

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
NY. S KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT GOUT
ARTHRITIS MELALUI INTERVENSI *STRETCHING* DI
SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA
KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut

SITI WAHINATUR ROHMAH, S.Kep

KHGD24024



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XIV

2025

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
NY. S KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT GOUT
ARTHRITIS MELALUI INTERVENSI *STRETCHING* DI
SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN
GARUT**

NAMA : SITI WAHINATUR ROHMAH

NIM : KHGD24024

Garut, September 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Iin Patimah, M.Kep

Sulastini, M.Kep

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi Profesi Ners

Pembimbing

Sri Yekti W, M.Kep

Susan Susyanti, M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
NY. S KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT GOUT
ARTHRITIS MELALUI INTERVENSI *STRETCHING* DI
SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN
GARUT**

NAMA : SITI WAHINATUR ROHMAH

NIM : KHGD24024

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Susan Susyanti, M.Kep

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT GOUT ARTHRITIS MELALUI INTERVENSI *STRETCHING* DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT

Siti Wahinatur Rohmah

ABSTRAK

Latar Belakang: Seiring dengan proses menua, tubuh akan mengalami berbagai perubahan yaitu perubahan fisik, kognitif, fungsional dan psikososial. Dimana salah satu perubahan fisik yang terjadi pada lansia adalah pada sistem muskuloskeletal termasuk di dalamnya adalah tulang, persendian, dan otot-otot akan mengalami perubahan. Penyakit degeneratif yang menyerang pada sistem muskuloskeletal salah satunya adalah gout arthritis. Gejala utama dari gout arthritis adalah nyeri sendi, peradangan dan pembengkakan, kemerahan, kekakuan sendi, demam dan serangan gout mendadak. Terapi nonfarmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri adalah dengan berolahraga, salah satunya dengan latihan *stretching* tindakan yang bisa membantu untuk meregangkan otot dan mengurangi nyeri pada ekstremitas. **Tujuan:** Menganalisis asuhan keperawatan gerontik serta menganalisis *evidence based practice stretching* pada Ny. S katz indeks A dengan nyeri akibat gout arthritis. **Metode:** Metode yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan gerontik melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan. Sehingga didapatkan data dan hasil pengkajian pada klien dapat ditegakkan dua diagnosa, yaitu nyeri kronis dan risiko jatuh. **Hasil:** Hasil pengelolaan kasus pada klien dengan masalah nyeri kronis dan risiko jatuh, semua masalah teratasi. Serta pemberian *stretching* terbukti efektif dalam menurunkan skala nyeri penderita gout arthritis.

Kata Kunci: *Stretching*, Lansia, Nyeri, Gout Arthritis

***ANALYSIS OF GERONTIC NURSING CARE FOR MRS. S KATZ
INDEX A WITH CHRONIC PAIN DUE TO GOUT ARTHRITIS
THROUGH STRETCHING INTERVENTION AT THE GARUT
REGENCY ELDERLY CARE FACILITY***

Siti Wahinatur Rohmah

ABSTRACT

Background: As we age, our bodies undergo various changes, including physical, cognitive, functional, and psychosocial changes. One of the physical changes that occur in older adults is in the musculoskeletal system, including bones, joints, and muscles. One of the degenerative diseases that attacks the musculoskeletal system is gouty arthritis. The main symptoms of gouty arthritis are joint pain, inflammation and swelling, redness, joint stiffness, fever, and sudden gout attacks. Non-pharmacological therapy that can be done to reduce pain is exercise, one of which is stretching exercises that can help stretch muscles and reduce pain in the extremities. ***Objective:*** Analyzing gerontological nursing care and analyzing evidence based practices for Mrs. A Katz Index A with pain due to gouty arthritis.. ***Method:*** The method used in providing nursing care in this study was descriptive in the form of a case study to explore gerontological nursing care issues through assessment, diagnosis, planning, action, and evaluation. The data and results of the assessment on the client led to three diagnoses: chronic pain, sleep pattern disturbance, and risk of falling. ***Results:*** The results of case management for client with chronic pain and risk of falling showed that all problems were resolved. Stretching exercise were also proven to be effective in reducing the pain scale of patients with gouty arthritis.

Keywords: Stretching, Elderly, Pain, Gouty Arthritis

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul **“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT GOUT ARTHRITIS MELALUI INTERVENSI *STRETCHING* DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT”**. Karya ilmiah akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Profesi Ners di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa-mahasiswa di kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husad Insani Garut.
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
3. Ibu Sri Yekti W, M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu Susan Susyanti, M.Kep selaku Pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian,

penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

5. Ibu Iin Patimah, M.Kep dan Ibu Sulastini, M.Kep selaku penguji 1 dan 2 yang telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan selama masa sidang.
6. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini dan mendidik penulis selama 5 tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Petugas Satpel Griya Lansia Garut yang telah membantu dan memberikan dukungan selama melakukan intervensi kepada klien.
8. Ny. S yang telah bekerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan.....	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
1.5. Metode Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Lansia.....	7
2.1.1. Definisi Lansia	7
2.1.2. Klasifikasi Lansia.....	7
2.2. Konsep Penyakit Gout Arthritis	8
2.2.1. Definisi.....	8
2.2.2. Etiologi.....	8
2.2.3. Patofisiologi	11
2.2.4. Pathway.....	13
2.2.5. Manifestasi Klinis	14
2.2.6. Komplikasi	15
2.3. Konsep Nyeri	17
2.3.1. Definisi.....	17
2.3.2. Klasifikasi Nyeri	17
2.3.3. Skala Nyeri Numerik.....	19
2.4. Konsep Asuhan Keperawatan	21
2.4.1. Pengkajian.....	21
2.4.2. Analisa Data	34

2.4.3.	Diagnosa.....	37
2.4.4.	Intervensi Keperawatan.....	42
2.4.5.	Implementasi.....	49
3.1.1.	Evaluasi.....	53
2.5.	Konsep <i>Evidence Based Practice</i> (EBP) Latihan <i>Stretching</i>	55
2.5.1.	Pengertian <i>Stretching</i>	55
2.5.2.	Manfaat Latihan <i>Stretching</i>	55
2.5.3.	Indikasi Latihan <i>Stretching</i>	57
2.5.4.	Kontraindikasi Latihan <i>Stretching</i>	57
2.5.5.	Prosedur Latihan <i>Stretching</i>	68
2.5.6.	Hasil Analisis Jurnal.....	58
BAB III	TINJAUAN KASUS DAN PEMNBAHASAN.....	75
3.1.	Tinjauan Kasus.....	75
3.1.1.	Pengkajian.....	75
3.1.2.	Analisa Data	95
3.1.3.	Diagnosis Keperawatan.....	96
3.1.4.	Intervensi Keperawatan.....	98
3.1.5.	Implementasi Keperawatan.....	101
3.1.6.	Catatan Perkembangan.....	106
3.2.	Pembahasan.....	126
3.2.1.	Pengkajian.....	126
3.2.2.	Diagnosis Keperawatan.....	128
3.2.3.	Intervensi.....	132
3.2.4.	Implementasi.....	133
3.2.5.	Evaluasi.....	136
3.2.6.	Analisis <i>Evidence Based Practice</i> Latihan <i>Stretching</i>	137
3.2.7.	Dokumentasi	139
BAB IV	KESIMPULAN DAN SARAN.....	140
4.1.	Kesimpulan	140
4.2.	Saran.....	141
DAFTAR PUSTAKA.....		143
LAMPIRAN.....		146

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Pengkajian SPMSQ	28
Tabel 2. 2 Pengkajian MMSE	29
Tabel 2. 3 Pengkajian KATZ Indeks	31
Tabel 2. 4 Pengkajian FR Test.....	32
Tabel 2. 5 Pengkajian TUG Test	33
Tabel 2. 6 Pengkajian GDS	33
Tabel 2. 7 Analisa Data	34
Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 2. 9 Hasil Analisis Jurnal.....	58
Tabel 3. 1 Nutrisi Metabolik	79
Tabel 3. 2 Pola Eliminasi	79
Tabel 3. 3 Pola Istirahat.....	79
Tabel 3. 4 Hasil Pengkajian SPMSQ.....	86
Tabel 3. 5 Hasil Pengkajian MMSE	87
Tabel 3. 6 Hasil Pengkajian Katz Indeks	90
Tabel 3. 7 Pengkajian FR Test.....	92
Tabel 3. 8 Hasil Pengkajian TUG Test	93
Tabel 3. 9 Hasil Pengkajian GDS.....	93
Tabel 3. 10 Analisa Data	95
Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan	98
Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan	101
Tabel 3. 13 Catatan Perkembangan	106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Gout Arhtritis.....	13
Gambar 2. 3 Skala Nyeri Numerik.....	19
Gambar 2. 4 Stretching hamstring	69
Gambar 2. 5 Stretching quadricep.....	70
Gambar 2. 6 Stretching calf muscle	70
Gambar 2. 7 Stretching wall squat	71
Gambar 2. 8 Stretching seated knee extension.....	72
Gambar 2. 9 Stretching otot hamstring	72
Gambar 2. 10 Stretching straight leg raising.....	73
Gambar 2. 11 Stretching hip abduction.....	73
Gambar 2. 12 Stretching hip extension	74

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Seiring dengan proses menua, tubuh akan mengalami berbagai perubahan yaitu perubahan fisik, kognitif, fungsional dan psikososial (Manurung et al. 2023). Dimana salah satu perubahan fisik yang terjadi pada lansia adalah pada sistem muskuloskeletal termasuk di dalamnya adalah tulang, persendian, dan otot-otot akan mengalami perubahan. Perubahan postur, kekakuan sendi, dan penurunan massa, tonus serta kekuatan otot sangat memengaruhi rentang gerak, gerak secara keseluruhan, dan cara berjalan (Maryam et al. 2012). Penyakit degeneratif yang menyerang pada sistem muskuloskeletal salah satunya adalah gout arthritis. Gout arthritis adalah asam berbentuk kristal yang merupakan hasil dari pemecahan purin.

Seiring bertambahnya usia, kemunduran fungsi tubuh pada lansia memengaruhi tingkat kemandirian atau ketergantungan individu dalam melakukan aktivitas, sehingga untuk mengidentifikasi kebutuhan bantuan atau perawatan yang diperlukan digunakan alat ukur yang disebut Katz Indeks. Adapun pemeriksaan ini meliputi enam aktivitas dasar, yaitu mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen, dan makan. Lansia dengan skor Katz Indeks yang tinggi (mandiri) cenderung lebih mampu menjalankan pengobatan gout arthritis dengan baik. Sebaliknya, lansia dengan ketergantungan tinggi memerlukan dukungan lebih dalam perawatan dan pengelolaan gout arthritis agar dapat terkontrol. Tingkat kemandirian lansia juga

membantu menentukan intervensi keperawatan yang tepat berbasis bukti (evidence based practice) untuk penanganan gout arthritis lansia agar mendapatkan hasil optimal dalam pengelolaan penyakitnya.

Angka kejadian gout arthritis sekitar 1-4% dari populasi umum di seluruh dunia. Angka kejadian gout arthritis diperkirakan tahun 2030 lebih dari 8 juta orang (Dungga, 2022). Prevalensi gout arthritis pada pria sebesar 3-6% dan wanita sebesar 1-2% di negara barat, sedangkan di Asia sebesar 4,4-8,8% pada pria dan 1,2-3,% pada wanita. Prevalensi gout arthritis di Indonesia belum pernah diteliti, namun prevalensi gout arthritis di Indonesia pada usia 55-64 tahun berkisar pada 45%, dan pada usia 65-74 tahun berkisar pada 51,9%, serta usia >75 tahun berkisar pada 54,8%. Tanpa penanganan yang efektif, kondisi ini dapat berkembang menjadi kronik,

terbentuknya tofus, dan bahkan dapat mengakibatkan gangguan fungsi ginjal berat, serta penurunan kualitas hidup (Manuaba et al. 2024).

