebih rileks dan hangat. DO: Pasien tampak tenang, kulit tetap utuh tanpa iritasi.	 Ikeu
11	10.05	1	Mengkolaborasi pemberian analgetik, Allopurinol 1 tablet, oral setiap 8 jam	DS: Klien mengatakan bersedia menerima obat. DO: Allopurinol 1 tablet sudah diberikan sesuai resep dokter, rute oral.	 Ikeu
12	10.10	2	Observasi kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien menggunakan skala 0–5.	DS: Pasien mengatakan kaki kiri terasa lebih kuat. DO: Kekuatan otot meningkat menjadi 4/5.	 Ikeu
13	10.20	2	Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM kepada pasien.	DS: Pasien mengatakan semakin memahami pentingnya latihan rutin. DO: Pasien tampak aktif berpartisipasi.	 Ikeu
14	10.25	2	Melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri 2x sehari.	DS: Pasien mengatakan tidak terasa nyeri saat latihan. DO: Pergerakan sendi lancar dan stabil.	 Ikeu
15	10.30	2	Monitor tanda-tanda vital dan respon pasien saat latihan.	DS: Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat latihan. DO: TD 118/78 mmHg, N 80x/m, RR 20x/m, hasil normal.	 Ikeu
16	10.40	3	Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.	DS: Pasien mengatakan sudah terbiasa melakukan napas dalam. DO: Pasien melakukannya dengan benar tanpa arahan.	 Ikeu

17	10.45	3	Anjurkan mengambil posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan posisi duduk tegak paling nyaman. DO: Pasien tampak rileks dan tersenyum.	 Ikeu
----	-------	---	-----------------------------------	--	---

F. Evaluasi Keperawatan

Tanggal / Hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan terasa 5/10 dan berkurang setelah melakukan napas dalam serta kompres hangat jahe merah. O: TD 120/80 mmHg, N 84x/menit, RR 20x/menit, pasien tampak rileks dan mampu mengikuti latihan dengan baik, skala nyeri turun menjadi 3/10. A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan (kompres hangat jahe merah dan relaksasi napas dalam).	 Ikeu
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan kaki kanan terasa kaku saat digerakkan namun memahami pentingnya latihan ROM untuk memperkuat otot. O: Kekuatan otot kanan 3/5, kiri 5/5, pasien mampu mengikuti latihan ROM pasif tanpa keluhan, tanda vital stabil. A: Masalah teratasi sebagian. P: Latihan ROM dilanjutkan 2x/hari.	 Ikeu
Hari 1 Sabtu, 03/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan masih takut jatuh saat berdiri lama, namun dapat menjawab orientasi waktu dan tempat dengan benar. O: GCS 15, orientasi baik, lingkungan aman, pasien masih memerlukan bantuan saat berpindah posisi. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dan lingkungan tetap dijaga aman.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri lutut kanan berkurang dibanding kemarin setelah dilakukan kompres hangat jahe merah. O: Skala nyeri 3/10, pasien tampak rileks, kulit area kompres baik, TD 118/78 mmHg. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan terapi kompres hangat dan relaksasi napas dalam.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan latihan ROM membantu mengurangi kekakuan dan merasa lebih ringan saat berjalan. O: Kekuatan otot kanan meningkat menjadi 4/5, pasien mulai bergerak ringan tanpa keluhan, tanda vital stabil (TD 120/80 mmHg, N 80x/menit). A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi latihan ROM dilanjutkan.	 Ikeu
Hari 2 Minggu, 04/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan lebih percaya diri berjalan dengan bantuan tongkat, meskipun masih khawatir terpeleset. O: Lingkungan aman, pasien berjalan dengan bantuan, kesadaran penuh (GCS 15), tidak ada keluhan pusing. A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dan edukasi keamanan mobilisasi diperkuat.	 Ikeu

