BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi

Lansia merupakan kelompok usia yang berada pada fase akhir perkembangan kehidupan manusia. Penuan merupakan proses alami yang akan dialami setiap individu dan terjadi secara bertahap sepanjang rentang kehidupan. Proses penuaan menunjukkan bahwa seseorang telah melewati berbagai fase perkembangan kehidupannya, yaitu masa anak-anak, dewasa, hingga lanjut usia. Masing-masing tahap perkembangan memiliki ciri khas tersendiri yang dapat dilihat dari aspek biologis maupun psikologis. Pada masa lanjut usia akan tejadi berbagai perubahan fisik, antara lain berkurangnya elastisitas kulit, warna rambut menjadi lebih putih, berkurangnya jumlah gigi, penurunan kemampuan pendengaran dan penglihatan, gerakan tubuh yang menjadi lambat, serta perubahan bentuk tubuh yang tidak lagi proporsional (Fadhilah et al., 2024).

Selain itu, lansia merupakan kelompok indivindu yang telah memasuki fase terakhir dalam perjalanan kehidupan sesorang. Pada tahap ini indivindu akan memasuki proses penuaan atau yang dikenal sebagai *aging process*. Lansia umumnya didefinisikan sebagai seseorang yang telah mencapi usia 60 tahun ke atas. Pada usia tersebut, sebagian lansia berpotensi mengalami penurunan kemampuan yang menyebabkan pemenuhan kebutuhan dasarnya menjadi kurang optimal, baik kebutuhan fisik, psikologis, maupun sosial (Manurung, et al., 2020).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut *World Health Organization* (2013), kelompok lansia dapat dibedakan berdasarkan rentang usia. Klasifikasi tersebut meliputi usia pertengahan (*middle age*) yaitu 45-54 tahun, kelompok lansia (*elderly*) pada usia 55-65 tahun, lansia muda (*young old*) pada usia 66-74 tahun, lansia tua (*old*) pada usia 75-90 tahun, serta lansia sangat tua (*very old*) yang berusia lebih dari 90 tahun. Pembagian ini digunakan untuk

menggambarkan tahapan proses penuaan berdasarkan perkembangan (Mujaidi & Rachmah, 2022).

Sedangkan, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), pengelompokan lansia tidak hanya didasarkan pada usia, tetapi juga mempertimbangkan kemampuan fungsional indivindu. Berdasarkan usia, lansia dibedakan menjadi pra lansia yang berada pada rentang usia 45-59 tahun, lansia yang berusia 60 tahun atau lebih, serta lansia risiko tinggi yang memiliki usia di atas 60 tahun dan disertai masalah kesehatan tertentu. Selain itu, lansia juga dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat kemandiriannya, yaitu lansia potensial yang masih mampu melakukan aktivitas produktif dan lansia tidak potensial yang memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (Mujaidi & Rachman, 2022).

2.1.3 Perubahan dan Masalah Yang Dihadapi Lansia

Pada masa lanjut usia, seseorang mengalami berbagai perubahan, meliputi aspek fisik, psikososial, kognitif, emosional, dan fungsional. Perubahan fisik dan psikososial dalam proses penuaan saling berkaitan erat, di mana kondisi fisik yang menurun dapat mempengaruhi keadaan psikologis lansia. Misalnya, perubahan postur tubuh tidak hanya berdampak pada kondisi fisik, tetapi juga dapat menimbulkan masalah sosial dan ekonomi. Selain itu, proses degeneratif turut menurunkan produktivitas kerja, sehinga lansia sering dianggap tidak lagi mampu bekerja secara optimal. Berbagai perubahan tersebut dapat menjadi sumber stres yang berpotensi menimbulkan masalah atau ganguan psikologis lansia (Yaslina et al, 2021).

Menurut mujaidi dan Rachman (2022), menyatakan bahwa lansia rentan mengalami sejumlah perubahan dan gangguan yang mempengaruhi kondisi kesehatannya, meliputi:

1. Fisik

   Masalah yang sering dialami oleh lansia berkaitan dengan penurunan kondisi fisik akibat proses penuaan. Kondisi tubuh yang semakin melemah dapat meningkatkan risiko terjadinya

penyakit degeneratif, seperti radang sendi yang sering menimbulkan keluhan nyeri terutama saat lansia meakukan aktivitas yang cukup berat, misalnya mengangkat beban berlebih. Selain itu, lansia juga mengalami penurunan fungsi indera, seperti penglihatan yang mulai kabur serta pendengaran yang berkurang sehingga menyulitkan dalam menerima suara dengan jelas. Tidak hanya itu, sistem kekebalan tubuh pada lansia juga mengalami penurunan sehingga daya tahan tubuh menjadi lebih lemah dan menyebabkan mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit.

2. Kognitif

   Permasalahan lain yang sering dialami oleh lansia berkaitan dengan adanya penurunan fungsi kognitif. Lansia umumnya mengalami penurunan daya ingat yang dalam kehidupan sehari-hari sering disebut sebagai pikun. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai dampak dalam aktivitas sehari-hari, misalnya lansia kesulitan mengingat apahkah sudah makan atau belum. Hal tersebut dapat menjadi masalah yang cukup serius terutama pada lansia yang memiliki penyakit tertentu, seperti diabetes mellitus karena berkaitan dengan pengaturan asupan makanan. Selain itu, gangguan kognitif juga dapat mempengaruhi kemampuan lansia dalam berinteraksi sosial, sehingga sebagian lansia menjadi kurang percaya diri atau mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan lingkungan sekitarnya.

3. Emosional

   Pada aspek emosional, lansia umumnya memiliki kebutuhan yang besar untuk mendapatkan perhatian dan kebersamaan dengan anggota keluarga. Keinginan untuk berkumpul dengan keluarga menjadi salah satu kebutuhan psikologis yang penting pada masa lanjut usia. Apabila lansia merasa kurang diperhatikan atau diabaikan oleh keluarga, hal tersebut dapat memicu munculnya perasaan sedih, mudah marah, atau merasa tidak

dihargai. Selain itu, beberapa lansia juga merasa terbebani oleh kondisi ekonomi keluarga yang kurang memadai, sehingga dapat menimbulkan tekanan emosional bahkan stress apabila kebutuhan hidup tidak terpenuhi dengan baik.

4. Spiritual

   Pada tahap lanjut usia, perkembangan spiritual menjadi bagian yang penting dan memiliki peran dalam kehidupan sehari-hari lansia. Sebagian lansia mengalami kesulitan dalam menghafal atau mengingat bacaan kitab suci karena adanya penurunan daya ingat. Meskipun demikian, kesadaran untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan biasanya semakin meningkat seiring bertambahnya usia. Lansia cenderung lebih banyak melakukan aktivitas ibadah sebagai bentuk pencarian ketenangan batin. Mereka juga sering merasa khawatir atau sedih apabila melihat anggota keluarga yang kurang menjalankan kewajiban ibadah atau ketika menghadapi permasalahan hidup yang cukup berat dalam keluarga (Mujaidi & Rachman, 2022).

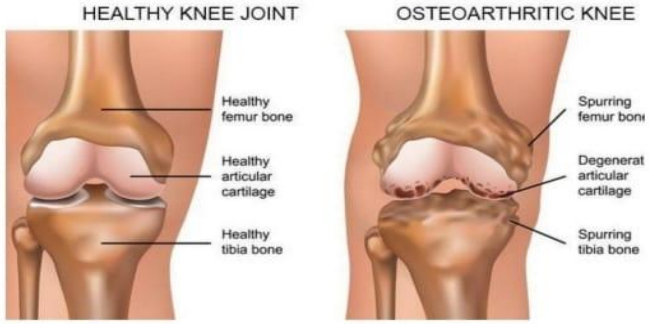
2.2 Konsep Ostheoarthitis

2.2.1 Definisi

Ostheoarthritis berasal dari bahasa Yunani, yaitu *osteo* yang berarti tulang, *arthro* yang berarti sendi, dan *itis* yang berarti inflamasi. Ostheoarthritis (OA) merupakan salah satu penyakit sendi degeneratif yang ditandai dengan perubahan patologis pada seluruh struktur sendi. Kondisi ini meliputi kerusakan pada tulang rawan (kartilago) hialin, peningkatan ketebalan dan sklerosis pada tulang di bawahnya, pembentukan osteofit di tepi sendi, peregangan kapsul sendi, munculnya proses inflamasi, serta melemahnya otot-otot di sekitar sendi. Secara umum, ostheoarthritis adalah penyakit sendi kronis yang berkembang secara perlahan dan bersifat progresif. Penyakit ini ditandai dengan penipisan tulang rawan sendi serta terbentuknya jaringan tulang baru di permukaan sendi, yang pada akhirnya dapat menganggu fungsi dan pergerakan sendi (Swandari et al., 2022).

Menurut Kemenkes (2021), ostheoarthritis merupakan penyakit yang terjadi akibat kerusakan pada jaringan tulang rawan yang berfungsi melapisi ujung tulang. Kerusakan tersebut menyebabkan tulang saling bergesekan atau berbenturan saat digerakkan, sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman hingga nyeri (Rasyid et al, 2023).

Gambar 2.1 Gambar Sendi Lutut Normal dan OA



Sumber: Swandari et al, (2022).