Gout arthritis adalah asam berbentuk kristal yang merupakan hasil dari pemecahan purin. Secara alamiah purin ada dalam tubuh dan dalam makanan dari tanaman maupun dari hewan. Gout arthritis adalah bentuk umum dari radang sendi yang sangat menyakitkan. Gejala utama dari gout arthritis adalah nyeri sendi, peradangan dan pembengkakan, kemerahan, kekakuan sendi, demam dan serangan gout mendadak. Serangan nyeri gout arthritis yang berulang dapat menyebabkan radang sendi yang memburuk (Madyaningrum et al. 2020). Dengan hal itu, diperlukan suatu upaya untuk mencegah dan mengurangi serangan nyeri yang akan terjadi pada lansia gout arthritis baik itu melalui terapi farmakologi maupun terapi nonfarmakologi.

Terapi nonfarmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri adalah dengan berolahraga, salah satunya dengan latihan *stretching* (peregangan). Pendekatan terapi nonfarmakologis latihan *stretching* belum banyak diketahui sebagai pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri sendi yang efektif, efisien serta tidak menggunakan biaya (Sari 2019). Latihan *Stretching* sangat efektif dilakukan untuk meningkatkan fleksibilitas otot dan sendi sehingga dapat memberikan efek penurunan atau hilangnya rasa nyeri pada persendian. Latihan *stretching* ini merupakan salah satu tindakan yang bisa membantu untuk meregangkan otot dan mengurangi nyeri pada ekstremitas (Ningrum, Ismoyowati, and Intening 2023).

Ulhasanah, dkk (2022) melakukan penelitian tentang latihan stretching untuk mengurangi nyeri pada lansia penderita gout arthritis di Tawang Sari Sukoharjo menunjukkan bahwa latihan stretching mampu memengaruhi penurunan nyeri pada penderita gout arthritis dan Mentari, dkk (2024) mengenai implementasi manajemen nyeri menggunakan latihan stretching pada asuhan keperawatan keluarga lansia dan pensiunan dengan masalah nyeri sendi terbukti efektif dalam menurunkan nyeri sendi. Dari hasil penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian intervensi latihan stretching dapat dilakukan pada masalah nyeri sendi akibat gout arthritis.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (*evidence based practice*). Klien Ny. S adalah salah satu penerapan intervensi latihan stretching untuk menurunkan nyeri akibat gout arthritis yang dilakukan selama 6 kali pertemuan. Maka, penulis menyusun laporan tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S Katz Indeks A dengan Nyeri Akibat Gout Arthritis Melalui Intervensi *Stretching* di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan di atas, maka masalah dalam studi kasus ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Katz Indeks A pada Ny. S dengan Nyeri Kronis Akibat Gout Arthritis dengan Intervensi Latihan *Stretching* di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut?”.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Katz Indeks A pada Ny. S dengan Nyeri Kronis Akibat Gout Arthritis dengan Intervensi Latihan *Stretching* di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut”.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.
3. Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.
4. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan pemberian latihan *stretching* untuk menurunkan nyeri.
5. Mampu menganalisis evaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan pemberian latihan *stretching* pada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.
6. Mampu melakukan dan menganalisis *Evidence Base Practice* latihan *stretching* pada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny. S yang mengalami nyeri sendi lutut akibat gout arthritis.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Manfaat bagi Institusi

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan bisa menjadi referensi bagi pihak akademik dalam pengembangan keilmuan terutama pada proses pemberian asuhan keperawatan gerontik, sehingga bisa dijadikan sebagai intervensi baru dalam mengatasi masalah nyeri pada lansia penderita gout arthritis.

1.4.2. Manfaat bagi Griya Lansia

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan bagi pemangku kebijakan setempat dalam hal ini Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat yang menaungi Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut, sehingga bisa dijadikan sebagai intervensi baru dalam mengatasi masalah nyeri pada lansia penderita gout arthritis.

1.5. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan Ny. S yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan teknik wawancara yang dilakukan langsung pada klien dan keluarga klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil mengamati tentang kondisi pasien dalam rangka asuhan keperawatan. Metode pengambilan data yang menggunakan Indera penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal klien dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung sehubungan dengan masalah kesehatan yang menimpanya.

3. Studi kepustakaan

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapatkan dengan fakta yang ada di lahan praktik, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

4. Partisipasi aktif

Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri akibat gout arthritis serta melakukan tindakan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Lansia

2.1.1. Definisi Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas dan telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa lanjut usia adalah suatu tahap terakhir dalam proses kehidupan seorang individu dimana individu tersebut secara alami mengalami berbagai macam perubahan baik dari segi fisik, mental, serta sosial dengan usia di atas 60 tahun.

2.1.2. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi batasan lanjut usia menurut WHO meliputi:

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu 60-74 tahun
3. Lanjut usia (*old*) 75 – 90 tahun
4. Lanjut usia sangat tua (*very old*) yaitu 90 tahun atau lebih

2.2. Konsep Penyakit Gout Arthritis

2.2.1. Definisi

Menurut WHO, gout adalah peradangan yang disebabkan oleh metabolisme purin yang terganggu, dan ditandai oleh hiperurisemia dan deposisi kristal monosodium urat pada jaringan. Serangan gout biasanya mendadak dan sering menyerang sendi, terutama pada kaki. Gout arthritis adalah bentuk arthritis inflamasi yang terjadi karena akumulasi kristal urat pada persendian akibat tingginya kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia). Kondisi ini menyebabkan nyeri sendi mendadak, bengkak, dan kemerahan, umumnya pada sendi jempol kaki (Frida et al. 2025).

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa gout arthritis adalah kondisi inflamasi yang terjadi karena endapan kristal urat pada jaringan persendian yang menyebabkan serangan nyeri mendadak, bengkak, dan kemerahan.

2.2.2. Etiologi

1. Genetik

Faktor genetik memainkan peran penting dalam risiko seseorang mengembangkan gout. Studi menunjukkan bahwa ada variasi gen tertentu yang mempengaruhi metabolisme asam urat, terutama yang berhubungan dengan transportasi asam urat dalam ginjal. Misalnya, mutasi pada gen SLC2A9 dan ABCG2 terkait dengan gangguan ekskresi asam urat, yang meningkatkan risiko hiperurisemia dan gout.

riwayat keluarga dengan gout atau hiperurisemia juga meningkatkan risiko, menunjukkan pengaruh genetik dalam penurunan kadar asam urat (Frida et al. 2025).

2. Diet Tinggi Purin

Makanan yang kaya purin, seperti daging merah, makanan laut, dan minuman beralkohol (terutama bir) dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah. Purin dalam makanan dipecah menjadi asam urat, yang jika dikonsumsi berlebihan, dapat menyebabkan hiperurisemia. Minuman manis, terutama yang mengandung fruktosa tinggi, juga berhubungan dengan peningkatan kadar asam urat. Fruktosa merangsang produksi asam urat dengan mempercepat proses metabolisme yang menghasilkan purin (Frida et al. 2025).

3. Obesitas dan Sindrom Metabolik

Obesitas adalah salah satu faktor risiko utama gout. Kelebihan berat badan meningkatkan produksi asam urat sekaligus menghambat ekskresi asam urat melalui ginjal, sehingga menyebabkan hiperurisemia. Sindrom metabolik, yang meliputi hipertensi, dislipidemia, dan resistensi insulin, juga terkait dengan peningkatan risiko gout. Kondisi-kondisi ini mempengaruhi metabolisme dan ekskresi asam urat, sehingga meningkatkan risiko pembentukan kristal urat pada persendian (Frida et al. 2025).

4. Penggunaan Obat-obatan Tertentu

Beberapa obat dapat meningkatkan kadar asam urat, baik melalui peningkatan produksi maupun penurunan ekskresi. Diuretik thiazide, yang sering digunakan untuk mengontrol tekanan darah, meningkatkan risiko gout dengan menghambat ekskresi asam urat melalui ginjal. Aspirin dosis rendah juga dapat meningkatkan kadar asam urat karena memiliki efek ganda: dosis rendah menghambat ekskresi asam urat, sementara dosis tinggi justru membantu menurunkan asam urat (Frida et al. 2025).

5. Penyakit ginjal dan gangguan ekskresi asam urat

Ginjal memainkan peran utama dalam mengeluarkan asam urat dari tubuh. Gangguan ginjal, baik akut maupun kronis, dapat menyebabkan akumulasi asam urat dalam darah. Penyakit ginjal kronis mengurangi kemampuan tubuh untuk mengeluarkan asam urat, yang akhirnya meningkatkan risiko pembentukan kristal urat. Penurunan fungsi ginjal secara alami seiring bertambahnya usia juga berkontribusi pada peningkatan risiko gout pada lansia (Frida et al. 2025).

6. Faktor Usia dan Jenis Kelamin

Gout lebih sering terjadi pada pria daripada wanita, terutama pada usia paruh baya. Hormon estrogen pada wanita membantu mengurangi kadar asam urat dengan meningkatkan ekskresinya melalui ginjal. Namun, setelah menopause, risiko gout pada wanita meningkat karena penurunan kadar estrogen. Insiden gout juga lebih tinggi pada orang

yang berusia di atas 40 tahun, di mana kemampuan tubuh untuk mengelola kadar asam urat cenderung menurun (Frida et al. 2025).

2.2.3. Patofisiologi

Kejadian Gout diawali oleh hiperurisemia, yaitu kondisi di mana kadar asam urat dalam darah meningkat. Hiperurisemia dapat terjadi karena peningkatan produksi asam urat atau penurunan ekskresinya melalui ginjal. Pada kebanyakan kasus, gangguan ekskresi asam urat melalui ginjal menjadi penyebab utama, sementara faktor lainnya melibatkan konsumsi makanan tinggi purin (seperti daging merah dan makanan laut) atau kondisi yang meningkatkan produksi asam urat (seperti obesitas dan sindrom metabolik). Hiperurisemia sendiri tidak selalu menyebabkan gout. Hanya sebagian kecil individu dengan hiperurisemia yang mengalami pengendapan kristal urat di persendian dan akhirnya mengalami serangan gout. Selanjutnya padasaat kadar asam urat darah mencapai batas kelarutan (sekitar 6,8 mg/dL pada suhu tubuh normal), kristal monosodium urat mulai terbentuk dan mengendap di cairan sinovial dan jaringan persendian, terutama di tempat-tempat yang lebih dingin, seperti sendi kaki (Frida et al. 2025).