Hari 3 Senin, 05/08/2025	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan nyeri hanya terasa ringan setelah banyak bergerak dan berkurang setelah kompres hangat. O: Skala nyeri 2/10, TD 118/80 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit, pasien tampak rileks dan nyaman. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai, lanjutkan pemantauan nyeri dan edukasi mandiri di rumah.	 Ikeu
Hari 3 Senin, 05/08/2025	Gangguan Mobilitas Fisik	S: Pasien mengatakan kaki kanan terasa lebih kuat dan mudah digerakkan setelah latihan ROM rutin. O: Kekuatan otot meningkat menjadi 4/5, pergerakan lebih lancar, pasien aktif berpartisipasi, tanda vital stabil. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai, dilanjutkan dengan program latihan mandiri di rumah.	 Ikeu
Hari 3 Senin, 05/08/2025	Risiko Jatuh	S: Pasien mengatakan sudah berani berjalan dengan tongkat tanpa bantuan dan merasa aman. O: GCS 15, lingkungan aman (lantai kering, sandal tidak licin), pasien mampu berdiri dan berjalan pelan dengan pengawasan minimal. A: Masalah teratasi. P: Intervensi selesai, lanjutkan edukasi pencegahan jatuh di rumah.	 Ikeu

4.3 Pembahasan

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan terhadap klien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, dan risiko jatuh di UPTD PPSGL Satpel Griya Lansia Garut mulai dari tanggal 03–05 Agustus 2025, diperoleh beberapa kesamaan dan kesenjangan antara teori yang terdapat pada BAB II dengan kenyataan di lapangan yang disajikan di BAB IV

4.3.1 Pengkajian

Responden pertama merupakan seorang lansia dengan riwayat peningkatan kadar asam urat dan hipertensi. Responden mengeluhkan nyeri pada sendi lutut dan pergelangan kaki yang terasa menusuk terutama saat berjalan dan setelah beristirahat lama. Klien juga melaporkan kekakuan sendi pada pagi hari serta kesulitan dalam melakukan aktivitas seperti berjalan, berdiri lama, dan naik tangga. Hasil observasi menunjukkan lutut tampak bengkak, kemerahan, dan terasa hangat saat

disentuh, serta klien tampak menahan nyeri saat bergerak. Dari hasil pemeriksaan fisik ditemukan bahwa kekuatan otot ekstremitas bawah menurun (4/5) dan rentang gerak sendi terbatas akibat nyeri. Secara psikologis, responden tampak frustrasi dan mudah lelah, namun tetap berpartisipasi aktif dalam latihan rentang gerak yang dianjurkan oleh perawat. Faktor predisposisi yang diduga berperan yaitu pola makan tinggi purin (seperti jeroan dan kacang-kacangan) serta riwayat hipertensi yang tidak terkontrol dengan baik.

Responden kedua juga merupakan seorang lansia dengan riwayat gout arthritis kronik. Responden mengeluhkan nyeri sendi pada jari kaki dan tangan, terutama saat malam hari dan ketika cuaca dingin. Klien mengatakan bahwa nyeri terasa seperti ditusuk jarum dan berdenyut, hingga kadang menyebabkan sulit tidur. Hasil observasi menunjukkan sendi jari kaki kanan tampak bengkak dan kemerahan, disertai penurunan kemampuan untuk menggenggam benda akibat nyeri pada jari tangan. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya peningkatan suhu lokal pada sendi yang nyeri dan penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi dan berpakaian. Secara psikologis, klien tampak cemas terhadap kekambuhan nyeri dan menghindari gerakan yang dapat menimbulkan rasa sakit. Faktor predisposisi yang berkontribusi antara lain kurangnya aktivitas fisik, pola makan tidak seimbang, serta kurangnya kepatuhan terhadap pengobatan rutin.

Manifestasi klinis yang ditemukan pada kedua responden sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh dr. Neva Nareza T (2023) bahwa Gout

Arthritis merupakan peradangan sendi akibat penumpukan kristal asam urat, yang ditandai dengan nyeri hebat, bengkak, kemerahan, dan rasa hangat pada sendi. Kondisi ini sering menyerang sendi jempol kaki, lutut, dan pergelangan kaki, serta dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan gangguan aktivitas harian.