2.2.2 Etiologi

Penyebab pasti ostheoarthritis hingga saat ini belum diketahui secara jelas. Namun, faktor biomekanik dan biokimia diduga memiliki peran penting dalam terjadinya penyakit ini. Faktor biomekanik berkaitan dengan kegagalan sistem pelindung sendi, seperti kapsul sendi, ligamen, otot di sekitar sendi, serabut saraf aferen, serta struktur tulang. Kerusakan sendi pada ostheoarthritis umumnya terjadi karena berbagai faktor yang saling berpengaruh, terutama akibat terganggunya mekanisme perlindungan tersebut. Selain itu, ostheoarthritis juga dapat muncul sebagai komplikasi dari penyakit lain, seperti gout arthritis dan rheumatid arthritis (Swandari et al., 2022).

2.2.3 Faktor Risiko

Risiko terjadinya ostheoarthritis dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

a. Usia

Usia merupakan salah satu faktor resiko utama terjadinya ostheoarthritis. Seiring bertambahnya usia, sendi menjadi lebih rentan akibat berbagai perubahan yang terjadi dalam tubuh. Pada lansia, kartilago tidak lagi mampu merespons dengan optimal dalam membentuk matriks kartilago meskipun mendapat rangsangan dari

aktivitas atau pembebanan sendi. Akibatnya, lapisan kartilago menjadi lebih tipis sehingga meningkatkan gesekan pada bagian dalam sendi dan memperbesar risiko kerusakan. Selain itu, otot-otot penompang sendi juga mengalami penurunan kekuatan serta respons yang lebih lambat terhadap rangsangan. Ligamen juga menjadi lebih kendur sehingga kurang efektif dalam menyerap tekanan. Kombinasi dari berbagai perubahan tersebut menyebabkan meningkatnya kerentanan sendi terhadap ostheoarthritis.

b. Obesitas

Tekanan yang berlebihan pada sendi dapat mempercepat terjadinya kerusakan, khusunya pada sendi lutut.

c. Jenis kelamin

Kondisi ini lebih sering ditemukan pada lansia perempuan dibandingkan laki-laki. Peningkatan resiko tersebut diduga berkaitan dengan penurunan kadar hormon pada perempuan setelah memasuki menopause.

d. Cedera sebelumnya

Memiliki riwayat cedera pada sendi seperti trauma, fraktur, atau nekrosis (Swandari et al, 2022).

2.2.4 Patofisiologi

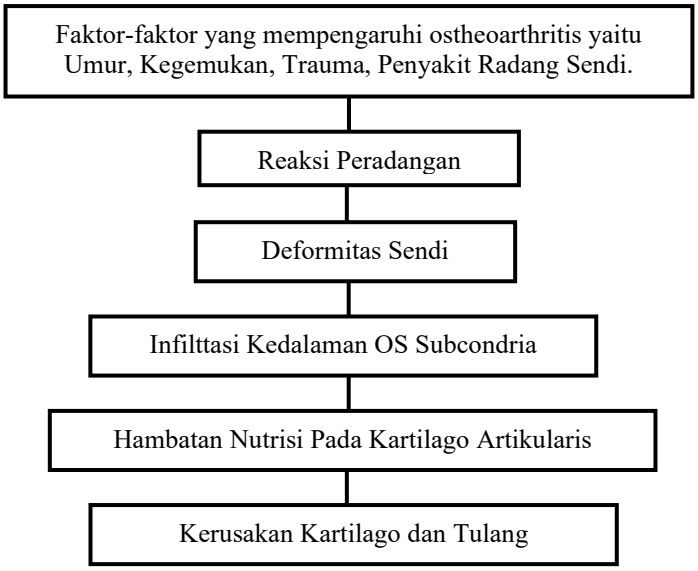
Ostheoarthritis (OA) terjadi akibat perubahan pada aspek biomekanik dan biokimia tulang rawan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penyebabnya bersifat multifaktorial, seperti usia, tekanan mekanis, penggunaan sendi yang berlebihan, kelainan anatomi, obesitas, faktor genetik, hormonal, serta kebiasaan hidup. Kondisi ini menimbulkan ketidakseimbangan antara proses pembentukan dan kerusakan tulang rawan. Ketidakseimbangan tersebut memicu peningkatan aktivitas enzim perusak serta gangguan pada kolagen, yang akhirnya menyebabkan kerusakan tulang rawan dan peradangan pada lapisan sendi (sinovium) akibat perubahan matriks dan struktur proteoglikan.

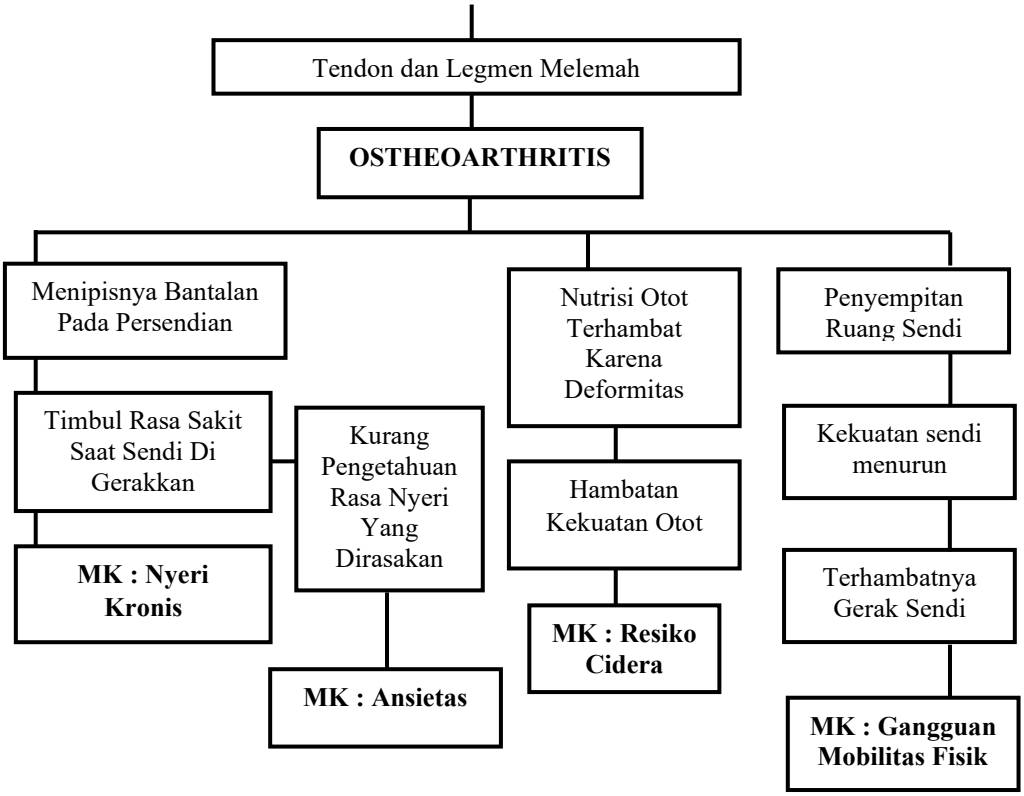
Perubahan pada proteoglikan mempengaruhi kemampuan tulang rawan dalam menahan tekanan. Ketika kekuatan tulang rawan menurun, disertai perubahan pada kolagen dan kerusakan sel kondrosit, maka struktur dan fungsi matriks sendi juga akan terganggu. Secara mikroskopis, permukaan tulang rawan tampak mengalami kerusakan berupa fibrilasi dan lapisan yang tidak rata. Kehilangan tulang rawan ini kemudian menyebabkan penyempitan ruang sendi.

Selain itu, tubuh akan membentuk osteofit sebagai bentuk respons untuk memperbaiki dan menstabilkan sendi. Meskipun demikian, kondisi ini juga mencerminkan adanya proses kerusakan sendi yang berlangsung secara progresif. Osteofit ini terbentuk untuk memperluas permukaan sendi agar mampu menahan beban dengan baik. Namun, seiring waktu, kerusakan akan terus berlanjut hingga menyebabkan pengikisan tulang di bawahnya. Jika tekanan yang diterima melebihi kemampuan tulang, maka tulang subkondral akan merespons dengan meninkatkan aktivitas sel dan pembuluh darah, sehingga menjadi lebih tebal dan padat. Proses ini dikenal sebagai eburnasi yang kemudian dapat meyebabkan sklerosis tulang subkondral. Akhirnya, tulang rawan sendi menjadi meipis dan rusak, sehingga menimbulkan gejala ostheoarthritis seperti nyeri, kekakuan, dan perubahan bentuk sendi (Sembiring, 2018 dalam Kertia et al., 2023).

2.2.5 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Ostheoarthritis





Sumber : Sholikah (2021).