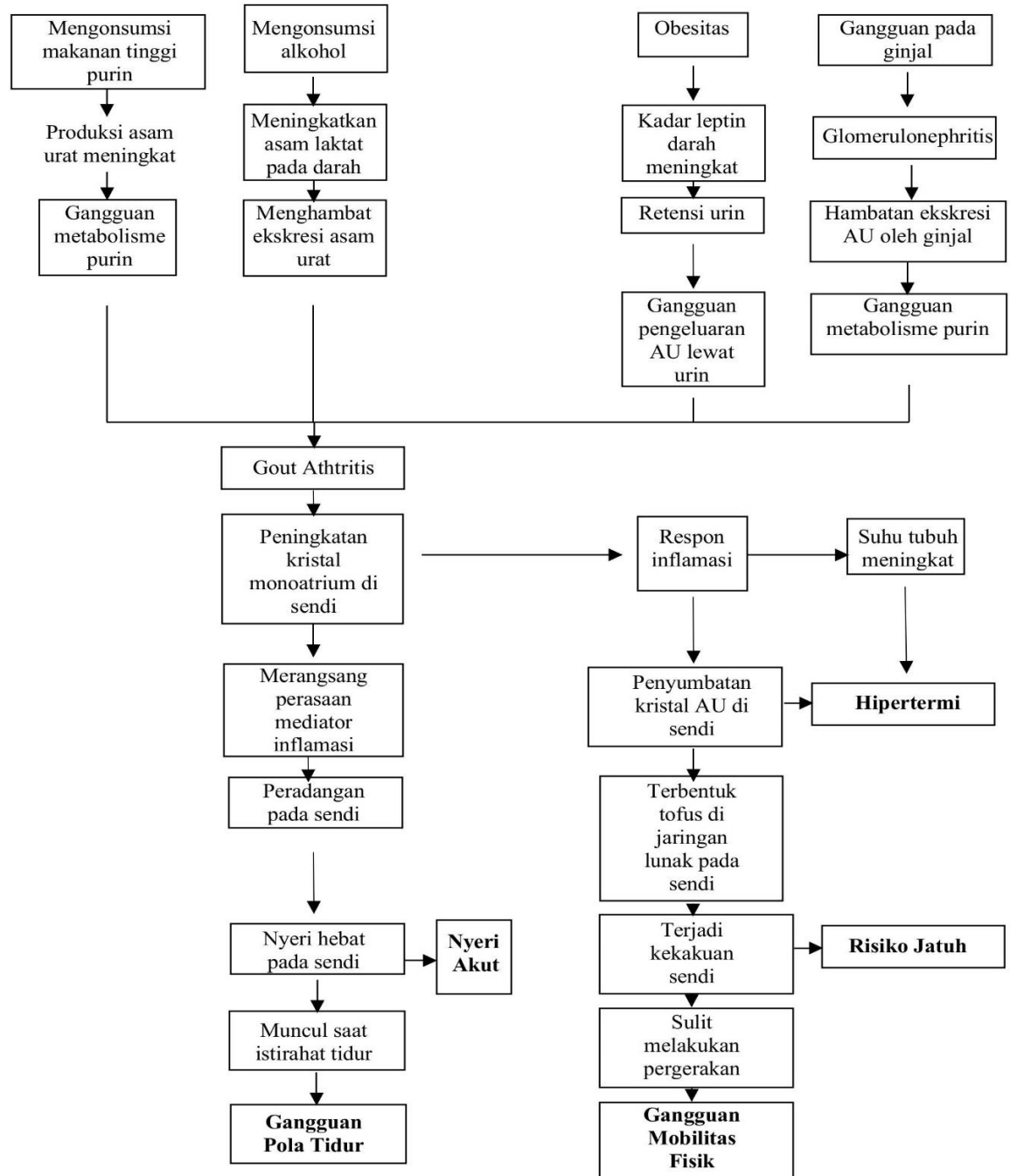
Akumulasi kristal ini merupakan pemicu utama peradangan dalam kasus gout. Kristal urat yang terbentuk pada persendian dianggap sebagai benda asing oleh tubuh. Ketika kristal ini mengendap di dalam persendian, tubuh memulai respon imun dengan mengirimkan neutrofil dan makrofag (sejenis sel darah putih) ke area yang teriritasi. Proses fagositosis

(penyerapan kristal oleh neutrofil) terjadi, tetapi kristal yang bersifat tajam dapat menyebabkan lisis atau pecahnya neutrofil, melepaskan enzim proteolitik dan mediator inflamasi ke dalam cairan sinovial. Pecahnya neutrofil di area persendian ini memicu pelepasan mediator inflamasi. (Frida et al. 2025).

Pelepasan mediator inflamasi ini menyebabkan peradangan akut pada sendi yang terkena. Tanda-tanda peradangan ini meliputi nyeri hebat, bengkak, kemerahan, dan peningkatan suhu lokal. Rasa nyeri yang dialami pada gout sangat khas dan sering kali digambarkan sebagai nyeri yang intens, yang sering kali membangunkan penderita di malam hari. Proses inflamasi ini biasanya berlangsung beberapa hari hingga minggu dan dikenal sebagai serangan gout akut. Pada tahap ini, persendian menjadi sangat sensitif terhadap sentuhan dan gerakan, dan penderita sering kali mengalami keterbatasan mobilitas pada sendi yang terkena. Ketika gout yang tidak diobati, serangan berulang dapat menyebabkan kristal urat terus menumpuk di sekitar sendi dan jaringan lunak lainnya, membentuk tofi (Frida et al. 2025).

2.2.4. Pathway

Gambar 2. 1 Pathway Gout Arthritis



2.2.5. Manifestasi Klinis

1. Nyeri sendi

Nyeri mendalam pada sendi yang terkena adalah gejala utama. Biasanya dimulai secara tiba-tiba, sering kali pada malam hari. Nyeri ini sangat intens dan bisa berlangsung beberapa hari atau minggu. Sendi yang paling sering terkena adalah jempol kaki (metatarsofalangeal), tetapi bisa juga menyerang sendi lainnya seperti pergelangan kaki, lutut, tangan, dan siku (Frida et al. 2025).

2. Peradangan dan pembengkakan

Sendi yang terkena akan terlihat merah, bengkak, dan terasa panas. Pembengkakan ini sering kali disertai dengan rasa kaku pada sendi yang terinfeksi (Frida et al. 2025).

3. Kemerahan

Sendi yang terinflamasi sering kali akan tampak kemerahan atau berwarna keunguan. Hal ini disebabkan oleh peradangan dan akumulasi cairan di sekitar sendi (Frida et al. 2025).

4. Kehilangan rentang gerak (Kekakuan)

Sendi yang terjangkit mungkin akan terasa kaku dan sulit digerakkan. Pasien akan merasa terbatas dalam melakukan aktivitas yang melibatkan sendi yang terkena (Frida et al. 2025).

5. Serangan gout yang mendadak

Gejala gout sering datang secara mendadak dan sangat intens. Serangan

bisa berlangsung dari beberapa hari hingga beberapa minggu, lalu mereda sebelum kembali muncul (Frida et al. 2025).

6. Demam

Beberapa orang dengan gout dapat mengalami demam ringan, terutama selama serangan akut (Frida et al. 2025).

7. Tofi (Penyumbatan Kristal Urat)

Pada kasus gout kronis, penumpukan kristal asam urat dapat membentuk benjolan keras yang disebut tofi. Tophus ini biasanya muncul pada jari tangan, telinga, atau sekitar sendi yang terinfeksi. Meskipun tophi biasanya tidak nyeri, mereka dapat merusak jaringan sekitarnya jika dibiarkan tanpa pengobatan (Frida et al. 2025).

8. Gejala pada kulit

Kulit di sekitar sendi yang terkena bisa terasa panas dan kadang-kadang terkelupas atau mengalami infeksi sekunder akibat peradangan yang berkepanjangan (Frida et al. 2025).

2.2.6. Komplikasi

1. Kerusakan Sendi Jangka Panjang

Kerusakan sendi kronis: Jika serangan gout terjadi secara berulang dan tidak diobati dengan baik, ini dapat menyebabkan kerusakan permanen pada sendi yang terkena.

2. Pembentukan Tofi

Tofi adalah benjolan keras yang terbentuk akibat penumpukan kristal asam urat yang menumpuk di bawah kulit atau dalam jaringan tubuh.

Meskipun seringkali tidak nyeri, mereka bisa menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya. Tophus juga bisa menjadi infeksi jika terpapar bakteri, dan dalam beberapa kasus, dapat menyebabkan luka terbuka atau fistula pada kulit.

3. Penyakit Ginjal (Nefropati Gout)

Penyakit ginjal terkait gout terjadi karena kristal asam urat dapat menumpuk dalam ginjal, menyebabkan gangguan pada fungsi ginjal. Pada jangka panjang, kerusakan ginjal yang disebabkan oleh gout dapat berkembang menjadi gagal ginjal kronis jika tidak dikelola dengan baik.

4. Risiko Penyakit Kardiovaskular

Gout dan hipertensi: Gout sering berhubungan dengan hipertensi (tekanan darah tinggi), yang dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung dan stroke. Penumpukan asam urat dalam darah dan peradangan kronis juga dapat merusak pembuluh darah, meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis (pengerasan arteri), yang pada akhirnya dapat menyebabkan masalah jantung dan pembuluh darah.

5. Perburukan Kondisi Medis Lain

Gout sering terjadi bersamaan dengan kondisi medis lain seperti diabetes, obesitas, hipertensi, dan dislipidemia (gangguan kadar lemak dalam darah). Kehadiran gout dalam tubuh bisa memperburuk kondisi-kondisi ini, meningkatkan risiko komplikasi lebih lanjut terkait penyakit kardiovaskular dan metabolik.

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1. Definisi

International Association for Study of Pain (2020) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional. Kemenkes (2019) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan dengan adanya atau berpotensi terjadinya kerusakan jaringan atau tergambarkan seperti ada kerusakan.

Berdasarkan definisi nyeri di atas, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial yang melibatkan respon fisik, mental dan emosional.

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

Menurut Wayan, dkk (2023) Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempatnya, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

1. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- a. *Pheriperal pain*, yaitu nyeri terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
- b. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

- c. *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
 - d. *Central pain*, yaitu yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain.
2. Nyeri berdasarkan sifatnya:
- a. *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - b. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
 - c. *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
3. Nyeri berdasarkan berat ringannya:
- a. Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah
 - b. Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - c. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
4. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan
- a. Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas.
 - b. Nyeri kronis, yaitu nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan dan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu

diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, pendinderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya

2.3.3. Skala Nyeri Numerik

Skala yang paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan Tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang lebih menggambarkan efek analgesic. Skala Numerik

Gambar 2. 2 Skala Nyeri Numerik



Penilaian nyeri yang dirasakan klien yaitu:

- 0 : Tidak ada rasa sakit. Merasa normal
- 1 : Nyeri hamper tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu klien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit
- 2 : (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit

- 3 : (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntukan oleh dokter
- 4 : (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- 5 : (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 6 : (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya Sebagian memengaruhi Sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 7 : (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 8 : (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- 9 : (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
- 10 : (sakit tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

1. Identitas

Identitas klien yang dikaji adalah nama, usia, Pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, suku, agama dan status perkawinan.

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Mengkaji pekerjaan dan sumber pendapatan saat ini serta Riwayat pekerjaan sebelumnya.

3. Lingkungan tempat tinggal

Mengkaji kebersihan dan kerapihan ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, dan sumber pencemaran.

4. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit gout Arthritis adalah klien mengeluh nyeri sendi jari kaki, jari tangan, tumit, dengkul, siku dan pergelangan tangan pada malam hari atau pagi hari saat bangun tidur. Nyeri terasa hebat pada sendi dan terasa panas bil disentuh, nyeri dapat terasa sewaktu-waktu. Sendi tampak bengkak dan meradang (berwarna kemerahan), nyeri sendi yang ditimbulkan terjadi berulang kali. Pada kasus yang parah, persendian akan mengalami nyeri hebat saat bergerak.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke rumah sakit, dan apakah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit muskuloskeletal, penggunaan obat-obatan, riwayat mengonsumsi alkohol dan merokok. Pasien memiliki riwayat gout arthritis yang sudah berlangsung beberapa tahun dengan serangan yang sering, terutama setelah konsumsi makanan tinggi purin (misalnya daging merah, makanan laut).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan,

kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktik kesehatan.

b. Nutrisi Metabolik

- 1) Pola makan: Pasien mengaku sering mengonsumsi makanan tinggi purin seperti daging merah dan makanan laut. Pasien juga mengonsumsi alkohol secara teratur.
- 2) Pola Minum: Pasien jarang mengonsumsi air putih, lebih sering minum minuman manis.

c. Pola Eliminasi

- 1) BAK: Pasien tidak mengalami keluhan khusus terkait urinasi, namun sering merasa nyeri saat buang air kecil saat serangan gout. Frekuensi buang air kecil normal, namun cenderung kurang frekuensi karena kurangnya asupan cairan. Fungsi ginjal Bblum pernah dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal secara rutin, namun pasien memiliki riwayat kadar asam urat yang tinggi.
- 2) BAB: Pasien tidak mengalami keluhan khusus terkait defekasi.

d. Pola Istirahat Tidur

- 1) Kualitas tidur: Pasien sering terjaga pada malam hari karena nyeri pada sendi, terutama pada jempol kaki. Tidur terganggu pada malam hari saat serangan gout.