Dengan demikian, hasil pengkajian menunjukkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kondisi nyata di lapangan. Kedua responden memperlihatkan tanda dan gejala klinis yang konsisten dengan teori gout arthritis, yaitu nyeri sendi, pembengkakan, kemerahan, dan keterbatasan aktivitas fisik. Temuan ini menegaskan bahwa dalam penanganan pasien gout arthritis, perawat perlu memfokuskan asuhan pada aspek fisik (nyeri, mobilitas, dan aktivitas), psikologis (motivasi dan adaptasi terhadap nyeri), serta edukasi mengenai diet dan pengelolaan penyakit agar proses penyembuhan berjalan optimal dan kekambuhan dapat dicegah.

4.3.2 Diagnosa

Kedua responden, yaitu Ny R dan Ny M, menunjukkan beberapa diagnosa keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, yaitu nyeri akut (D.0077), gangguan mobilitas fisik (D.0054), dan gangguan rasa nyaman (D.0074). Ketiga diagnosa tersebut muncul akibat proses patologis yang memengaruhi sistem muskuloskeletal dan neuromuskular, serta berdampak terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien.

Pada responden 1, hasil pengkajian menunjukkan keluhan utama berupa nyeri pada lutut hingga pergelangan kaki yang dirasakan nyeri dan

kaku sehingga pasien kesulitan untuk berjalan. Klien juga tampak tidak nyaman dan gelisah saat beristirahat. Data tersebut mendukung diagnosa Nyeri Akut (D.0077) yang berhubungan dengan proses inflamasi dan peningkatan asam urat. Selain itu, klien mengalami Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) yang ditandai dengan ketidakmampuan berjalan normal akibat nyeri dan kekakuan sendi. Klien tampak bergerak dengan hati-hati dan sering meminta bantuan untuk berpindah posisi. Adanya Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) juga terlihat dari ekspresi wajah yang tegang, gelisah, serta pernyataan bahwa tidur menjadi tidak nyenyak karena nyeri yang menetap.

Sementara itu, pada responden 2, hasil pengkajian menunjukkan keluhan nyeri pada sendi hingga jari-jari ekstremitas atas dan bawah. Klien mengeluhkan nyeri berdenyut disertai rasa kaku pada persendian. Secara objektif, pasien tampak tidak nyaman, sering mengusap area sendi, dan tampak gelisah saat bergerak. Kondisi ini memperkuat diagnosa Nyeri Akut (D.0077) yang berhubungan dengan proses inflamasi sendi. Klien juga mengalami Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) karena keterbatasan dalam melakukan aktivitas seperti berjalan atau menggenggam benda. Selain itu, muncul Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) karena nyeri yang berkepanjangan menimbulkan ketegangan emosional dan gangguan tidur.

Ketiga diagnosa tersebut sejalan dengan teori Vedbeck (2019) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan berbeda dengan diagnosa medis; fokusnya adalah pada respon klien terhadap masalah kesehatan atau bagaimana kondisi medis memengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari.

Dalam hal ini, nyeri, keterbatasan mobilitas, dan ketidaknyamanan merupakan respon langsung klien terhadap peningkatan kadar asam urat dan gangguan muskuloskeletal.

Selain itu, teori dari SDKI (2019) juga mendukung temuan ini, bahwa Nyeri Akut (D.0077) ditandai dengan keluhan subjektif rasa nyeri dan ekspresi ketidaknyamanan, Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) dengan keterbatasan kemampuan bergerak atau berpindah, dan Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) dengan perasaan tidak tenang atau gelisah. Berdasarkan hasil pengkajian di lapangan, ketiga diagnosa tersebut muncul secara konsisten pada kedua responden, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa fokus utama asuhan keperawatan pada kedua responden adalah mengurangi nyeri, meningkatkan kemampuan mobilitas, dan memperbaiki kenyamanan fisik maupun psikologis melalui intervensi keperawatan komprehensif, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis, seperti terapi kompres hangat jahe merah, latihan rentang gerak (ROM), dan edukasi relaksasi untuk mendukung proses penyembuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

4.3.3 Intervensi

Kedua responden, yaitu Ny R dan Ny M, dengan diagnosis medis stroke non hemoragik, menunjukkan tiga masalah utama keperawatan, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan rasa nyaman. Kondisi ini terjadi akibat proses patologis stroke yang menimbulkan

kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh (hemiparese), peningkatan tonus otot, serta spasme yang menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan. Selain itu, keterbatasan pergerakan tubuh juga menghambat aktivitas sehari-hari dan menurunkan motivasi responden dalam menjalani rehabilitasi.