2.2.6 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis osteoarthritis umumnya berkembang secara bertahap. Pada tahap awal, pasien merasakan nyeri pada sendi yang kemudian dapat menjadi menetap atau persisten. Keluhan ini biasanya disertai kekakuan sendi, terutama saat pagi hari setelah bangun tidur atau setelah berada dalam posisi yang sama dalam waktu yang lama. Tanda khas ostheoarthritis meliputi kekakuan sendi, pembengkakan pada satu atau lebih sendi, serta adanya bunyi gesekan (krepitasi) saat sendi digerakkan. Pada kondisi yang lebih lanjut, dapat terjadi penurunan massa otot di sekitar sendi. Adanya deformitas atau perubahan bentuk sendi dapat mencerminkan kelainan yang telah berlangsung sebelumnya. Selain itu, sering ditemukan nyeri tekan, penebalan sinovial, atau terabanya osteofit pada pemeriksaan sendi suferfisial. Rentang gerak sendi umumnya terbatas, meskipun pada derajat tertentu masih dapat digerakkan tanpa rasa nyeri, dan sering

disertai krepitasi. Biasanya jenis gerakan lebih terbatas dibandingkan yang lain, misalnya pada sendi panggul, gerakan ekstensi, abduksi, dan rotasi interna biasanya paling terbatas. Pada stadium lanjut, dapat muncul ketidakstabilan sendi yang disebabkan oleh berkurangnya kartilago dan tulang, adanya kontraktur kapsul sendi yang tidak simetris, serta kelemahan otot. Seperti halnya penyakit rematik lainnya, diagnosis ostheoarthritis tidak dapat ditegakkan hanya dengan satu jenis pemeriksaan. Oleh karena itu, biasanya dilakukan pemeriksaan reumatologi sederhana berdasarkan prinsip GALS (Gait, Arms, Legs, Spine) dengan memperhatikan tanda dan gejala yang muncul, seperti :

a. Nyeri sendi
b. Kaku dan pagi hari (*morning stiffness*)
c. Hambatan pergerakan sendi
d. Krepitasi
e. Perubahan bentuk sendi
f. Perubahan gaya berjalan (Swandari et al., 2022).

2.2.7 Komplikasi

Secara umum, osteoarthritis tidak termasuk penyakit yang menyebabkan kematian. Namun demikian, komplikasi yang muncul dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup penderitanya. Kondisi ini ditandai dengan munculnya nyeri, perubahan pada struktur atau garis sendi, serta berkurangnya rentang gerak sendi. Akibatnya, dapat timbul berbagai keluhan lain seperti gangguan tidur, kecemasan, depresi, osteonekrosis, infeksi pada sendi, hingga terjadinya saraf kejepit (Rasyid et al., 2023).

Komplikasi yang kerap dialami pada penderita ostheoarthritis adalah nyeri disertai deformitas pada sendi yang terdampak. Nyeri dapat dirasakan baik saat beraktivitas maupun saat istirahat sehingga sangat menganggu kenyamanan pasien. Kondisi ini muncul akibat proses erosi tulang yang berlangsung secara progresif dan menyebabkan perubahan bentuk sendi. Deformitas yang umum ditemukan adalah bentuk varus dan vagus pada area lutut. Seiring perkembangan penyakit, akan timbul

gangguan serta penurunan rentang gerak sendi. Apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, kondisi ini dapat membatasi mobilitas pasien dan pada akhirnya menurunkan kualitas hidup (Dusak dan Dharmyudha, 2022).

2.2.8 Pemeriksaan penunjang

Menurut Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2023), pemeriksaan radiografi polos dapat digunakan untuk menilai perubahan struktur pada jaringan sendi pada pasien ostheoarthritis (OA). Hasil pemeriksaan ini dapat menunjukkan adanya penyempitan celah sendi, pembentukan osteofit, sklerosis subkondral, kista subkondral, hiperosteogenesis pada tepi sendi, serta efusi. Selain itu, sistem klasifikasi yang digunakan dalam menilai derajat keparahan ostheoarthritis adalah klasifikasi *Kellgren-Lawrence*. Sistem ini membagi tingkat keparahan OA lutut menjadi lima derajat (0-4) berdasarkan kombinasi temuan osteofit dan penyempitan celah sendi. Pada pasien yang dicurigai mengalami OA lutut, pemeriksaan radiografi dilakukan dengan proyeksi anteroposterior dalam posisi berdiri, lutut dalam keadaan fleksi sekitar 20°, serta rotasi eksternal kaki sebesar 5°. Berdasarkan hasil meta-analisis, radiografi polos memiliki rehabilitasi yang baik dalam menilai tingkat keparahan OA, khususnya berdasarkan penyempitan celah sendi.

Sementara itu, pemeriksaan darah umumnya tidak dilakukan secara rutin dalam menegakkan diagnosis ostheoarthritis. Namun, pemeriksaan seperti laju endap darah (LED) dan *C-reactive protein* (CRP) dapat dipertimbangkan apabila terdapat kecurigaan adanya arthritis yang bersifat inflamasi. Untuk menyingkirkan kemungkinan arthritis reumatid (AR), dapat dilakukan pemeriksaan faktor reumotoid (FR) atau ACPA. Selain itu, jika dicurigai arthritis gout, pemeriksaan kadar asam urat dalam serum dapat dilakukan. Pada kondisi di mana terdapat efusi sendi, analisis cairan sendi menjadi pemeriksaan baku emas dalam menegakkan diagnosis arthritis gout. Pemeriksaan ini juga berperan dalam mengevaluasi kemungkinan diagnosis banding, sepertinya

deposit kalsium pirofosfat (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2023).

2.2.9 Penatalaksanaan

Rekomendasi penatalaksanaan ostheoarthritis (OA) Sangat penting untuk mempermudah koordinasi antar berbagai disiplin ilmu, termasuk dalam aspek pemantauan dan penerapan patient-centered care yang berkelanjutan, komprehensif, dan kosisten. Hal ini bertujuan agar penanganan nyeri kronik pada ostheoarthritis dapat dilakukan secara efektif dan efesien. Secara umum, penatalaksanaan ostheoarthritis mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2023).

a. Farmakologis

Secara farmakologis, asetaminofen atau paracetamol merupakan pilihan analgesik oral yang sering digunakan untuk terapi jangka panjang, terutama pada pasien usia lanjut, karena memiliki profil keamanan yang lebih baik dibandingkan obat antiinflamasi non-steroid (OAINS). Obat ini umumnya direkomendasikan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang karena efektivitasnya yang cukup baik serta risiko efek samping yang relatif rendah.

Sementara itu, OAINS memiliki efek sebagai antiinflamasi sekaligus pereda nyeri dengan efikasi yang baik. Terapi biasanya dimulai dengan diagnosis rendah, kemudian dapat ditingkatkan secara bertahap hingga dosis maksimal jika respons yang dihasilkan belum optimal. Dalam pengunaanya, kondisi klinis pasien perlu diperhatikan secara cermat, termasuk pemilihan jenis OAINS yang tepat serta pemantuan rutin terhadap kemungkinan efek samping, terutama pada sistem gastrointestinal, kardiovaskuler, dan ginjal (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2023).

b. Nonfarmakologis

1. Edukasi mengenai penyakit osteoarthritis, faktor risiko, rencana pemeriksaan, rencana terapi, serta komplikasi yang akan terjadi.
2. Penurunan berat badan pada pasien ostheoarthritis dengan berat badan lebih atau obesitas.
3. Latihan fisik seperti tai-chi dan yoga.
4. Alat bantu jalan (Tongkat/*cane, Tripod, Quadripod*, dan *Walker*) serta penyangga (*Brace*).
5. *Kinesiotaping* yang direkomendasikan pada ostheoarthritis lutut dan ostheoarthritis sendi *carpometacarpal* pertama derajat awal.
6. *Ostosis* tangan direkomendasikan pada pasien OA sendi *carpometacarpal*.
7. Termoterapi, akupuntur dan TENS (*Trans Electrical Nerve Stimulation*).
8. Ablasi radiofrekuensi dan *Low Level Laser Therapy* (LLLT), (*Perhimpunan Reumatologi Indonesia*, 2023).
9. Pemberian kompres hangat dengan jahe sebagai alternatif dalam menurunkan rasa nyeri.

2.3 Konsep nyeri

2.3.1 Definisi

Nyeri merupakan pengalaman yang melibatkan aspek sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan. Kondisi ini tergolong kompleks dan sering kali sulit untuk dijelaskan secara sederhana. Nyeri juga berfungsi sebagai mekanisme perlindungan tubuh yang menandakan adanya gangguan atau masalah, serta dapat muncul dalam bentuk akut maupun kronis dalam berbagai bagian tubuh (Ningtyas et al, 2023).

Selain itu, nyeri juga bersifat multidimensi, yang dapat bervariasi dalam hal intensitas (ringan hingga berat), kualitas (seperti tumpul, terbakar, atau tajam), durasi (sementara, hilang timbul, atau menetap),

serta penyebarannya (lokal maupun menyebar, dangkal atau dalam). Walaupun nyeri merupakan suatu sensasi, pengalaman ini juga melibatkan aspek koqnitif dan emosional yang sering kali dirasakan sebagai penderitaan. Nyeri berkaitan dengan dengan respons refleks tubuh untuk menghindari rangsangan berbahaya serta perubahan pada sistem otonom. Secara umum, nyeri merupakan kondisi tidak menyenangkan yang timbul akibat rangsangan fisik atau aktivasi saraf yang diteruskan ke otak, kemudian diikuti oleh respons fisik, fisiologis, dan emosional (Ayudita et al., 2023).

Menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintesitas ringan hingga berat. Nyeri dapat timbul mendadak (akut) atau lambat (kronis).

1. Penyebab Nyeri

   Akut: agen cedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma), agen cedera kimiawi (misalnya bahan iritan, zat kimia), agen cedera fisik (trauma, luka bakar, operasi, aktivitas berlebihan). Kronis: kondisi muskuloskeletal kronis, kerusakan atau penekanan saraf, proses degeneratif lansia, infeksi atau penyakit kronis, ketidakseimbangan neurotransmitter, faktor psikologis (stress, kecemasan, tekanan emosional), dan riwayat trauma atau pasca tindakan medis.

2. Gejala dan Tanda Mayor

   Subjektif: mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan). Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tidak mampu menuntaskan aktivitas.

3. Gejala dan Tanda Minor

   Subjektif: merasa takut mengalami cedera berulang. Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus

pada diri sendiri, diaforesis, bersikap protektif (mis. posisi menghindar nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit (SDKI, 2017)

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jeninsya, secara umum nyeri dibagi menjadi dua yakni nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya berlangsung dalam waktu singkat. Kondisi ini sering disertai dengan peningkatan ketegangan otot sebagai respons tubuh terhadap cedera. Nyeri akut menandakan bahwa ada kerusakan atau gangguan pada jaringan tubuh. Jika penyebabnya segera ditangani dan tidak disertai penyakit lain, nyeri ini akan berkurang seiring proses penyembuhan. Umumnya, nyeri akut berlangsung kurang dari enam bulan, bahkan sering kali hanya beberapa hari hingga minggu. Selain sebagai tanda bahaya, nyeri ini juga berfungsi sebagai pelajaran bagi tubuh untuk menghindari hal yang dapat memicu cedera serupa.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berkembang secara perlahan dan dapat dirasakan terus-menerus atau hilang timbul dalam jangka waktu yang lama. Berbeda dengan nyeri akut, nyeri ini tetap ada meskipun proses penyembuhan seharusnya sudah selesai. Bahkan, sering kali tidak jelas penyebab pastinya. Nyeri kronis biasanya berlangsung lebih dari enam bulan dan dapat mencakup kondisi seperti nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, atau nyeri yang berkaitan dengan faktor psikologis. Jika nyeri akut berfungsi sebagai sinyal peringatan, maka nyeri kronis cenderung menjadi masalah kesehatan tersendiri yang perlu penanganan khusus (Nurhanifah dan Sari, 2022).

Nyeri dapat dikelompokan ke dalam beberapa kategori berdasarkan lokasi dan karakteristiknya. Jika dilihat dari tempat terjadinya, nyeri dibagi menjadi beberapa jenis seperti berikut:

1. *Peripheral pain*: Nyeri yang dirasakan pada bagian permukaan tubuh, seperti kulit atau selaput lendir (mukosa).
2. *Deep pain*: Nyeri yang berasal dari jaringan yang lebih dalam, termasuk otot, sendi, atau organ dalam (viseral).
3. *Referred pain*: Nyeri yang sebenarnya berasal dari organ atau bagian tubuh tertentu, tetapi dirasakan di area lain yang berbeda dari sumber aslinya.
4. *Centar pain*: Nyeri yang timbul akibat gangguan atau rangsangan pada sistem saraf pusat, seperti sumsum tulang belakang, batang otak, dan thalamus.

Berdasarkan sifatnya, nyeri dibagi menjadi:

1. *Incidental pain*: Nyeri yang muncul sesekali dan tidak menetap, biasanya hilang dengan sendirinya.
2. *Steady pain*: Nyeri yang berlangsung terus-menerus dan dirasakan dalam waktu yang cukup lama.
3. *Proximal pain*: Nyeri dengan intensitas sangat tinggi dan terasa kuat, biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit, kemudian mereda, tetapi dapat muncul kembali di waktu lain (Nurhanifah dan Sari, 2022).

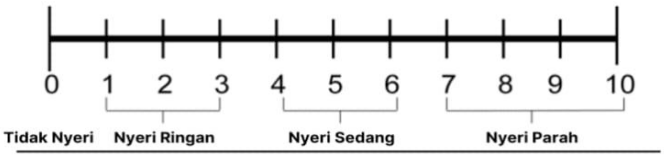
2.3.3 Pengukuran Skala Nyeri

a. *Numeric Rating Scale* (NRS)

NRS menggunakan skala 1-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Skala ini dinilai lebih mudah dipahami dan cukup sensitif, termasuk dalam mebedakan respons berdasarkan jenis kelamin. Selain itu, NRS juga dianggap lebih efektif dalam mengindentifikasi penyebab nyeri akut dibandingkan dengan VAS dan VRS. Namun, NRS memiliki beberapa keterbatasan, seperti kurangnya variasi dalam menggambarkan nyeri secara lebih detail dan spesifik. Selain itu,

skala ini mengasumsikan bahwa jarak antar angka memiliki makna yang sama dalam menggambarkan efek analgesik. Pada skala ini, angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri sama sekali, sedangkan angka 10 menggambarkan nyeri yang sangat hebat (Rasyid et al, 2023).

Gambar 2.2 Numeric Rating Scale



Sumber : Rulino (2021).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pengkuran skala nyeri NRS ini sebagai alat untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan responden. Skala ini dipilih karena mudah digunakan, sederhana, dan dampat memberikan gambaran subjektif mengenai intensitas nyeri secara cepat.

2.3.4 Penatalaksanaan Nyeri

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), menyatakan bahwa penatalaksaan nyeri dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis, seperti:

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Penanganan nyeri secara farmakologi dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesik yang digunakan meliputi golongan opioid dan non-opioid. Analgesik opioid terdiri dari opioid kuat seperti morfin, petidin, fentanyl, hidromorfon, dan oksikodon, serta opioid lemah seperti kodein dan tramadol. Selain itu, terapat juga analgesik non-opioid seperti parasetamol dan obat antiinflamasi nonstreroid (AINS), serta inhibitor COX-2 spesifik.

b. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Penanganan nyeri secara nonfarmakologi merupakan upaya untuk mengurangi nyeri tanpa pengunaan obat-obatan. Pendekatan ini dapat dilakukan melalui berbagai metode, seperti terapi fisik, teknik relaksasi, hipnoterapi, stimulasi saraf, terapi okupasi, serta konseling psikologis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,

2019). Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri adalah kompres hangat jahe, yang termasuk dalam terapi fisik (termal) serta memiliki efek relaksasi.

2.4 Konsep Terapi Kompres Hangat Jahe

2.4.1 Definisi Kompres Hangat Jahe

Kompres hangat merupakan salah satu metode nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan panas ke tubuh melalui proses konduksi. Pemberian panas ini dapat menyebabkan vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah, sehingga aliran oksigen, nutrisi, dan sel darah putih ke jaringan menjadi lebih lancar. Dampaknya, terapi ini dapat membantu peradangan, mengurangi kekakuan otot, serta mempercepat proses penyembuhan jaringan lunak (Sawaun, Yulianti, dan Maryam, 2023).

Kompres hangat jahe merupakan kombinasi terapi panas dan relaksasi yang bermanfaat untuk membantu mengurangi rasa nyeri. Pemberian kompres jahe hangat dapat menimbulkan efek vasodilatasi yang berlangsung lebih lama dibandingkan kompres hangat biasa, karena adanya kandungan gingerol yang memberikan sensasi panas dan hangat. Efek ini mampu membantu meredakan nyeri, kekakuan, serta spasme otot (Yuniati et al, 2023).

Jahe (*Zingiber officinale*) merupakan tanaman terna tahunan yang memiliki batang semu dengan tinggi sekitar 30-70 cm. Daunnya berbentuk sempit dan menjang seperti pita, dengan panjang sekitar 15-23 cm dan lebar kurang lebih 2,5 cm, serta tersusun rapi dalam dua baris berseling. Jahe banyak dimanfaatkan sebagai bahan obat herbal karena mengandung minyak astri, dengan berbagai senyawa aktif, seperti zingiberin, kamfer, limonen, borneol, shagoal, sineol, fallandren, zingiberol, gingerol, dan zingeron. Kandungan tersebut berperan dalam membantu mencegah dan mengatasi berbagai penyakit. Selain itu, jahe juga mengandung senyawa lain yang bersifat antiinflamasi dan antioksidan, seperti gingerol, beta-karoten, capsaicin, asam kafeat, kurkumin, dan salisilat. Berkat kandungan tersebut, jahe diketahui

bermanfaat untuk menjaga kesehatan pencernaan, mengurangi nyeri otot dan sendi, serta membantu penanganan penyakit arthritis (Ramadhan, et al, 2022).

Gambar 2.3 Jahe



Sumber : Puji (2025).

2.4.2 Manfaat Kompres Hangat Jahe

Kompres hangat jahe merupakan perpaduan antara terapi panas dan relaksasi yang dapat membantu mengurangi nyeri sendi. Jahe mengandung senyawa fenol yang memiliki efek antiinflamasi sehingga efektif dalam meredakan peradangan pada sendi serta mengurangi ketegangan otot. Hal ini dapat membantu memperbaiki fungsi sistem muskuloskeletal yang mengalami penurunan. Selain itu, jahe memiliki efek farmakologis berupa sensasi hangat dan pedas dari gingerol yang mampu mengurangi nyeri, kekakuan, serta spasme otot. Efek tersebut juga menyebabkan vasodilatatasi atau pelebaran pembuluh darah, sehingga aliran darah menjadi lebih lancar dan proses penyembuhan dapat berlangsung secara optimal (Sembiring et al, 2026).