2) Durasi tidur: Tidur pasien terganggu 2-3 kali dalam seminggu selama serangan akut.

e. Pola Konsep Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asertif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup/relaks.

f. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien, pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang pasif/agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dan lain-lain.

g. Pola Reproduksi dan Seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang actual atau dirasakan dengan seksualitas, dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan seksual, pemeriksaan genital, dan lain-lain.

h. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan sistem pendukung. Penggunaan obat untuk menanggapi stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap

tingkat stress. Klien cenderung menghindari aktivitas fisik saat serangan gout. Klien terkadang merasa stres dan cemas ketika serangan gout datang, tetapi tidak banyak berbicara tentang kecemasannya.

i. Pola Keyakinan dan Nilai

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dengan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan muskuloskeletal biasanya lemah.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *Composmentis* dan *Apatis*.

c. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah dalam meningkat atau dalam batas normal.
- 2) Nadi meningkat (70-82x/menit)
- 3) Suhu meningkat ($>37^{\circ}\text{C}$)
- 4) Pernapasan biasanya normal atau meningkat

d. Antropometri

Mengkaji berat badan klien apakah mengalami penambahan berat badan atau tidak.

e. Aspek Biologis

1) Sistem Kardiovaskuler

Biasanya pada penderita gout arthritis sering ditemukan keringat dingin akibat rasa nyeri. Suara jantung normal dan pengisian kapiler kurang dari 3 detik.

2) Sistem Pernapasan

Biasanya pada penderita gout arthritis tidak ditemukan gangguan pada sistem pernapasan, namun tidak menutup kemungkinan ada masalah pada pernapasan jika penderita memiliki penyakit lain.

3) Sistem Pencernaan

Dilihat adanya anoreksia, mual, penurunan berat badan, dan lainnya yang berhubungan dengan masalah nutrisi dan cairan.

4) Sistem Integumen

Dikaji adanya lesi atau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, dan nyeri tekan. Pada penderita gout arthritis yang sudah parah, terdapat bengkak dan juga lesi pada bagian sendi yang mengalami nyeri.

5) Sistem Perkemihan

Dalam perkemihan dilihat produksi urin, nyeri saat berkemih atau tidak. Pada penderita gout arthritis yang sudah mengalami komplikasi ke ginjal berupa pielonfritis, gagal ginjal kronis, dan lainnya akan menimbulkan perubahan fungsi pada sistem perkemihan.

6) Sistem Endokrin

Dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid. Pada penderita gout arthritis biasanya tidak ditemukan masalah sistem endokrin, terkecuali pada klien yang memiliki penyakit lain.

7) Sistem Muskuloskeletal

Kaji kekuatan otot dan ROM klien. Pada penderita gout arthritis biasanya ditemukan kekakuan pada sendi, bengkak pada bagian ekstremitas yang terasa nyeri sehingga terdapat keterbatasan ruang gerak.

8) Sistem Reproduksi

Dikaji kebersihan ataupun masalah yang dialami klien berkaitan dengan sistem reproduksi. Pada penderita gout arthritis tidak ditemukan masalah, terkecuali pada klien yang memiliki penyakit lain.

9) Sistem Persyarafan

Dilakukan tes persyarafan dari nervus I-XII. Pada penderita gout arthritis biasanya ditemukan kesemutan.

10) Sistem Penglihatan

Dilakukan pemeriksaan pada mata, reflek, kebersihan serta ketajaman penglihatan. Pada penderita gout arthritis tidak ditemukan masalah, kecuali pada klien yang memiliki penyakit lain.

11) Sistem Pendengaran

Dilakukan pemeriksaan pada mata, kebersihan serta ketajaman pendengaran. Pada penderita gout arthritis tidak ditemukan masalah, kecuali pada klien yang memiliki penyakit lain.

7. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) digunakan untuk mendeteksi adanya dan Tingkat kerusakan intelektual terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri.

Tabel 2. 1 Pengkajian SPMSQ

Skor Jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		1	Jam berapa sekarang?	
		2	Tahun berapa sekarang?	
		3	Kapan Ibu lahir?	
		4	Berapa umur Ibu sekarang?	
		5	Dimana Alamat Ibu sekarang?	
		6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu?	
		7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu?	
		8	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?	
		9	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang?	

10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?
Jumlah Skor Total Jawaban Salah	

Interpretasi:

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2	: Fungsi intelektual utuh
Jumlah jawaban salah sebanyak 2-4	: Kerusakan intelektual ringan
Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7	: Kerusakan intelektual sedang
Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10	: Kerusakan intelektual berat

8. Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental (MMSE)

Mini Mental Status Exam (MMSE) digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, dan mengingat kembali.

Tabel 2. 2 Pengkajian MMSE

No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks
1	ORIENTASI	Menyebutkan dengan benar:				
		1. Tahun berapa sekarang?				
		2. Musim apa sekarang?				
		3. Tanggal berapa sekarang?				
		4. Hari apa sekarang?				
		5. Bulan apa sekarang?				
		Menyebutkan dimana sekarang:				
		1. Di negara mana anda tinggal?				
		2. Di provinsi mana anda tinggal?				
		3. Di kabupaten mana anda tinggal?				
2	REGISTRASI	4. Di kecamatan mana anda tinggal?				
		5. Di desa mana anda tinggal?				
		Sebutkan nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 poin untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat, pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal				

maka tidak dapat dilakukan tes pada
MENGINGAT

No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks
3	PERHATIAN & KALKULASI	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (nilai 1 poin untuk tiap jawaban benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 poin untuk setiap hurufnya), misal: DUNIA (eja:A-I-N-U-D)				5
4	MENGINGAT	Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 poin untuk setiap obyek yang disebutkan.				3
5	BAHASA	a. Penamaan Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), poin 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor 2) b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi: “tak ad ajika, dan, ataun tetapi”. Hanya 1 kali mencoba. Poin 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan c. Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta klien untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar. d. Membaca Dalam selembar kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda”. Ditulis besar dan				9

dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (poin 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat)

e. Menulis

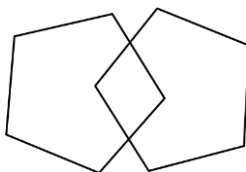
Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja,

No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks
----	----------------	------------	-------	-------	-------------	------------

ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar nilai 1 poin

f. Menyalin

Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 poin



Nilai Total

Interpretasi:

Nilai 0-17	: Gangguan kognitif berat
Nilai 17-23	: Gangguan kognitif sedang
Nilai 24-30	: Tidak ada gangguan kognitif/normal

9. Pengkajian Status Fungsional

Digunakan untuk menilai status fungsional sebagai ukuran kemampuan klien untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Tabel 2. 3 Pengkajian KATZ Indeks

KATZ Indeks	
KATZ Indeks A	: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian
KATZ Indeks B	: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut
KATZ Indeks C	: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

KATZ Indeks D	: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks E	: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks F	: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks G	: Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Keterangan:

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Lansia yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi meskipun lansia tersebut dianggap mampu.

Beri tanda (✓) pada poin yang sesuai dengan kondisi klien

10. Pengkajian screening Faal Functional Reach (FR) Test

Tabel 2. 4 Pengkajian FR Test

No	Langkah
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan direntangkan ke depan
2	Beri tanda letak tangan 1
3	Minta pasien condong ke depan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke 2 pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan ke 1 dan ke 2

Interpretasi

10 inchi/25 cm	: Risiko jatuh rendah
6-10 inchi/15-25 cm	: Risiko jatuh 2 kali lebih besar
≤6 inchi/ ≤15 cm	: Risiko jatuh 4 kali lebih besar
Tidak mau mencapai	: Risiko jatuh 8 kali lebih besar

Catatan: Usia lebih 70 tahun, bila kurang dari 6 inchi berisiko roboh

11. Pengkajian Time Up and Go (TUG) Test

Tabel 2. 5 Pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), Kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi

≤10 detik	: Mobilitas bebas
11-19 detik	: Risiko ringan untuk jatuh
20-29 detik	: Risiko sedang untuk jatuh
≥30 detik	: Risiko tinggi untuk jatuh/Gangguan mobilitas

12. Pengkajian *Geriatric Depression Scale* (GDS)**Tabel 2. 6 Pengkajian GDS**

No	Pertanyaan	
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Tidak
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?	Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hdiup anda?	Tidak
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Ya
9	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya

11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Ya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya
No	Pertanyaan	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada anda?	Ya

Interpretasi:

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu)

<5 : Normal

5-9 : Kemungkinan besar depresi

>10 : Depresi

2.4.2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Wijayanti et al. 2025).

Tabel 2. 7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Mayor DS: (Tidak tersedia) DO: - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada,	Gout Arthritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓	Nyeri Akut

	posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Data Minor DS: (Tidak tersedia)	Merangsang perasaan mediator inflamasi ↓ Peradangan pada sendi ↓ Nyeri hebat pada sendi ↓ Nyeri Akut	
No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	DO: - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaphoresis		
2.	Data Mayor DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: - Kekuatan otot menurun - Rantang gerak (ROM) menurun Data Minor DS: - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak DO: - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Gout Arthritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Respon inflamasi ↓ Penyumbatan kristal di sendi ↓ Terbentuknya tofus di jaringan lunak pada sendi ↓ Terjadi kekakuan sendi ↓ Sulit melakukan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	Data Mayor DS:	Gout Arthritis ↓	Gangguan Pola Tidur

	- Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup	Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Merangsang perasaan mediator inflamasi ↓ Peradangan pada sendi ↓ Nyeri hebat pada sendi ↓	
No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	DO: (Tidak tersedia) Data Minor DS: - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO: (Tidak tersedia)	Muncul saat istirahat tidur ↓ Gangguan Pola Tidur	
4.	Data Mayor DS: (Tidak tersedia) DO: - Suhu tubuh diatas nilai normal Data Minor DS: (Tidak tersedia) DO: - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Takipnea - Kulit terasa hangat	Gout Arthritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Respon inflamasi ↓ Suhu tubuh meningkat ↓ Hipertermi	Hipertermi
5.	Faktor risiko: - Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak). - Riwayat jatuh. - Anggota gerak bawah prothesis (buatan). - Penggunaan alat bantu berjalan. - Penurunan tingkat kesadaran. - Perubahan fungsi kognitif. - Lingkungan tidak aman (mis. licin,	Gout Arthritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Respon inflamasi ↓ Penyumbatan kristal di sendi ↓ Terbentuknya tofus di jaringan lunak pada sendi ↓ Terjadi kekakuan sendi ↓ Risiko Jatuh	Risiko Jatuh

-
- gelap, lingkungan asing).
 - Kondisi pasca operasi.
 - Hipotensi ortostatik.
 - Perubahan kadar glukosa darah.
 - Anemia.

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
-	Kekuatan otot menurun		
-	Gangguan pendengaran.		
-	Gangguan keseimbangan.		
-	Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasi, retina, neuritis optikus).		
-	Neuropati.		
-	Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum).		

2.4.3. Diagnosa

1. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi) d.d.