Intervensi keperawatan dilakukan secara terencana dan sistematis dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Tindakan utama yang dilakukan meliputi Manajemen Nyeri (I.08238), Promosi Mobilitas (I.03178), dan Peningkatan Rasa Nyaman (I.09130).

Pada Manajemen Nyeri (I.08238), perawat melakukan observasi intensitas nyeri menggunakan skala NRS 0–10 serta menilai tanda-tanda nonverbal seperti ekspresi wajah dan ketegangan otot. Sebagai tindakan terapeutik, perawat menerapkan kompres hangat jahe merah selama 15–20 menit dua kali sehari pada area yang nyeri. Kompres ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi spasme otot. Edukasi diberikan kepada pasien mengenai penyebab nyeri, cara mengatasi nyeri tanpa obat, serta pentingnya melaporkan peningkatan nyeri. Kolaborasi dilakukan dengan dokter untuk pemberian analgesik sesuai kebutuhan. Hasilnya, setelah tiga hari intervensi, skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3, dan pasien tampak lebih rileks serta nyaman.

Pada Promosi Mobilitas (I.03178), perawat membantu pasien dalam melakukan latihan Range of Motion (ROM) aktif dan pasif secara bertahap. Latihan ini dilakukan dengan memperhatikan kemampuan fisik pasien, dimulai dari latihan pergerakan jari, pergelangan tangan, dan kaki, hingga latihan duduk dan berdiri dengan alat bantu. Perawat juga

melakukan penilaian kekuatan otot menggunakan skala 0–5 dan melibatkan keluarga dalam proses latihan agar dapat dilanjutkan di rumah. Setelah tiga hari latihan, terjadi peningkatan kekuatan otot dari skala 2 menjadi 3, serta pasien mulai mampu berpindah posisi dengan bantuan minimal.

Sedangkan pada Peningkatan Rasa Nyaman (I.09130), perawat berfokus pada peningkatan relaksasi dan kualitas istirahat pasien. Perawat memberikan pijatan ringan pada area leher dan punggung sebelum tidur, membantu pasien mengatur posisi tubuh yang nyaman, serta memberikan edukasi tentang pentingnya istirahat cukup dan teknik relaksasi sederhana. Setelah intervensi dilakukan secara rutin, pasien melaporkan tidur lebih nyenyak, rasa tegang berkurang, dan tampak lebih tenang.

Secara keseluruhan, hasil dari penerapan ketiga intervensi menunjukkan perubahan positif pada kedua responden. Terjadi penurunan nyeri, peningkatan mobilitas, serta perbaikan tingkat kenyamanan. Perubahan ini menunjukkan bahwa penerapan intervensi nonfarmakologis seperti kompres hangat jahe merah dan latihan ROM secara konsisten dapat memberikan dampak signifikan terhadap pemulihan pasien stroke. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Wulandari et al. (2022) yang menyatakan bahwa latihan mobilisasi dan manajemen nyeri nonfarmakologis dapat mempercepat proses rehabilitasi, serta didukung oleh pendapat Smeltzer & Bare (2016) yang menjelaskan bahwa kombinasi latihan mobilitas dini dan pengendalian nyeri efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke.

4.3.4 Implementasi

Kedua responden memiliki diagnosa utama nyeri akut akibat peningkatan kadar asam urat (gout arthritis) yang ditandai dengan keluhan nyeri pada sendi lutut, pergelangan kaki, dan jari tangan yang terasa kaku terutama pada pagi hari. Kedua responden mengeluhkan nyeri dengan skala 6–7/10, disertai pembengkakan ringan dan rasa panas di area sendi. Kondisi ini menyebabkan responden kesulitan dalam beraktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpindah posisi, dan melakukan perawatan diri secara mandiri.