2.4.3 Tujuan Kompres Hangat Jahe

Kompres hangat jahe bertujuan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri pada pasien ostheoarthritis dengan memberikan efek hangat yang dapat meningkatkan aliran darah serta mereksasikan otot di sekitar sendi. Selain itu, penggunaan jahe memberikan efek antiinflamasi yang membantu mengurangi peradangan, sehingga nyeri dapat berkurang dn kenyamanan pasien meningkat (Alisabella et al, 2022).

2.4.4 Indikasi dan Kontraindikasi Kompres Hangat Jahe

Berikut adalah indikasi dan kontraindikasi pemberian kompres hangat jahe :

a. Indikasi
    1. Pasien yang merasa kedinginan (suhu tubuh yang rendah).
    2. Pasien dengan keluhan perut kembung.
    3. Pasien yang mempunyai peradangan, seperti radang persendian baik akibat ostheoarthritis, reumathoid arthritis dan gout arthritis.
    4. Pasien yang mengalami kram otot. Karena efek hangat dapat meningkatkan aliran darah dan membantu otot lebih rileks sehingga mengurangi ketegangan.
    5. Pasien dengan luka yang disertai adanya nanah. Karena panas membantu melancarkan sirkulasi darah dan mempercepat proses pengeluaran nanah serta penyembuhan luka.
b. Kontraindikasi
    1. Trauma 12-14 jam pertama. Karena pada fase awal cedera masih terjadi proses peradangan akut, sehingga panas dapat memperparah kerusakan jaringan.
    2. Perdarahan. Karena efek panas yang dihasilkan dapat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah, sehingga aliran darah ke jaringan meningkat dan memperparah perdarahan.
    3. Pembengkakan (edema). Kompres hangat dapat meningkatkan akumulasi cairan di jaringan sehingga bengkak semakin bertambah.
    4. Gangguan pembuluh darah. Pada kondisi ini, respon pembuluh darah tidak normal sehingga berisiko menimbulkan komplikasi seperti iskemia atau kerusakan jaringan.
    5. Memar. Panas dapat memperbesar area memar karena meningkatkan aliran darah ke jaringan yang mengalami cedera (Ariani, 2017).

2.4.5 Kelebihan dan Kekurangan Kompres Hangat Jahe

a. Kelebihan Jahe

1. Mengurangi mual

   Jahe bekerja melalui aktivitas senyawa rempah yang dapat meningkatkan pergerakan makanan di sepanjang saluran pencernaan serta menghambat reseptor serotonin pada lapisan usus. Mekanisme ini berperan dalam menenangkan saraf yang memicu refleks muntah, sehingga membantu mengurangi rasa mual.

2. Membantu melawan infeksi

   Jahe dikenal sebagai tanaman herbal yang mengandung berbagai senyawa aktif, seperti gingerol, shogoal, dan paradol. Ketiga senyawa ini memiliki sifat antibakteri, sehingga dapat membantu tubuh melawan bakteri penyebab infeksi dan berbagai penyakit.

3. Meringankan gejala ostheoarthritis

   Kandungan antiinflamasi dalam jahe dapat membantu mengurangi peradangan pada sendi.

4. Kaya antioksidan

   Manfaat lain dari jahe bagi kesehatan berasal dari kandungan antioksidannya, terutama gingerol. Senyawa ini berpotensi membantu menurunkan stres oksidatif, yaitu kondisi ketika jumlah radikal bebas dalam tubuh melebihi kemampuan tubuh untuk menetralisirnya.

5. Menurunkan berat badan

   Manfaat jahe dalam membantu menurunkan berat badan berkaitan dengan kemampuannya dalam meningkatkan pembakaran kalori di dalam tubuh.

6. Menjaga kestabilan kadar gula darah

   Jahe dapat menghambat aktivitas enzim yang berperan dalam pemecahan karbohidrat, sehingga membantu proses metabolisme glukosa dalam tubuh. Selain itu, kandungan

gingerol dapat merangsang otot untuk menyerap glukosa, sehingga tubuh tidak perlu memproduksi insulin dalam jumlah berlebih.

7. Mengurangi nyeri

   Jahe memiliki sifat antiradang yang dapat mengurangi peradangan yang terjadi akibat penigkatan prostaglandin.

8. Menurunkan tekanan darah tinggi

   Salah satu manfaat jahe bagi kesehatan adalah membantu menurunkan tekanan darah. Khasiat ini berasal dari kandungan flavonoid yang terdapat di dalamnya. Flavonoid tersebut bekerja dengan menghambat enzim ACE yang berperan dalam menyebabkan penyempitan pembuluh darah, sehingga tekanan darah dapat dikendalikan.

9. Menurunkan kadar kolestrol

   Jahe dapat menurunkan kadar kolestrol dalam tubuh dengan cara menghambat penumpukan lemak dalam pembuluh darah.

10. Mencegah penyakit Alzhaimer

    Jahe memiliki sifat antiinflamasi yang mampu mengurangi peradangan pada otak yang menjadi salah satu faktor risiko terjadinya Alzheimer.

11. Berpotensi mengatasi asma

    Jahe dapat menjadi salah satu alternatif obat alami untuk membantu mengatasi asma karena mengandung senyawa 6-shangol yang memiliki sifat antiinflamasi (Puji, 2025).

b. Kekurangan atau Efek Samping Jahe

1. Gangguan pencernaan

   Salah satu efek samping yang sering muncul adalah gangguan pencernaan, seperti nyeri atau rasa tidak nyaman pada peut. Hal ini disebabkan oleh sifat jahe yang membeikan efek hangat. Jika dikonsumsi dengan jumlah berlebihan, perut terasa panas dan kurang nyaman.

2. Reaksi alergi

   Pada beberapa indivindu, konsumsi jahe dapat menimbulkan reaksi alergi dengan gejala yang beragam, mulai dari ringan hingga berat, seperti gatal-gatal, ruam pada kulit, iritasi di area mulut dan tenggorokan, hingga sulit bernapas. Reaksi ini terjadi karena sistem kekebalan tubuh merespons secara berlebihan terhadap senyawa tertentu dalam jahe yang dianggap sebagai zat asing atau berbahaya.

3. Sakit tenggorokan

   Efek hangat dan pedas yang berasal dari senyawa gingerol an shagoal dalam jahe dapat menimbulkan iritasi serta sensasi terbakar di tenggorokan, terutama jika dikonsumsi dalam jumlah berlebih.

4. Hipotensi

   Efek samping minum jahe tiap hari dapat meningkatkan risiko hipotensi, hal ini terjadi karena jahe dapat menyebabkan peleberan pembuluh darah. Saat pembuluh darah melebar, aliran darah menjadi lebih lancar sehingga tekanan darah dapat menurun.

5. Perdarahan

   Konsumsi jahe dapat meningkatkan risiko pendarahan, terutama pada indivindu yang sedang mengonsumsi obat pengecer darah seperti warfarin (Adhini, 2025).

2.4.6 Mekanisme Kerja Kompres Hangat Jahe

a. Efek Termal (Panas)

   Sifat hangat dan rasa pedas pada jahe dapat membantu memperlancar aliran darah melalui proses vasodilatasi yang dimana efek panas dari kompres menyembabkan pembuluh darah di area yang dikompres melebar serta meningkatkan sirkulasi suplai oksigen ke jaringan yang mengalami peradangan. Dengan meningkatnya sirkulasi darah, peradangan dapat berkurang, kekakuan sendi menjadi lebih ringan, dan ketegangan atau spasme

otot dapat teratasi, sehingga secara keseluruhan mampu menurunkan tingkat nyeri (Sembiring et al, 2026).

b. Efek Senyawa Aktif Jahe

Memiliki efek antiinflamasi jahe memiliki kandungan senyawa aktif seperti gingerol dan shogaol yang mampu menekan proses peradangan . Kedua senyawa ini bekerja dengan menghambat pembentukan prostaglandin serta sitokin proinflamasi yang berperan dalam terjadinya inflamasi pada sendi. Sebagai analgesik jahe dimanfaatkan sebagai salah satu terapi alternatif untuk membantu mengurangi nyeri sendi akibat ostheoarthritis maupun kondisi inflamasi lainnya (Hidayat et al, 2025).