Data Mayor

DS: (Tidak tersedia)

DO:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat

- Sulit tidur

Data Minor

DS: (Tidak tersedia)

DO:

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis

2. Gangguan mobilitas fisik b.d. kekakuan sendi d.d.

Data Mayor

DS:

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO:

- Kekuatan otot menurun
- Rantang gerak (ROM) menurun

Data Minor

DS:

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

DO:

- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

3. Gangguan pola tidur b.d. kurang kontrol tidur d.d.

Data Mayor

DS:

- Mengeluh sulit tidur
- Mengeluh sering terjaga
- Mengeluh tidak puas tidur
- Mengeluh pola tidur berubah
- Mengeluh istirahat tidak cukup

DO: (Tidak tersedia)

Data Minor

DS:

- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

DO: (Tidak tersedia)

4. Hipertermi b.d. proses penyakit d.d.

Data Mayor

DS: (Tidak tersedia)

DO:

- Suhu tubuh diatas nilai normal

Data Minor

DS: (Tidak tersedia)

DO:

- Kulit merah
- Kejang
- Takikardi
- Takipnea
- Kulit terasa hangat

5. Risiko jatuh d.d. kekakuan sendi
(PPNI, 2017).

2.4.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri Akut Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab: Agen pencedera fisiologis Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x pertemuan, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - 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 analgetic Terapeutik: - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - 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

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	- Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaphoresis		Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab: - Kerusakan integritas struktur tulang - Perubahan metabolisme - Ketidakbugaran fisik - Penurunan kendali otot - Penurunan massa otot - Penurunan kekuatan otot - Keterlambatan perkembangan - Kekakuan sendi - Kontraktur - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular - Nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x pertemuan, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Nyeri menurun - Kaku sendi menurun - Kelemahan fisik menurun	Dukungan Ambulasi Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	- Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia - Program pembatasan gerak - Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik - Kecemasan - Gangguan kognitif - Keengganan melakukan pergerakan - Gangguan sensoripersepsi Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: - Kekuatan otot menurun - Rantang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda Minor Subjektif: - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak Objektif: - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
3.	Gangguan Pola Tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor ekstrenal Penyebab: - Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) - Kurang control tidur - Kurang privasi - Restraint fisik - Ketiadaan teman tidur - Tidak familiar dengan peralatan tidur Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: - Mengeluh sulit diur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif: (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Subjektif:	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x pertemuan, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identitas obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, gangguan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif: (tidak tersedia)		- Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
4.	Hipertermi Definisi: Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh Penyebab: - Dehidrasi - Terpapar lingkungan panas - Proses penyakit (mis. infeksi, kanker) - Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan - Peningkatan laju metabolisme - Respon trauma - Penggunaan incubator Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: - Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Takipnea - Kulit terasa hangat	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x pertemuan, maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia Observasi - Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urin - Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) - Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin - Berikan oksigen, jika perlu Edukasi - Anjurkan tirah baring Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
5.	Risiko jatuh Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Factor risiko: - Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak). - Riwayat jatuh. - Anggota gerak bawah prostesis (buatan). - Penggunaan alat bantu berjalan. - Penurunan tingkat kesadaran. - Perubahan fungsi kognitif. - Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing). - Kondisi pasca operasi. - Hipotensi ortostatik. - Perubahan kadar glukosa darah. - Anemia. - Kekuatan otot menurun. - Gangguan pendengaran. - Gangguan keseimbangan. - Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus). - Neuropati. - Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x pertemuan, maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh Observasi - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

2.4.5. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan tindak lanjut secara operasional dari rencana tindakan yang telah dibuat sebelumnya. Adapun tindakan yang dapat dilakukan untuk membantu memecahkan masalah yang dialami lansia meliputi bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pemberian oksigen, perawatan kebersihan diri, membantu melakukan mobilisasi, mengorientasikan terhadap tempat, waktu, orang, dan sebagainya.

Untuk tindakan keperawatan terhadap lansia bisa dilakukan oleh siapa saja dengan melihat kondisi lansia, sehingga pihak yang bisa melakukan tindakan pada lansia, meliputi (Benya Adriani et al. 2021):

1. Perawat
2. Perawat dan klien
3. Perawat dan keluarga
4. Perawat, klien, dan keluarga
5. Tenaga non keperawatan lain

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan intervensi dan jenis implementasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya terdiri dari tiga jenis implementasi yaitu sebagai berikut:

1. *Dependent Implementations*, merupakan implementasi yang arahan atau rujukan dari profesi lain seperti dokter, gizi, fisioterapi, psikologi dan petugas kesehatan lainnya.

2. *Independent Implementations*, implementasi yang dilaksanakan dengan tidak membutuhkan arahan dari petugas kesehatan yang lain, tindakan ini dilakukan atas inisiasi dari perawat itu sendiri yang terkait dengan kebutuhan dasar seperti membantu klien memenuhi ADL, membantu personal hygiene, mengatur posisi klien, menciptakan lingkungan terapeutik, melakukan dokumentasi dan lain-lain.
3. *Interdependent/Collaborative Implementations*, implementasi yang dilakukan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan kesehatan lainnya, tindakan yang membutuhkan gabungan pengetahuan, skill dan keahlian dari professional layanan kesehatan.

Tindakan keperawatan dimulai setelah rencana tindakan disusun, Adapun tahap-tahap implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini, perawat harusnya memahami intervensi yang akan dilakukan, menyiapkan tenaga dan alat yang akan digunakan serta menyiapkan lingkungan terapeutik yang sesuai dengan jenis tindakan yang dilakukan.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini, perawat mengutamakan keamanan, keselamatan serta kenyamanan klien. Oleh karena itu, perawat harus memperlihatkan sikap yang meyakinkan, peka terhadap respon klien dan efek samping dari tindakan keperawatan yang dilakukan, sistematika kerja yang tepat,

mempertimbangkan hukum dan etika, bertanggung jawab dan mencatat semua tindakan yang dilakukan.

3. Tahap Terminasi

Pada tahap ini, perawat menilai keberhasilan tindakan, mendokumentasikan tindakan secara lengkap dan akurat yang meliputi aktivitas perawat, respon klien, tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan serta tanda tangan.

Adapun pendokumentasian implementasi adalah sebagai berikut:

1. Hal-hal yang perlu didokumentasikan pada tahap implementasi:
 - a. Mencatat waktu dan tanggal pelaksanaan
 - b. Mencatat diagnosis keperawatan nomor berapayang dilakukan intervensi tersebut
 - c. Mencatat semua jenis intervensi keperawatan
 - d. Berikan tanda tangan dan nama jelas perawat satu tim kesehatan yang telah melakukan intervensi.
2. Petunjuk pendokumentasian pelaksanaan (implementasi)
 - a. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan
 - b. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis kesamping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan
 - c. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna menghindari kealpaan (lupa)
 - d. Gunakan kata kerja aktif, untuk menjelaskan apa yang dikerjakan

- e. Dokumentasikan bagaimana respon klien terhadap tindakan yang dilakukan
 - f. Dokumentasikan semua informasi yang diberikan dan pendidikan kesehatan yang diberikan
 - g. Hindari penggunaan kata yang tidak jelas
3. Pedoman pendokumentasian implementasi
- a. Nomor diagnosis keperawatan. Tulislah nomor diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang sudah teridentifikasi dalam format diagnosis keperawatan
 - b. Tanggal/jam. Tulislah tanggal, bulan, dan jam pelaksanaan tindakan keperawatan
 - c. Tindakan.
 - 1) Tulislah nomor urut tindakan
 - 2) Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan
 - 3) Tulislah tindakan yang dilakukan beserta hasil atau respon yang jelas
 - 4) Jangan lupa menuliskan nama/jenis obat, dosis, cara memberikan, dan instruksi medis yang lain dengan jelas
 - 5) Jangan menuliskan istilah sering, besar, kecil atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan
 - 6) Untuk tindakan Pendidikan kesehatan tuliskan “melakukan penkes”

- d. Paraf. Tuliskan paraf dan nama terang perawat atau petugas yang memberikan intervensi

3.1.1. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengukur Tingkat keberhasilan dari pelaksanaan Tindakan dalam mengatasi masalah yang muncul pada lansia. Evaluasi keperawatan diartikan juga sebagai suatu kegiatan yang membandingkan antara standar yang dibuat pada kriteria tujuan dengan hasil yang didapat lansia selama menjalankan proses asuhan keperawatan. Tipe evaluasi keperawatan dapat berupa (Benya Adriani et al. 2021):

1. Evaluasi Formatif

Mengukur “RESPON” lansia setelah diberikan tindakan

2. Evaluasi Sumatif

Bisa dalam bentuk “SOAP-SOAPIE-SOAPIER”

- a. S (*Subjective*): Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. O (*Objective*): adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (*Analysis*): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil Kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

- d. P (*Planning*): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil Analisa.
- e. I (*Implementation*): adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien.
- f. E (*Evaluation*): berupa tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan atau hasil tindakan.
- g. R (*Revised*): adalah rencana keperawatan akan diubah.

3. Proses

- a. Tujuan tercapai, apabila klien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila klien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.

4. Dokumentasi

Setelah seorang perawat melakukan proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada klien, seluruh tindakannya harus didokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

2.5. Konsep *Evidence Based Practice* (EBP) Latihan *Stretching*

2.5.1. Pengertian *Stretching*

Peregangan atau juga disebut *stretching* adalah aktivitas meregangkan otot untuk meningkatkan fleksibilitas (kelenturan) otot dan jangkauan gerakan persendian. (Mujianto, 2013).

Peregangan atau *stretching* adalah proses yang dilakukan pada masing-masing individual sebelum melakukan aktivitas olahraga untuk meningkatkan fleksibilitas otot, daya tahan, dan performa agar terhindar dari cedera. (Siddiq and Pristianto, 2024).

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa *stretching* adalah aktivitas meregangkan otot sebelum melakukan olahraga untuk meningkatkan fleksibilitas otot dan jangkauan gerakan sendi agar terhindar dari cedera.

2.5.2. Manfaat Latihan *Stretching*

Menurut Anderson (2010) peregangan yang dilakukan secara teratur dapat bermanfaat bagi tubuh diantaranya:

1. Meningkatkan fleksibilitas

Fleksibilitas adalah derajat peregangan otot. Kelenturan tubuh yang kurang baik dapat menyebabkan gerakan lebih lamban dan rentan terhadap cedera otot, ligamen, dan jaringan lembut lainnya.

2. Meningkatkan sirkulasi darah

stretching meningkatkan aliran darah ke otot. Hal ini akan meningkatkan aliran darah yang membawa nutrisi ke otot dan membuang limbah

metabolism dari otot. Meningkatnya aliran darah juga mempercepat pemulihan cedera otot dan cedera sendi.

3. Meningkatkan keseimbangan dan koordinasi

Meningkatnya fleksibilitas karena latihan *stretching* akan meningkatkan keseimbangan dan koordinasi. Keseimbangan dan koordinasi yang baik akan mengurangi risiko jatuh.

4. Mengurangi nyeri

Otot yang kaku dan tegang pada punggung bagian bawah, hamstring, pinggul, dan bokong adalah satu penyebab umum nyeri punggung bagian bawah. Meregangkan otot-otot ini akan meredakan nyeri tersebut.

5. Mengurangi stress

Mengurangi kekakuan dan ketegangan otot melalui latihan *stretching* akan membantu relaksasi syaraf dan mengurangi tensi pikiran.

6. Meningkatkan produksi cairan sinovial persendian

cairan sinovial yang terdapat pada persendian berperan sebagai pelumas yang mengurangi gesekan persendian yang bergerak. Cairan sinovial juga membantu nutrient dalam jaringan persendian.

7. Meningkatkan postur

Terutama latihan *stretching* yang melibatkan otot punggung bagian bawah, pundak, dan dada.