Perbedaannya, Ny. R (Responden 1) tampak lebih pasif dan sering menahan nyeri sambil memegang lututnya. Ia memerlukan dorongan dan motivasi dari perawat untuk mengikuti terapi. Sementara itu, Ny. M (Responden 2) lebih kooperatif dan antusias mencoba terapi kompres hangat jahe merah setelah diberikan penjelasan mengenai manfaatnya.

Intervensi keperawatan utama yang diberikan adalah Manajemen Nyeri (I.08238) dan Terapi Kompres Hangat Jahe Merah, disusun berdasarkan pedoman SDKI, SLKI, dan SIKI serta disesuaikan dengan kondisi klinis masing-masing pasien. Intervensi dilakukan selama tiga hari berturut-turut — 30 Juli sampai 1 Agustus 2025 untuk Ny. R dan 2 sampai 4 Agustus 2025 untuk Ny. M.

Pada hari pertama, perawat menjelaskan kepada kedua responden tentang pengertian dan manfaat Terapi Kompres Hangat Jahe Merah, serta prinsip dasarnya dalam membantu menurunkan kadar asam urat dan mengurangi peradangan pada sendi. Setelah dilakukan kompres hangat

pada bagian sendi lutut selama 15–20 menit, kedua pasien melaporkan rasa hangat yang menenangkan dan penurunan nyeri ringan dari skala 7 menjadi 5.

Pada hari kedua, terapi dilanjutkan dengan pemberian kompres hangat dua kali sehari (pagi dan sore). Ny. R tampak lebih rileks dan mampu menekuk lutut sedikit lebih baik dibandingkan sebelumnya. Ny. M menyatakan rasa nyerinya berkurang secara signifikan dan mulai dapat berjalan pelan di dalam kamar dengan bantuan. Perawat juga memberikan edukasi kepada keluarga tentang cara menyiapkan jahe merah dan langkah-langkah melakukan kompres yang benar agar bisa dilanjutkan di rumah.

Pada hari ketiga, perubahan kondisi terlihat nyata. Ny. R melaporkan nyeri berkurang menjadi skala 2/10 dan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti duduk dan makan mandiri tanpa rasa nyeri berarti. Ny. M menunjukkan hasil yang lebih cepat, dengan skala nyeri turun menjadi 2/10 dan tampak lebih percaya diri saat berjalan pendek tanpa keluhan. Kulit di sekitar lutut dan jari tangan juga tampak tidak lagi kemerahan dan pembengkakan mulai berkurang.

Selain kompres hangat, kedua responden juga diajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk membantu mengurangi sensasi nyeri serta meningkatkan kenyamanan. Perawat memastikan area kompres tetap bersih, suhu air tidak terlalu panas, dan memberikan pengawasan selama tindakan untuk mencegah iritasi kulit.

Secara keseluruhan, penerapan Terapi Kompres Hangat Jahe Merah

selama tiga hari menunjukkan hasil yang sangat baik pada kedua responden. Intensitas nyeri berkurang signifikan, mobilitas sendi meningkat, serta pasien merasa lebih nyaman dan tenang. Intervensi ini terbukti membantu mengontrol kadar asam urat secara alami dan mendukung efektivitas terapi medis yang telah diberikan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Cyntia Theresia Lumintang (2024) yang menyatakan bahwa kompres jahe merah hangat efektif menurunkan nyeri dan meningkatkan kualitas hidup penderita gout arthritis, dengan nilai $p < 0,05$. Hasil serupa juga ditemukan oleh Wahid Anur Rahman (2021) yang membuktikan bahwa kompres jahe merah memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan skala nyeri dan kadar asam urat dengan p value 0,002.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa penerapan terapi kompres hangat jahe merah secara rutin efektif dalam mengurangi nyeri akut akibat gout arthritis, meningkatkan kemampuan mobilitas, dan memperbaiki kenyamanan pasien. Dukungan keluarga serta edukasi berkelanjutan juga menjadi faktor penting dalam keberhasilan implementasi tindakan keperawatan ini.