2.4.7 Cara Pembuatan Kompres Hangat Jahe

a. Persiapan alat dan bahan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:
   1. Parutan.
   2. Timbangan 2kg.
   3. Pisau kecil.
   4. Baskom kecil.
   5. Termos untuk air panas.
   6. Handuk kecil dengan ukuran 30x70cm, terdiri dari 2 handuk kecil.

b. Bahan-bahanya adalah:
   1. Jahe 100 gram
   2. Air 500-1000 ml hangat kuku 40-50 °C.

c. Tahap kerja

Prosedur pembuatan dan pelaksanaan kompres hangat jahe dapat mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

1. Siapkan jahe 100 gram.
2. Cuci jahe sampai bersih.
3. Kemudian parut jahe yang telah dicuci.
4. Siapkan baskom kecil dan isi dengan air hangat bersuhu 40-50 °C.

d. Prosedur pelaksanaan:

1. *Inform consent* dan melakukan pengecekan kondisi awal klien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengukuran skala nyeri serta melakukan uji alergi pada area kulit dengan mengoleskan bahan kompres berupa jahe kurang lebih selama 15 menit. Jika tidak ditemukan tanda-tanda alergi seperti kemerahan, perih atau gatal, maka kompres dapat dilanjutkan sesuai prosedur.
2. Bersihkan terlebih dahulu daerah nyeri yang akan dilakukan pengompresan.
3. Kemudian tuangkan air hangat yang ada pada termos ke dalam baskom kecil.
4. Kemudian masukkan handuk kecil kedalam air hangat tersebut, kemudian tunggu beberapa menit sebelum handuk diperas.
5. Kemudian ambil jahe sedikit demi sedikit lalu ditempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri.
6. Peraskan handuk dan tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri diatas jahe yang sudah dilakukan.
7. Pengompresan dilakukan selama 15 menit.
8. Angkat handuk kecil apabila sudah terasa dingin.
9. Lakukan pengukuran skala nyeri setelah dilakukan pengompresan tersebut (post test) (Arisandy et al., 2023).

2.4.8 Prosedur Pelaksanaan Kompres Hangat Jahe

Tabel 2.1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Kompres Hangat Jahe

Standar Operasional (SOP) Kompres Hangat Jahe	
Prosedur Tetap	
Pengertian	Kompres hangat jahe dapat membantu menurunkan nyeri dan meruapakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologi atau alternatife untuk mengatasi peradangan. Efek hangat yang dihasilkan dapat mempengaruhi sensasi nyeri dan panas tubuh, sehingga mampu meredakan rasa sakit, serta mengatasi spasme atau ketegangan otot.

Tujuan	1. Mengurangi rasa nyeri sendi. 2. Mengurangi peradangan. 3. Meningkatkan sirkulasi darah. 4. Meningkatkan relaksasi.
Kebijakan	Kompres hangat dengan jahe merupakan terapi komplementer yang dapat membantu mengurangi nyeri, terutama pada kondisi seperti ostheoarthritis, reumatiod arthritis, dan gout arthritis.
Indikasi	1. Pasien yang merasa kedinginan (suhu tubuh yang rendah). 2. Pasien dengan keluhan perut kembung. 3. Pasien yang mempunyai peradangan, seperti radang persendian baik akibat ostheoarthritis, reumathoid arthritis dan gout arthritis. 4. Pasien yang menglami kram otot. 5. Pasien dengan luka yang disertai adanya nanah.
Kontraindikasi	1. Pasien dengan trauma 12-14 jam pertama. 2. Pasien yang mengalami perdarahan. 3. Pasien yang menalami pembengkakan (edema). 4. Pasien dengan gangguan pembuluh dsarah. 5. Pasien yag memiliki memar.
Persiapan alat dan bahan	Persiapan alat dan bahan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: 1. Parutan. 2. Timbangan 2kg. 3. Pisau kecil. 4. Baskom kecil. 5. Termos untuk air panas. 6. Handuk kecil dengan ukuran 30x70cm, terdiri dari 2 handuk kecil. Bahan-bahanya adalah: 1. Jahe 100 gram 2. Air 500-1000 ml hangat kuku 40-50 °C.
Tahap prainteraksi	1. Menyiapkan SOP tindakan kompes hangat jahe yang akan diberikan.

	2. Mengidentifikasi data atau riwayat kesehatan klien dengan ostheoarthritis. 3. Menilai kesiapan klien sebelum dilakukan tindakan kompres hangat jahe. 4. Melakukan cuci tangan.
Tahap orientasi	SIKAP 1. Menyambut klien dengan sikap sopan dan ramah, disertai salam serta kontak mata. 2. Memperkenalkan diri kepada klien sebagai peneliti dengan menyebutkan nama dan menunjukan sikap yang ramah, seperti berjabat tangan atau sentuhan yang sesuai. 3. Menjelaskan tujuan dari pemberian kompres hangat jahe kepada klien. 4. Menunjukan sikap percaya diri, tenang, dan profesional selama tindakan berlangsung. PERSIAPAN 1. Persiapan klien. 2. Persiapan lingkungan. 3. Persiapan alat dan bahan yang diperlukan.
Tahap kerja	Prosedur pembuatan dan pelaksanaan kompres hangat jahe dapat mengikuti langkah-langkah sebagai berikut: 1. Siapkan jahe 100 gram. 2. Cuci jahe sampai bersih. 3. Kemudian parut jahe yang telah dicuci. 4. Siapkan baskom kecil dan isi dengan air hangat bersuhu 40-50 °C. Prosedur pelaksanaan: 1. Inform consent dan melakukan pengcekan kondisi awal klien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengukuran skala nyeri serta melakukan uji alergi pada area kulit dengan mengoleskan bahan kompres berupa jahe kurang lebih selama 15 menit. Jika tidak ditemukan tanda-tanda alergi seperti kemerahan, perih atau gatal, maka kompres dapat dilanjutkan sesuai prosedur.

	2. Bersihkan terlebih dahulu daerah nyeri yang akan dilakukan pengompresan. 3. Kemudian tuangkan air hangat yang ada pada termos ke dalam baskom kecil. 4. Kemudian masukkan handuk kecil kedalam air hangat tersebut, kemudian tunggu beberapa menit sebelum handuk diperas. 5. Kemudian ambil jahe sedikit demi sedikit lalu ditempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. 6. Peraskan handuk dan tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri diatas jahe yang sudah dilakukan. 7. Pengompresan dilakukan selama 15 menit. 8. Angkat handuk kecil apabila sudah terasa dingin. 9. Lakukan pengukuran skala nyeri setelah dilakukan pengompresan tersebut (post test).
Tahap terminasi	Evaluasi dan tidak lanjut 1. Mengkaji kondisi akhir klien setelah dilakukan kompres hangat jahe, meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) dan penilaian skala nyeri. Evaluasi dilakukan untuk melihat adanya perubahan, khusunya penurunan nyeri kronis pada sendi setelah tindakan. 2. Mengakhiri tindakan dengan memberikan salam terapeutik kepada klien 3. Melakukan cuci tangan seteah prosedur selesai.
Dokumentasi	Dokumentasi 1. Mencatat identitas klien, tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan, serta respons klien setelah diberikan terapi. 2. Mencantumkan paraf dan nama jelas perawat pada catatan keperawatan.

Sumber : Arisandy et al., (2023).

2.5 Konsep Asuhan keperawatan Lansia Dengan Ostheoarthritis

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang mencakup pengumpulan data, verifikasi, pengorganisasian, interprestasi, hingga pendokumentasian data secara sistematis. Kelengkapan dan kekuatan data yang diperoleh sangat menentukan ketepatan pada tahap-tahap selanjutnya. Tujuan dari penngkajian ini adalah untuk menyusun data dasar terkait kondisi kesehatan fisik, psikososial, dan emosional klien, sehingga dapat diidentifikasi perilaku yang mendukung kesehatan serta masalah kesehatan yang sedang atau berpotensi terjadi. Melalui proses ini perawat, perawat juga menilai kemampuan fungsional klien, ada atau tidak adanya disfugsi, aktivitas sehari-hari, serta pola gaya hidup yang dijalani (Paryono et al, 2024). Pengkajian dilakukan dengan cara mengkaji keluhan utama individu melalui metode wawancara, meliputi:

a. Indentitas klien

   Data indentitas mencakup nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, serta tanggal dilakukan pengkajian. Serta tambahkan informasi mengenai tanggal masuk dan lama tinggal di panti, jika klien tinggal di panti.

b. Data keluarga yang dapat dihubungi

   Berisi informasi tentang anggota keluarga yang bertanggung jawab terhadap klien, terutama dalam pengambilan keputusan terkait pembiayaan dan permasalah lansia. Data yang dicatat meliputi nama, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat, dan nomor telepon.

c. Riwayat keluarga dan genogram

   Data mengenai kondisi kesehatan anggota keluarga, baik yang tinggal serumah maupun tidak, yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien.

d. Riwayat pekerjaan

Menanyakan pekerjaan sebelumnya serta ada atau tidak adanya sumber pendapatan.

e. Riwayat rekreasi

Berisi hobi atau minat yang disukai, keanggotaan organisasi, serta liburan atau perjalan.

f. Kegiatan khusus

Seperti kebiasaan ritual atau yang lainnya.

g. Riwayat kesehatan

1) Keluhan yang dirasakan saat ini

Apahkah adanya nyeri dada, pusing/sakit kepala, batuk, demam, sesak napas, darah tinggi, gula darah tinggi, diare gatal-gatal, jantung berdebar, nyeri sendi, penglihatan kabur, dan lainya. Namun, pada pasien dengan ostheoarthritis nyeri sendi biasanya menjadi keluhan utama yang sering dirasakan.