2.5.3. Indikasi Latihan *Stretching*

1. *Range of Motion* (ROM) terbatas karena jaringan lunak mengalami penurunan akibat adhesi, kontraktur dan pembentukan jaringan parut yang menyebabkan keterbatasan fungsional
2. Gerak terbatas dapat menyebabkan deformitas struktural yang seharusnya dicegah
3. Kelemahan otot dan pemendekan jaringan menyebabkan ROM terbatas
4. Komponen dari kondisi kebugaran atau program olahraga yang spesifik yang dirancang untuk mencegah atau mengurangi risiko cedera muskuloskeletal
5. Bisa digunakan sebelum dan sesudah olahraga berat untuk mengurangi nyeri otot setelah latihan

2.5.4. Kontraindikasi Latihan *Stretching*

1. Mengalami keterbatasan gerak sendi
2. Adanya fraktur (patah tulang)
3. Ada nyeri akut pada saat gerak sendi dan otot saat peregangan
4. Hipermobilitas (jaringan lunak yang melebihi normal otot)
5. Pemendekan pada jaringan lunak yang berfungsi sebagai stabilitas normal dan kontrol neuromuskular
6. Pemendekan pada jaringan lunak yang diberikan pada pasien kelumpuhan atau kelemahan

2.5.5. Hasil Analisis Jurnal

Tabel 2. 9 Hasil Analisis Jurnal

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
1.	Sri Wahyuni, Alfyan Rahim, Indargairi, dan Juhelnita Bubun (2022)	Efek Latihan <i>Stretching</i> terhadap Nyeri Sendi, Kekuatan Otot, Rentang Gerak Sendi Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Antang	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 3-4 kali pertemuan	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: TD, nadi, pernapasan dan suhu 2. Melakukan <i>pre-test</i> dengan menilai tingkat nyeri persendian menggunakan NRS 3. Melakukan <i>pre-test</i> dengan menilai kekuatan otot 4. Melakukan <i>pre-test</i> dengan menilai rentang gerak 5. Melakukan <i>stretching</i> selama 15 menit 6. Istirahat selama 15 menit 7. pemeriksaan post-test dengan menilai TTV, skala nyeri, kekuatan otot dan rentang gerak.	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat perubahan intensitas nyeri pada sendi setelah dilakukan latihan <i>stretching</i> .
2.	Erika Dewi Noorratri dan Sri Hartutik (2020)	Penurunan Nyeri Lutut Lansia dengan Latihan <i>Stretching</i> di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 6 kali pertemuan	Tidak terdapat SOP tertulis di dalam penelitian ini	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat penurunan nyeri lutut lansia dengan latihan <i>stretching</i> pada kelompok perlakuan.

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
3.	Delia Mentari, Ikbāl Fradianto dan Yuyun Tafwidhah (2024)	Implementasi Manajemen Nyeri Menggunakan <i>Stretching Exercise</i> pada Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia dan Pensiunan dengan Masalah Nyeri Sendi	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 6 kali pertemuan	Teknik latihan <i>stretching</i> 1. Identifikasi klien minimal dua identitas 2. Jelaskan tujuan dan latihan-langkah prosedur 3. Persiapan a. Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, matras dan lingkungan yang nyaman b. Gunakan pakaian yang longgar, menyerap keringat dan nyaman untuk digunakan c. Gunakan sepatu yang nyaman d. Menjelaskan latihan dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh klien e. Menjelaskan lama waktu latihan <i>stretching</i> (10-20 menit) 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan, jika perlu 6. Identifikasi skala nyeri 7. Proses latihan <i>stretching</i> a. <i>Stretching hamstring</i> dengan latihan berdiri Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki di atas meja atau kursi dan kedua tangan disatukan di lutut dengan gerakkan latihan bawah menuju jari-jari kaki dan usahakan pasien mampu melakukannya. Lakukan latihan ini dengan menahan gerakkan di ujung jari atau tumit selama 20 detik dan	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa latihan <i>stretching</i> efektif dalam menurunkan nyeri

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				rileksasikan, lakukan latihan ini selama 4 kali. b. <i>Stretching quadricep</i> atau <i>tendon quadricep muscle exercise</i> Meminta pasien untuk lutut yang sakit ditekut ke belakang dengan posisi satu tangan memegang dan tangan yang lain memegang kursi dengan posisi tepat seperti gambar di atas. Tahan gerakan di atas selama 20 detik dan diulangi Gerakan tersebut selama 4 kali. c. <i>Stretching calf muscle</i> atau tendon gastrocnemius Meminta pasien untuk latihan di dinding dengan cara menekan lutut ke depan dan menjaga latihan tungkai yang dibelakang dengan kuat dan kedua telapak tangan dengan posisi mendorong ke dinding. Lakukan latihan <i>calf exercise</i> selama 20 detik dengan menahan lutut ke depan dan tahan setelah itu rileksasikan dan ulangi latihan di tas selama 4 kali. d. <i>Stretching wall squat</i> Meminta pasien untuk menempelkan punggung di dinding dengan sempurna, kedua telapak tangan menempel pada dinding dan kedua lutut dilipat atau ditekut dengan gerakan naik dan turun atau fleksi dan ekstensi sendi lutut selama 10 gerakan.	

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				e. <i>Stretching seated knee extention</i> Meminta pasien untuk meluruskan kaki ke depan dimana lutut yang sakit diluruskan ke depan, dengan posisi duduk rileks dan pasien berkonsentrasi untuk melatih lutut ke depan dengan ditahan bukan diayunkan. Lakukan latihan di atas dengan menahan 20 detik dan rileks, ulangi latihan tersebut selama 4 kali dan pasien tetap duduk dengan latihan. f. <i>Stretching</i> otot hamstring dengan posisi duduk Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki latihan depan dan kaki yang satu lagi dilipat, dengan kedua tangan memegang lutut dan luruskan perlahan-lahan kedua tangan latihan jari kaki dan rasakan tarikan di bawah lutut dan bawah paha. Tahan selama 20 detik kemudian rileksasikan dan ulangi sampai 4 kali latihan ulur dan latih ini. g. <i>Stretching</i> dengan metode SLR (<i>Straight leg raising</i>) Meminta psien untuk menaikkan kaki ke atas dengan posisi lying atau posisi tidur terlentang dimana tungkai diangkat ke atas dengan tinggi 15cm, maka tungkai yang sakit ditahan selama 20 detik dan tahan. Kemudian lakukan	

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali. h. <i>Stretching hip abduction</i> Meminta pasien untuk tidur dengan menghadap ke kiri atau ke kanan, dengan satu kaki di angkat ke atas selama 20 detik, kemudian lakukan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali. i. <i>Stretching hip extension</i> Meminta pasien untuk tidur telungkup dengan mengangkat kaki ke atas setinggi 15 cm selama 20 detik, kemudian turunkan dan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.	
4.	Arista Pungki Widya Ningrum, Tri Wahyuni Ismoyowati dan Vivi Retno Intening (2023)	Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pasien Asam Urat pada Masalah Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi <i>Stretching Exercise</i>	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 4 kali pertemuan	1. Berdirilah tegak dan tekuk satu kaki ke belakang, pegang bagian atas kaki itu 2. Dekatkan kaki ke bokong sambil menjaga lutut yang ditekuk sejajar dengan lutut yang satunya lagi 3. Dorong pinggul ke depan untuk peregangan yang lebih dalam 4. Langkahnya selanjutnya selanjutnya berdirilah tegak, tekuk satu lutut dan rentangkan lutut yang lain lurus ke depan sekitar 15 cm 5. Partikan untuk menekuk pinggul dan menjaga punggung tetap lurus 6. Turunkan dada ke bawah hingga Anda merasakan regangan di bagian belakang kaki yang terulur	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa latihan <i>stretching</i> efektif dalam menurunkan nyeri

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				7. Langkah selanjutnya duduk tegak di lantai dengan lutut dilipat (bersila) dan telapak kaki saling bersentuhan 8. Pegang bawah kaki dengan tangan 9. Tekan lutut dengan perlahan menggunakan siku tangan untuk memperdalam peregangan Jika sudah dilakukan semua peregangan Kembali ke posisi semula	
5.	Muzaroah Ernawati, Ulkhasanah, Agung Widiastuti, Fakhrudin Nasrul Sani dan Mustain (2022)	<i>Stretching Exercise</i> untuk Mengurangi Nyeri pada Lansia Penderita Gout Arthritis di Tawangsari Sukoharjo	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 7 kali pertemuan	Tidak terdapat SOP tertulis di dalam penelitian ini	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa <i>stretching exercise</i> mampu memengaruhi penurunan nyeri pada penderita gout arthritis
6.	Ayu Novita Sari (2019)	Latihan <i>Stretching</i> Terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Rheumatoid rthtritis Lansia di Panti Sosial Bhakti Mulia Kabupaten Musi Rawas Tahun 2019	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 3 kali pertemuan	a. <i>Stretching</i> hamstring dengan latihan berdiri Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki di atas meja atau kursi dan kedua tangan disatukan di lutut dengan gerakkan latihan bawah menuju jari-jari kaki dan usahakan pasien mampu melakukannya. Lakukan latihan ini dengan menahan gerakkan di ujung jari atau tumit selama 20 detik dan rileksasikan, lakukan latihan ini selama 4 kali.	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa <i>stretching exercise</i> mampu memengaruhi penurunan skala nyeri

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				b. <i>Stretching quadricep</i> atau <i>tendon quadricep muscle exercise</i> Meminta pasien untuk lutut yang sakit ditekut ke belakang dengan posisi satu tangan memegang dan tangan yang lain memegang kursi dengan posisi tepat seperti gambar di atas. Tahan gerakkan di atas elama 20 detik dan diulangi Gerakan tersebut selama 4 kali. c. <i>Stretching calf muscle</i> atau tendon gastrocnemius Meminta pasien untuk latihan di dinding dengan cara menekan lutut ke depan dan menjaga latihan tungkai yang dibelakang dengan kuat dan kedua telapak tangan dengan posisi mendorong ke dinding. Lakukan latihan <i>calf exercise</i> selama 20 detik dengan menahan lutut ke depan dan tahan setelah itu rileksasikan dan ulangi latihan di tas selama 4 kali. d. <i>Stretching wall squat</i> Meminta pasien untuk menempelkan punggung di dinding dengan sempurna, kedua telapak tangan menempel pada dinding dan kedua lutut dilipat atau ditekut dengan gerakan naik dan turun atau fleksi dan ekstensi sendi lutut selama 10 gerakan.	