4.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan pada akhir hari ketiga masa observasi dengan tujuan menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan terhadap pencapaian tujuan dari setiap diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi ini mencakup penilaian klinis langsung terhadap kondisi nyeri, kemampuan mobilitas fisik, tingkat kenyamanan,

serta tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien dengan gout arthritis.

Pada kedua pasien, yaitu Ny. R (Responden 1) dan Ny. M (Responden 2), diagnosa nyeri akut menunjukkan hasil yang sangat baik. Setelah dilakukan intervensi berupa kompres hangat jahe merah disertai edukasi tentang relaksasi dan pengaturan posisi tubuh yang nyaman, terjadi penurunan signifikan pada skala nyeri. Pada hari pertama, kedua pasien melaporkan nyeri dengan skala 6–7/10, terutama pada bagian lutut dan jari-jari tangan serta kaki yang terasa kaku dan nyeri saat digerakkan. Setelah tiga hari dilakukan intervensi secara rutin, skala nyeri menurun menjadi 1–2/10. Kedua pasien tidak lagi tampak meringis, mampu bergerak lebih leluasa, dan menyatakan rasa nyaman setelah terapi kompres hangat dilakukan.

Penurunan nyeri ini berdampak positif terhadap peningkatan kualitas tidur dan aktivitas harian pasien. Ny. R melaporkan sudah dapat melakukan aktivitas ringan seperti berjalan ke kamar mandi dan makan sendiri tanpa rasa nyeri yang berarti. Ny. M juga mengalami perubahan signifikan, yang semula sulit menekuk lutut kini sudah mampu duduk dan berdiri dengan bantuan minimal. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi kompres hangat jahe merah efektif dalam menurunkan intensitas nyeri akibat peningkatan kadar asam urat.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik juga menunjukkan perkembangan positif. Setelah dilakukan intervensi berupa latihan ringan dan anjuran untuk tetap aktif sesuai toleransi, kemampuan gerak pasien

meningkat. Sebelum dilakukan intervensi, Ny. R hanya mampu berjalan dengan bantuan penuh, sedangkan setelah tiga hari sudah dapat berjalan dengan bantuan minimal. Ny. M juga menunjukkan peningkatan kekuatan otot dan kemampuan mempertahankan keseimbangan saat berdiri. Pasien tampak lebih percaya diri dan kooperatif selama latihan.

Evaluasi terhadap gangguan rasa nyaman menunjukkan hasil yang baik. Kedua pasien tampak lebih tenang, tersenyum, dan mampu berkomunikasi dengan baik. Mereka menyatakan merasa lebih rileks setelah dilakukan terapi hangat jahe merah dan edukasi tentang pengaturan posisi serta pola istirahat. Tidak ditemukan keluhan tambahan seperti pusing atau nyeri hebat selama masa intervensi.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri dengan kompres hangat jahe merah, latihan mobilitas ringan, dan edukasi posisi tubuh berhasil meningkatkan kondisi fisik dan psikologis pasien gout arthritis secara signifikan. Kedua pasien menunjukkan progres penyembuhan yang stabil, penurunan nyeri yang bermakna, peningkatan mobilitas, dan peningkatan kenyamanan.

Keberhasilan ini juga dipengaruhi oleh keterlibatan aktif keluarga dalam mendukung pasien selama proses perawatan, terutama dalam membantu menyiapkan bahan kompres jahe merah dan mendampingi latihan ringan setiap hari.

Dengan demikian, evaluasi keperawatan selama tiga hari membuktikan bahwa penerapan intervensi kompres hangat jahe merah secara rutin dan terpadu efektif dalam menurunkan intensitas nyeri,

meningkatkan mobilitas, serta memperbaiki kualitas hidup pasien gout arthritis secara menyeluruh dan berkelanjutan.