2) Keluhan yang paling dirasakan dalam tiga (3) bulan terakhir

Apahkah ada nyeri dada, pusing/sakit kepala, batuk, demam, sesak napas, darah tinggi, gula darah tinggi, diare gatal-gatal, jantung berdebar, nyeri sendi, penglihatan kabur, dan lainya.

3) Penyakit yang diderita dalam tiga tahun terakhir

Adanya penyakit jantung, hipertensi, penyakit paru, penyakit tulang, nyeri sendi (ostheoarhritis)/reumatik, katarak, glaukoma, penyakit kulit, diabetus melitus, dan lainnya.

4) Tanda-tanda vital dan antropomentri

Berisi informasi seperti suhu, tekanan darah, respirasi, berat badan, dan tinggi badan.

5) Riwayat kesehatan alergi

Ada atau tidak adanya riwayat alergi obat maupun makanan.

6) Riwayat obat-obatan yang dikonsumsi

Berisi data terkait obat-obatan yang sedang dikonsumsi oleh klien.

2.5.2 Pemeriksaan Fisik

pemeriksaa fisik secara menyeluruh (head to toe) yang dilakukan secara tepat dan sistematis, meliputi:

1. Kepala : kebersihan kepala, ada atau tidaknya kerontokan rambut, bentuk kepala, warna rambut, ada atau tidaknya benjolan atau nyeri tekan, serta keluhan lainnya.
2. Mata : konjungtiva anamis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, strabismus ya atau tidak, penglihatan kabur, normal, rabun jauh, atau rabun dekat, pakai kacamata ya atau tidak, adanya peradangan atau tidak, memiliki riwayat katarak ya atau tidak, serta keluhan lainnya.
3. Hidung : bentuk hidung simetris atau tidak, adanya peradangan atau tidak, fungsi penciuman terganggu atau normal, serta keluhan lainnya.
4. Mulut dan tenggorokan : kebersihan bersih atau tidak, mukosa kering atau lembab, stomatis ya atau tidak, gigi karies, ompong, atau tidak, apahkah ada radang gusi, ada atau tidaknya kesulitan mengunyah dan menelan, fungsi pengecapan terganggu atau normal, serta keluhan lainnya.
5. Telinga : kebersihan telinga bersih atau tidak, adanya peradangan atau tidak, fungsi pendengaran terganggu atau normal, dan keluhan lainnya.
6. Leher : adanya pembesaran tiroid atau tidak, kaku kuduk ya atau tidak, serta keluhan lainnya.
7. Dada : bentuk dada (normal chest, barrel chest, pigeon chest, atau yang lainnya, retraksi interkostal ya atau tidak, ada atau tidaknya wheezing atau ronkhi dan suara jantung tambahan, serta keluhan lainnya.

8. Abdomen : bentuk abdomen datar atau distensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, bising usus berapa kali permenit, serta keluhan lainnya.
9. Genitalia : kebersihan bersih atau tidak, ada atau tidaknya hemoroid atau hernia, serta keluhan lainnya.
10. Ekstremitas : adanya kelemahan atau tidak, kekuatan otot (skala 1-5), postur tubuh skollosis, lordosis, atau tegap (normal), rentang gerak maksimal atau terbatas, deformitas ya atau tidak, tremor ya atau tidak, ada atau tidaknya edema, pakai alat bantu ya atau tidak, refleks (biceps, triceps, knee, achiles), serta keluhan lainnya. Pada pasien OA nyeri sendi merupakan keluhan yang paling dirasakan pada pemeriksaan ekstremitas terutama bagian lutut.
11. Integumen : kebersihan bersih atau tidak, warna kulit pucat atau tidak, kelembapan kering atau lembap, serta keluhan lainnya.

2.5.3 Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial meliputi beberapa aspek, yaitu :

1. Hubungan dengan orang lain di dalam panti : tidak dikenal, sebatas kenal, mampu berinteraksi, atau mampu kerjasama.
2. Kebiasaan lansia berinteraksi dengan lansia lain di dalam panti : selalu, sering, jarang, tidak pernah.
3. Stabilitas emosi : labil, stabil, iritabel, atau datar.
4. Motivasi penghuni panti : kemauan sendiri atau terpaksa.
5. Frekuensi kunjungan keluarga : 1 kali/bulan, 2 kali/bulan, atau tidak pernah.

2.5.4 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Penilain perilaku terhadap kesehatan meilipu beberapa komponen, yaitu:

1. Kebiasaan merokok: > 3 batang, < 3batang, atau tidak merokok.
2. Pola pemenuhuhan kebutuhan nutrisi : frekuensi makan (1 kali sehari, 2 kali sehari, 3 kali sehari, tidak teratur), jumlah makan yang dihabiskan (1 porsi habis, ½ porsi yang dihabiskan, < ½ porsi yang dihabiskan), makanan tambahan (dihabiskan, tidak dihabiskan,

kadang-kadang diihabiskan), pola pemenuhan cairan (< 3 gelas dalam sehari, > 3 gelas dalam sehari).

2.5.5 Pengkajian Aktivitas Dan Istirahat

Pengkajian ini berisi data terkait pola kebiasaan tidur klien seperti :

1. Jumlah waktu tidur : < 4 jam, 4-6 jam, > 6 jam.
2. Gangguan tidur berupa : insomnia, sering terbangun, sulit mengawali, tidak ada gangguan.
3. Penggunaan waktu luang : santai, diam saja, keterampilan, kegiatan keagamaan.

2.5.6 Pengkajian Eliminasi

Berisi informasi kebiasaan pola eliminisi BAB dan BAK klien seperti:

1. Pola eliminasi BAB : Frekuensi bab, 1 kali sehari, 2 kali sehari. Konsistensi, encer, keras, lembek, atau normal. Adanya gangguan BAB atau tidak seperti inkontensia, konstipasi, diare, atau lainnya.
2. Pola eliminasi BAK : Frekuensi BAK, 1-3 kali sehari, 4-6 kali sehari, atau > 6 kali dalam sehari. Warna urine, kuning jernih, putih jernih atau kuning keruh. Ada atau tidak adanya gangguan BAK seperti inkontensia urine, retensi urine, dan lainnya.

2.5.7 Pengkajian Pola Higiene

Menanyakan terkait kebiasaan dalam menjaga kebersihan diri seperti:

1. Mandi : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai sabun atau tidak.
2. Sikat gigi : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai pasta gigi atau tidak.
3. Kebiasaan berganti pakaian : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai diapers atau tidak.

2.5.8 Pengkajian Paripurna Pasien Geriartri (P3G)

a. *Activity of Daily Living* (ADL)

ADL adalah pemeriksaan untuk menilai kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, mandi, berpakaian, dan ke toilet.

b. *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL)

IADL merupakan penilaian kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas yang lebih kompleks, seperti memasak, menggunakan telepon, mengelola keuangan, dan berbelanja.

c. Risiko Jatuh

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kemungkinan lansia mengalami jatuh berdasarkan kondisi fisik, keseimbangan, dan riwayat jatuh sebelumnya. Hasilnya untuk mencegah cedera dan meningkatkan keselamatan lansia.

d. *Geriatric Depression Scale* (GDS)

GDS adalah alat skrining yang digunakan untuk mengetahui adanya gejala depresi pada lansia. Pemeriksaan ini membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi kondisi psikologis lansia secara dini.

e. *Mini-Cog* dan *Clock Drawing Test* (CDT)

Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai fungsi kognitif lansia, terutama daya ingat dan kemampuan berpikir. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengingat kata dan menggambar jam sebagai indikator fungsi otak.

f. *Mini Mental State Examiation* (MMSE)

MMSE merupakan pemeriksaan untuk menilai fungsi kognitif secara lebih detail, seperti orientasi, perhatian, ingatan, bahasa dan kemampuan berhitung. Tes ini digunkan untuk mendeteksi gangguan seperti demensia.

g. *Abbreviated Mental Test* (AMT)

AMT adalah tes singkat untuk menilai fungsi mental dan daya ingat lansia. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi gangguan kognitif secara cepat dan sederhana.

h. *Mini Nutrional Assesment* (MNA)

MNA digunakan untuk menilai status gizi pada lansia, apahkah dalam kondisi baik, berisiko malnutrisi, atau sudah mengalami malnutrisi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

2.5.9 Analisa Data

Tabel 2.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan tanda mayor: Subjektif • Mengeluh nyeri • Merasa depresi (tertekan) Objektif • Tampak meringis • Gelisah • Tidak mampu menuntaskan aktivitas Gejala dan tanda minor: Subjektif • Merasa takut mengalami cidera berulang Objektif • Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) • Waspada	Faktor- faktor yang mempengaruhi ostheoarthritis yaitu usia, kegemukan, trauma, penyakit radang sendi ↓ Reaksi peradangan ↓ Deformitas sendi ↓ Infiltrasi kedalam OS Subcondria ↓ Hambatan nutrisi pada kartilago artikularis ↓ Kerusakan pada kartilago dan tulang ↓ Tendon dan legmen melemah ↓ Ostheoarthritis ↓	Nyeri kronis