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				e. <i>Stretching seated knee extention</i> Meminta pasien untuk meluruskan kaki ke depan dimana lutut yang sakit diluruskan ke depan, dengan posisi duduk rileks dan pasien berkonsentrasi untuk melatih lutut ke depan dengan ditahan bukan diayunkan. Lakukan latihan di atas dengan menahan 20 detik dan rileks, ulangi latihan tersebut selama 4 kali dan pasien tetap duduk dengan latihan. f. <i>Stretching</i> otot hamstring dengan posisi duduk Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki latihan depan dan kaki yang satu lagi dilipat, dengan kedua tangan memegang lutut dan luruskan perlahan-lahan kedua tangan latihan jari kaki dan rasakan tarikan di bawah lutut dan bawah paha. Tahan selama 20 detik kemudian rileksasikan dan ulangi sampai 4 kali latihan ulur dan latih ini. g. <i>Stretching</i> dengan metode SLR (<i>Straight leg raising</i>) Meminta pasien untuk menaikkan kaki ke atas dengan posisi lying atau posisi tidur terlentang dimana tungkai diangkat ke atas dengan tinggi 15cm, maka tungkai yang sakit ditahan selama 20 detik dan tahan. Kemudian lakukan	

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali. h. <i>Stretching hip abduction</i> Meminta pasien untuk tidur dengan menghadap ke kiri atau ke kanan, dengan satu kaki di angkat ke atas selama 20 detik, kemudian lakukan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali. i. <i>Stretching hip extension</i> Meminta pasien untuk tidur telungkup dengan mengangkat kaki ke atas setinggi 15 cm selama 20 detik, kemudian turunkan dan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.	
7.	Morten Pallisgaard Stove, Janus Laust Thomsen, Stig Peter Magnusson dan Allan Riis (2024)	<i>The effect of six-week regular stretching exercises on regional and distant pain sensitivity: an experimental longitudinal study on healthy adults</i>	Pemberian latihan <i>stretching</i> sebanyak 42 kali pertemuan	1. Peregangan dilakukan secara bergantian antara posisi duduk di lantai dan berdiri. 2. Untuk peregangan duduk, peserta duduk tegak di lantai dengan satu kaki lurus. Telapak kaki kaki lainnya diletakkan di bagian dalam kaki yang diluruskan. Peserta sedikit condong ke depan, berusaha menyentuh jari kaki sambil mempertahankan ekstensi lutut penuh. 3. Untuk peregangan berdiri, peserta meletakkan tumit kaki yang diregangkan di permukaan yang ditinggikan sekitar tinggi lutut hingga pinggang, dengan lutut dipertahankan dalam posisi ekstensi penuh. Peserta kemudian membungkuk ke depan di pinggul	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa <i>stretching exercise</i> mampu memengaruhi penurunan nyeri

No	Nama Penulis, Tahun	Judul Jurnal	Intervensi	SOP	Outcome
				4. Intensitas peregangan distandarkan dengan menginstruksikan peserta untuk meregangkan hingga titik ketidaknyamanan (sensasi peregangan). 5. Setiap peregangan ditahan selama 30 detik untuk dua repetisi dengan istirahat minimal 30 detik antara set. Peserta didorong untuk mempertahankan tingkat aktivitas normal mereka selama studi tetapi menghindari melakukan latihan fleksibilitas bersamaan (misalnya, peregangan, tai chi, pilates, atau yoga).	

2.5.6. Prosedur Latihan *Stretching*

1. Identifikasi klien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Persiapan
 - a. alat dan lingkungan: kursi, bantal, matras/kasur dan lingkungan yang nyaman
 - b. Gunakan pakaian yang longgar, menyerap keringat dan nyaman untuk digunakan
 - c. Gunakan sepatu yang nyaman
 - d. Menjelaskan teknik dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh klien
 - e. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: TD, nadi, pernapasan dan suhu
 - f. Melakukan *pre-test* dengan menilai tingkat nyeri persendian menggunakan NRS
 - g. Menjelaskan lama waktu latihan *stretching* 10-20 menit
 - h. Istirahat selama 15 menit
 - i. pemeriksaan post-test dengan menilai TTV, skala nyeri, kekuatan otot dan rentang gerak.
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan, jika perlu
6. Proses latihan *stretching*

a. *Stretching hamstring* dengan latihan berdiri

Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki di atas meja atau kursi dan kedua tangan disatukan di lutut dengan gerakkan ke arah bawah menuju jari-jari kaki dan usahakan pasien mampu melakukannya. Lakukan latihan ini dengan menahan gerakkan di ujung jari atau tumit selama 20 detik dan rileksasikan, lakukan latihan ini selama 4 kali.

Gambar 2. 3 *Stretching hamstring*



b. *Stretching quadricep* atau *tendon quadricep muscle exercise*

Meminta pasien untuk lutut yang sakit ditekut ke belakang dengan posisi satu tangan memegang dan tangan yang lain memegang kursi dengan posisi tepat seperti gambar di atas. Tahan gerakkan di atas selama 20 detik dan diulangi gerakan tersebut selama 4 kali.

Gambar 2. 4 *Stretching quadricep*



c. *Stretching calf muscle* atau tendon gastrocnemius

Meminta pasien untuk latihan di dinding dengan cara menekan lutut ke depan dan menjaga gerakan tungkai yang dibelakang dengan kuat dan kedua telapak tangan dengan posisi mendorong ke dinding. Lakukan latihan *calf exercise* selama 20 detik dengan menahan lutut ke depan dan tahan setelah itu rileksasikan dan ulangi gerakan di tas selama 4 kali.

Gambar 2. 5 *Stretching calf muscle*



d. *Stretching wall squat*

Meminta pasien untuk menempelkan punggung di dinding dengan sempurna, kedua telapak tangan menempel pada dinding dan kedua lutut dilipat atau ditekut dengan gerakan naik dan turun atau fleksi dan ekstensi sendi lutut selama 10 gerakan.

Gambar 2. 6 *Stretching wall squat*



e. *Stretching seated knee extension*

Meminta pasien untuk meluruskan kaki ke depan dimana lutut yang sakit diluruskan ke depan, dengan posisi duduk rileks dan pasien berkonsentrasi untuk melatih lutut ke depan dengan ditahan bukan diayunkan. Lakukan latihan di atas dengan menahan 20 detik dan rileks, ulangi gerakan tersebut selama 4 kali dan pasien tetap duduk dengan santai.

Gambar 2. 7 *Stretching seated knee extension*



- f. *Stretching* otot hamstring dengan posisi duduk

Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki ke arah depan dan kaki yang satu lagi dilipat, dengan kedua tangan memegang lutut dan luruskan perlahan-lahan kedua tangan ke arah jari kaki dan rasakan tarikan di bawah lutut dan bawah paha. Tahan selama 20 detik kemudian rileksasikan dan ulangi sampai 4 kali latihan ulur dan tarik ini.

Gambar 2. 8 *Stretching* otot hamstring



- g. *Stretching* dengan metode SLR (*straight leg raising*)

Meminta pasien untuk menaikkan kaki ke atas dengan posisi lying atau posisi tidur terlentang dimana tungkai diangkat ke atas dengan tinggi 15cm, maka tungkai yang sakit ditahan selama 20 detik dan

tahan. Kemudian lakukan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.

Gambar 2. 9 *Stretching straight leg raising*



h. *Stretching hip abduction*

Meminta pasien untuk tidur dengan menghadap ke kiri atau ke kanan, dengan satu kaki di angkat ke atas selama 20 detik, kemudian lakukan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.

Gambar 2. 10 *Stretching hip abduction*



i. *Stretching hip extension*

Meminta pasien untuk tidur telungkup dengan mengangkat kaki ke atas setinggi 15 cm selama 20 detik, kemudian turunkan dan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.

Gambar 2. 11 *Stretching hip extension*



BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 21 Juli 2025

1. Identitas

Nama : Ny. S

TTL/Umur : Karangpawitan, 17 Agustus 1957

Pendidikan : Tidak Sekolah

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Suku : Sunda

Agama : Islam

Status Perkawinan : Menikah

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Pekerjaan saat ini : Tidak Bekerja

Pekerjaan sebelumnya : Asisten Rumah Tangga

Sumber pendapatan : Sumbangan Panti

Kecukupan pendapatan : Klien mampu mencukupi kebutuhannya sendiri

3. Lingkungan Tempat Tinggal

a. Kebersihan dan Kerapian Ruangan Rumah

Klien selalu membersihkan kamar setiap hari, membersihkan alat rumah tangga setelah dipakai, dan barang yang ada di kamar tertata rapih.

b. Penerangan

Penerangan yang ada di kamar Ny. S menggunakan lampu

c. Sirkulasi Udara

Sirkulasi udara di kamar Ny. S cukup baik, sinar matahari masuk melalui jendela dan pintu dibuka setiap hari.

d. Keadaan Kamar Mandi dan WC

Ny. Menggunakan kamar mandi bersama dengan penghuni panti lainnya. Kondisi kamar mandi bersih tidak licin karena dibersihkan setiap hari dan sumber air berasal dari PDAM.

e. Pembuangan Air Kotor

Pembuangan air kotor dari kamar mandi dibuang ke septitank.

f. Sumber Air Minum

Sumber air minum yang dipakai oleh Ny. S adalah air isi ulang.

g. Pembuangan Sampah

Ny. S mengatakan membuang sampah pada tempat sampah dekat kamar Ny. S lalu diambil oleh petugas.

h. Sumber Pencemaran

Ny. S mengatakan tidak ada pencemaran karena Griya Lansia jauh dari pabrik.

4. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Ny. S mengatakan nyeri lutut

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Ny. S mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti panas dan ditusuk-

tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. Wajah klien tampak meringis menahan nyeri, Ny. S mengatakan nyeri dirasakan sudah 1 tahun yang lalu, klien mengatakan lutut terasa kaku dan lutut terlihat bengkak. Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, istirahat tidur Ny. S tidak tercukupi karena sering terbangun akibat nyeri lutut yang dirasakan.

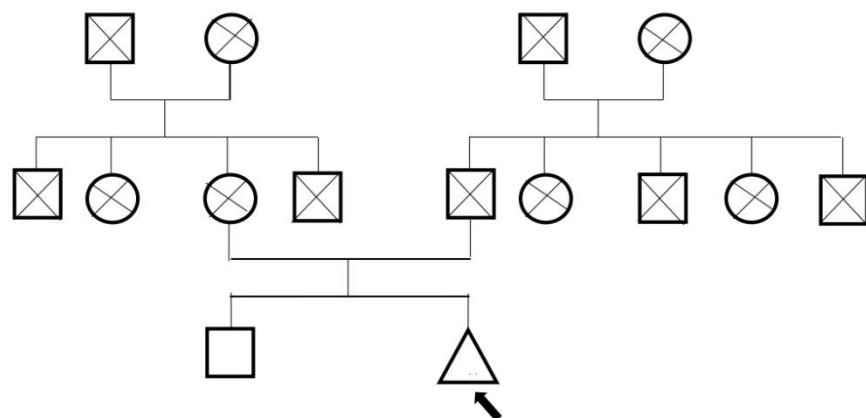
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny. S mengatakan mempunyai riwayat penyakit Gout Arthritis sudah 1 tahun yang lalu.

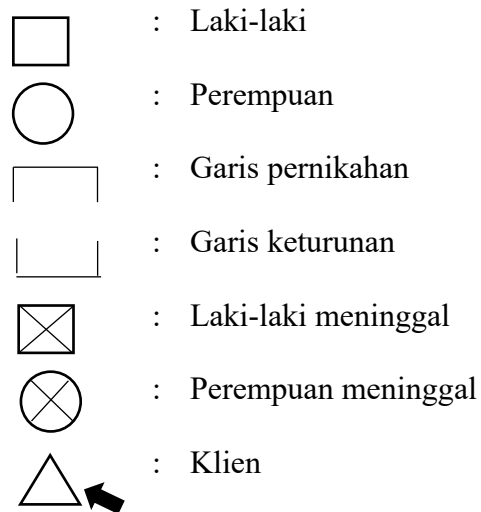
d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ny.S mengatakan orang tuanya tidak ada yang memiliki Riwayat Gout Arthritis tetapi adik dari ayah Ny.S memiliki Riwayat penyakit Gout Arthritis.

e. Genogram



Keterangan



5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Ny. S mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit gout arthritis tetapi masih mengonsumsi sayuran berwarna hijau dan daging merah. Klien mengatakan bahwa sehat itu penting sehingga apabila Ny. S merasa sakit, Ny. S langsung memeriksakan kesehatannya kepada perawat yang bertugas di Griya Lansia. Menurut Ny. S sakit adalah ketika merasakan segala sesuatu yang membuat aktivitas tidak nyaman dan sehat adalah ketika Ny. S bisa melakukan aktivitas dengan nyaman.

b. Nutrisi Metabolik

Tabel 3. 1 Nutrisi Metabolik

Nutrisi Metabolik		
No	Jenis	Hasil
1.	POLA MAKAN	
	Jenis Porsi	Nasi dan lauk pauk
	Frekuensi	3x/hari
	Jumlah	1 porsi
	Diet Khusus	Tidak ada
	Makanan Disukai	Daging ayam dan daging sapi
	Kesulitan Menelan	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada
	Nafsu Makan	Baik
2.	POLA MINUM	
	Jenis	Air putih
	Frekuensi	6-8 gelas
	Jumlah	±1,2 L
	Pantangan	Tidak ada
	Minuman Disukai	Kopi

c. Pola Eliminasi

Tabel 3. 2 Pola Eliminasi

Pola Eliminasi		
No	Jenis	Hasil
1.	BAK	
	Frekuensi	10x/hari
	Warna	Kuning khas urine
	Masalah	Tidak ada
2.	BAB	
	Frekuensi	1x/seminggu
	Warna	Kuning khas feses
	Masalah	Konstipasi

d. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3. 3 Pola istirahat

Pola Istirahat Tidur		
No	Jenis	Hasil
1.	Tidur siang	
	Lama tidur	-
	Keluhan	-
2.	Tidur malam	
	Lama tidur	5-6 jam
	Keluhan	Klien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena nyeri lutut, dan merasa tidur tidak cukup

e. Pola Konsep Diri

1) Konsep Diri

Ny. S mengatakan puas mengenai anggota badannya dan merasa bersyukur dengan keadaan saat ini.