	• Pola tidur berubah • Anoreksia • Fokus menyempit • Berfokus pada diri sendiri.	Menipisnya bantalan pada persendian ↓ Timbul rasa sakit sendi saat di gerakkan ↓ Nyeri kronis	
2.	Gejala dan tanda mayor: Subjektif • Mengeluh sulit mengerakkan ekstremitas Objektif • Kekuatan otot menurun • Retang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor: Subjektif • Nyeri saat bergerak • Enggan melakukan pergerakkan • Merasa cemas saat bergerak Objektif • Sendi kaku • Gerakkan tidak terkoordinasi • Gerakkan terbatas • Fisik lemah	Faktor- faktor yang mempengaruhi ostheoarthritis yaitu usia, kegemukan, trauma, penyakit radang sendi ↓ Reaksi peradangan ↓ Deformitas sendi ↓ Infiltrasi kedalam OS Subcondria ↓ Hambatan nutrisi pada kartilago artikularis ↓ Kerusakan pada kartilago dan tulang ↓ Tendon dan legmen melemah ↓ Ostheoarthritis ↓ Penyempitan ruang sendi ↓ Kekuatan sendi menurun ↓ Terhambatny gerak sendi ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

3.	Gejala dan tanda mayor: Subjektif • Merasa bingung • Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi • Sulit berkonsentrasi Objektif • Tampak gelisah • Tampak tegang • Sulit tidur Gejala dan tanda minor: Subjektif • Mengeluh pusing • Anoreksia • Palpitasi • Merasa tidak berdaya Objektif • Frekuensi napas meningkat • Frekuensi nadi meningkat • Tekanan darah meningkat • Diaforesis • Tremor • Muka tampak pucat • Suara bergetar • Kontak mata buruk • Sering berkemih	Faktor- faktor yang mempengaruhi ostheoarthritis yaitu usia, kegemukan, trauma, penyakit radang sendi ↓ Reaksi peradangan ↓ Deformitas sendi ↓ Infiltrasi kedalam OS Subcondria ↓ Hambatan nutrisi pada kartilago artikularis ↓ Kerusakan pada kartilago dan tulang ↓ Tendon dan legmen melemah ↓ Ostheoarthritis ↓ Menipisnya bantalan pada persendian ↓ Timbul rasa sakit sendi saat di gerakkan ↓ Kurang pengetahuan tentang rasa nyeri yang dirasakan ↓ Ansietas	Ansietas

	• Berorientasi pada masa lalu		
4.	Berikut data subjektif dan objektif pada masalah keperawatan risiko cedera: Subjektif • - (karena masih berupa risiko) Objektif • Klien tampak tidak stabil saat berjalan. • Menggunakan alat bantu jalan. • Kekuatan otot menurun. • Riwayat jatuh sebelumnya. • Usia lanjut.	Faktor- faktor yang mempengaruhi ostheoarthritis yaitu usia, kegemukan, trauma, penyakit radang sendi ↓ Reaksi peradangan ↓ Deformitas sendi ↓ Infiltrasi kedalam OS Subcondria ↓ Hambatan nutrisi pada kartilago artikularis ↓ Kerusakan pada kartilago dan tulang ↓ Tendon dan legmen melemah ↓ Ostheoarthritis ↓ Nutrisi otot terhambat karena deformitas ↓ Hambatan kekuatan otot ↓ Risiko Cedera	Risiko Cedera

2.5.10 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis yang menggambarkan individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan, baik yang sudah terjadi (aktual) maupun yang berpotensi muncul (potensial). Dalam hal ini, perawat memiliki tanggung jawab

profesional untuk mengindetifikasi kondisi tersebut serta menentukan intervensi yang tepat guna mempertahankan, mengurangi, membatasi, mencegah atau mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan juga menjadi dasar dalam penentuan tindakan keperawatan yang akan diberikan, yang disusun berdasarkan hasil analisi dan interprestasi data dari proses pengkajian klien (Ratnawati, 2022).

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien osteoarthritis sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletas kronis (D.0078).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054).
3. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0080).
4. Risiko cedera berhubungan dengan penurunan fungsi tulang dan menurunnya kekuatan otot (D.0136).

2.5.11 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun	**Manajemen nyeri (L.08238).** Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri. • Identifikasi skala nyeri. • Identifikasi respon nyeri nonverbal.

		• Kesulitan tidur menurun • Menarik diri menurun • Berfokus pada diri sendiri menurun • Diaforesis menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik • Nafsu makan membaik.	• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. • Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik • Berikan teknik nonfarmakologis **kompres hangat jahe** untuk mengurangi nyeri. • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan,

		pencahayaan, kebisingan. • Fasilitasi istirahat dan tidur. • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. • Jelaskan strategi meredakan nyeri. • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat. • Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk megurangi rasa nyeri. Kolaborasi • Kolaborasi pemberia analgetik, jika perlu.
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042). Dengan kriteria hasil:	**Dukungan Mobilisasi (I.08238)** Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau

	• Pergerakan ekstremitas meningkat. • Kekuatan otot meningkat. • Rentang gerak (ROM) meningkat. • Nyeri menurun • Kecemasan menurun • Kaku sendi menurun • Gerakan tidak terkoordinasi menurun • Gerakan terbatas menurun • Kelemahan fisik menurun	keluhan fisik lainnya. • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pererakan. Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. • Anjurkan melakukan mobilisasi dini. • Ajarkan mobilisasi sederhana yang

		harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur).
Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0080).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.090933). Dengan kriteria hasil: • Konsentarisi membaik • Pola tidur membaik • Perilaku gelisah menurun • Verbalisasi kebingungan menurun • Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun • Perilaku tegang menurun	**Reduksi ansietas (I.09314).** Observasi • Identifikasi saat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor). • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Terapeutik • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. • Pahami situasi yang membuat ansietas. • Dengarkan dengan penuh perhatian. • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

		• Motivasi mengindentifikasi situasi yang memicu kecemasan. • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi • Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami. • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis. • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika memungkinkan. • Anjurkan mengkungkapkan perasaan dan persepsi. • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. • Latih tenik relaksasi. Kolaborasi

		• Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu.
Risiko cedera berhubungan dengan penurunan fungsi tulang dan menurunnya kekuatan otot (D.0136).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat cedera menurun (L.14136). Dengan kriteria hasil: • Tolerasi aktivitas meningkat • Kejadian cedera menurun • Ketegangan otot menurun • Gangguan mobilitas menurun.	**Pencegahan Cedera (I.14537).** Observasi • Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. • Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera. • Identifikasi kesesaian alat kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah. Terapetik • Sediakan pencahayaan yang memadai. • Gunakan lampu tidur selama jam tidur. • Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius. • Sediakan alas kaki anti slip • Sediakan pispot atau urinal jika

		berisiko mengalami cedera serius. • Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau. • Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan. • Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan. • Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai. • Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawas pasien sesuai kebutuhan. Edukasi • Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga. • Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri. Kolaborasi • -

Sumber: SDKI (2017); SLKI (2019); SIKI (2018).

2.5.12 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatannya hingga mencampai kondisi yang lebih optimal. Tindakan ini merupakan bentuk realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun, baik melalui perawatan secara langsung maupun tidak langsung. Dengan demikian, implementasi keperawatan mencakup serangkaian aktivitas yang bertujuan membawa klien dari kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Paryono et al, 2024). Implementasi keperawatan meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dalam penelitian ini, pemberian asuhan keperawatan gerontik difokuskan pada penanganan nyeri yang di alami klien. Salah satu intervensi yang direncanakan adalah dengan cara pemberian kompres hangat jahe. Caranya yaitu, sekitar 100 gram jahe yang telah dihancurkan dicampurkan ke dalam air hangat bersuhu kurang lebih 40-50 °C di dalam baskom. Kemudian, handuk kecil direndam dalam campuran tersebut, diperas, lalu ditempelkan pada area sendi yang terasa nyeri selama 15-20 menit. Tindakan ini dilakukan 1-2 kali sehari selama 3-7 hari untuk mengurangi rasa nyeri.

2.5.13 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang dilakukan dengan cara membandingkan secara sistematis dan terencana antara hasil yang telah dicapai dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Dalam tahap ini, terdapat dua aspek penting yang perlu diperhatikan, yaitu perkembangan kondisi klien terdahap hasil yang telah dicapai serta tingkat efektivitas rencana keperawatan yang telah disusun (Rahmawati, 2022). Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP yang terdiri dari :

a. *Subjective* (S), yaitu pernyataan atau keluhan yang disampaikan oleh pasien.
b. *Objective* (O), yaitu data yang diperoleh dari hasil observasi oleh perawat maupun keluarga.
c. *Analysis* (A), yaitu kesimpulan yang diambil berdasarkan data subjektif dan objektif.
d. *Planning* (P), yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan hasil analisi tersebut (Rasyid et al, 2023).

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakuka langsung setelah perawat melaksanakan rencana keperawatan dengan tujuan untuk menilai seberapa efektif tindakan yang sudah diberikan kepada pasien. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan penilaian yang dilakukan setelah seluruh rangkaian proses keperawatan selesai dilaksanakan, evaluasi ini bertujuan untuk menilai serta memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien (Rahmawati, 2022).

Evaluasi yang diharapkan sesuai intervensi yang sudah dilakuakan dalam peneitian ini yaitu, dengan kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun.
2. Keluhan terganggunya mobilitas fisik menurun.
3. Keluhan kecemasan menurun.