2) Ideal Diri

Ny. S berharap nyeri lututnya hilang dan bisa tidur nyenyak di malam hari.

3) Peran Diri

Ny. S merupakan seorang istri

4) Harga Diri

Ny. S mengatakan merasa dihormati oleh suaminya dan penghuni Griya Lansia lainnya.

5) Identitas Diri

Ny. S seorang istri, klien tinggal bersama suaminya di Griya Lansia.

f. Pola Peran dan Hubungan

Hubungan Ny. S dengan suaminya dan penghuni Griya Lansia sangat baik, Ny. S rutin mengikuti kegiatan di Griya Lansia seperti solat berjamaah, pengajian, senam, dan keterampilan.

g. Pola Reproduksi dan Seksual

Ny. S mengatakan jarang melakukan hubungan suami istri hanya sesekali, Ny. S tidak memiliki anak dan sudah menopause.

h. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Ny. S mengatakan jika memiliki masalah, klien selalu membicarakannya dengan suaminya.

i. Pola Keyakinan dan Nilai

Ny. S selalu menjalankan sholat 5 waktu di masjid berjamaah dan selalu mengikuti pengajian bersama.

6. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Baik, Klien meringis

2. Kesadaran : Composmentis

3. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 120/70 mmHg

Nadi : 87 x/menit

Respiratory Rate : 21x/menit

Suhu : 36,4°C

SPO2 : 98%

4. Antropometri

BB : 48 Kg

TB : 140 Cm

5. Aspek Biologis

1) Kepala dan Leher

- a) Kepala : Tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala bersih, warna rambut putih/beruban dengan sedikit warna hitam, rambut pendek.
- b) Leher : bersih tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher baik dapat digerakan ke segala arah, tidak ada nyeri tekan.

2) Sistem Kardiovaskuler

- a) Jantung : Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2), tidak ada bunyi jantung tambahan.
- b) Pembuluh darah : CRT < 2 detik, tidak ada sianosis.

3) Sistem Pernapasan

- a) Hidung : Lubang hidung simetris antara lubang hidung kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung, saat diberi rangsangan bau-bauan klien mampu membedakan bau kopi dan kayu putih
- b) Paru-paru : Bunyi paru-paru sonor, bunyi napas vesikuler, irama teratur

4) Sistem Integumen

- a) Kulit : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, integritas kulit keriput, tidak ada edema, turgor kulit < 2 detik.
- b) Kuku : Tampak bersih, kuku pendek, tidak terdapat lesi di sekitar kuku, CRT < 2 detik.

5) Sistem Perkemihan

Ginjal : warna urin kuning jernih, tidak ada nyeri tekan

6) Sistem Muskuloskeletal

- a) Ekstremitas atas : Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, reflek bisep (+), tidak terdapat nyeri tekan kekuatan otot 5/5
- b) Ekstremitas bawah : Letak simetris kanan dan kiri, refleksi patella (+), bengkak, terdapat nyeri tekan di kedua lutut, kekuatan otot 5/5.

5	5
5	5

Keterangan

- 0 = Tidak ada tonus otot
- 1 = Terdapat tonus otot tapi tidak ada gerakan
- 2 = Terdapat pergerakan sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 3 = Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan
- 4 = Pergerakan dapat menahan tahanan ringan-sedang
- 5 = Kekuatan otot normal

7) Sistem Pencernaan

- a) Mulut : Mukosa bibir lembab, keadaan bersih, warna bibir merah muda
- b) Gigi : Gigi tidak lengkap (ompong), jumlah gigi 2, gigi bersih, tidak terdapat karang gigi.

- c) Lidah : Fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, Ny. S dapat membedakan rasa asin, pahit dan manis.
- d) Lambung : Bunyi perut timpani, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12x/menit
- e) Anus : Tidak ada perdarahan saat BAB

8) Sistem Reproduksi

Tidak terkaji karena Ny. S menolak dikaji.

9) Sistem Neurologis

a) Nervus I (Olfactorius)

Ny. S dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau kopi.

b) Nervus II (Opticus)

Ny. S tidak dapat melihat dengan baik. Dari hasil pemeriksaan dokter, Ny. S didiagnosa katarak di kedua matanya.

c) Nervus III (Oculomotorius)

Ny. S dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan kiri, pupil isokor.

d) Nervus IV (Trochlear)

Ny. S dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

e) Nervus V (Trigeminal)

Sensori kulit wajah Ny. S baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan. Ny. S dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

f) Nervus VI (Abducens)

Ny. S dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri

g) Nervus VII (Facial)

Ny. S dapat tersenyum, mengangkat alis, menutup kelopak mata dengan tahanan, dapat menjulurkan lidah.

h) Nervus VIII (Vestibulocochlear)

Fungsi pendengaran baik, fungsi keseimbangan baik terbukti pada saat berjalan tidak menggunakan alat bantu.

i) Nervus IX (GlossoPharyngeal)

Ny. S dapat membedakan rasa manis dan asam.

j) Nervus X (Vagus)

Saat menyentuh faring posterior, Ny. S dapat menelan saliva dan dapat mengucapkan kata “ah”.

k) Nervus XI (Spinal Accessory)

Ny. S dapat menggerakkan bahu dan menahan tahanan yang diberikan.

l) Nervus XII (Hypoglossal)

Ny. S dapat menjulurkan lidah dan dapat menggerakkan lidah ke sisi kanan dan kiri.

10) Sistem Penglihatan

Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor terbukti saat diberi rangsangan cahaya, fungsi penglihatan kurang baik. dan direncanakan untuk melakukan operasi.

11) Sistem Pendengaran

Telinga : Simetris kanan dan kiri, tekstur halus, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, terbukti saat diajak mengobrol Ny. S dapat langsung berkomunikasi dengan baik tanpa harus mengeraskan suara.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Normal
Asam Urat	7,7 mg/dL	3,5-7,2 mg/dL

8. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 3. 4 Hasil Pengkajian SPMSQ

Skor Jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
√		1	Jam berapa sekarang?	“Jam sepuluh”
√		2	Tahun berapa sekarang?	“Dua ribu dua puluh lima”
√		3	Kapan Ibu lahir?	“Tujuh belas Agustus”
√		4	Berapa umur Ibu sekarang?	“Genep puluh delapan”
√		5	Dimana Alamat Ibu sekarang?	“Griya Lansia”
√		6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu?	“Satu”
√		7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu?	“Bapak Koswara”
	√	8	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?	“Tidak tahu”
√		9	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang?	“Pak Prabowo”
	√	10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?	“20, 18, 15, ga bisa neng”
8	2	Jumlah skor total jawaban salah		2

Interpretasi:

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2	: Fungsi intelektual utuh
Jumlah jawaban salah sebanyak 2-4	: Kerusakan intelektual ringan
Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7	: Kerusakan intelektual sedang
Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10	: Kerusakan intelektual berat

Hasil pemeriksaan:

Bahwasannya hasil dari pengkajian SPSMQ dengan skor salah yaitu 2, Ny. S memiliki kerusakan intelektual ringan.

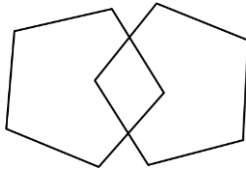
9. Pengkajian MMSE (Mini-Mental State Examination)

Tabel 3. 5 Hasil Pengkajian MMSE

No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks
1	ORIENTASI	Menyebutkan dengan benar:					
		1. Tahun berapa sekarang?	“2025”	√		5	5
		2. Musim apa sekarang?	“Musim hujan”	√			
		3. Tanggal berapa sekarang?	“02”	√			
		4. Hari apa sekarang?	“Rabu”	√			
		5. Bulan apa sekarang?	“Juli”	√			
		Menyebutkan dimana sekarang:					
		1. Di negara mana anda tinggal?	“Indonesia”	√		5	5
		2. Di provinsi mana anda tinggal?	“Jawa Barat”	√			
		3. Di kabupaten mana anda tinggal?	“Garut”	√			
		4. Di kecamatan mana anda tinggal?	“Tarogong Kidul”	√			
		5. Di desa mana anda tinggal?	“Tarogong Kidul”	√			
2	REGISTRASI	Sebutkan nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 poin untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya	“Pulpen” “Buku” “Kantong”	√		3	3
No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks

		dan catat, pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan tes pada MENINGAT					
3	PERHATIAN & KALKULASI	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (nilai 1 poin untuk tiap jawaban benar) 6) 93 7) 86 8) 79 9) 72 10) 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 poin untuk setiap hurufnya), misal: DUNIA (eja:A-I-N-U-D)	Ny. S tidak mampu mengeja dan berhitung	√	0	5	
4	MENINGAT	Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 poin untuk setiap obyek yang disebutkan	“Pulpen” “Buku” “Kantong”	√	3	3	
5	BAHASA	a. Penamaan Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), poin 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor 2)	“Gelang” “Kerudung”	√	2	9	
No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks

		b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi: “tak ada jika, dan, atau tetapi”. Hanya 1 kali mencoba. Poin 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan	“Tak ada jika, dan, atau tetapi”	√		1	
		c. Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembarnya kosong, minta klien untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar.	1. “Ambil kertas!” Respon: Ny. S mengambil kertas. 2. “Lipat menjadi 2!” Respon: Ny. S melipat kertas menjadi 2 3. “Taruh di lantai!” Respon: Ny. S menaruh kertas di lantai.	√		3	
		d. Membaca Dalam selembarnya kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda”. Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (poin 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat)	Ny. S tidak bisa menulis		√	0	
		e. Menulis Berikan selembarnya kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat harus ditulis	Ny. S tidak dapat menulis		√	0	
No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks

secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar nilai 1 poin			
f. Menyalin Berikan selebar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 poin	Ny. S mampu menyalin gambar	√	1
			
Nilai Total		23	30

Interpretasi:

- Nilai 0-17 : Gangguan kognitif berat
 Nilai 17-23 : Gangguan kognitif sedang
 Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/normal

Hasil pemeriksaan:

Berdasarkan hasil pemeriksaan Ny. S memiliki gangguan kognitif sedang dengan hasil 23.

10. Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

Tabel 3. 6 Hasil Pengkajian Katz Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi		
	Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.	√	
No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung

	Bergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari kamar mandi, serta tidak mandi sendiri.	
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Bergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian.	√
3	Ke Kamar Kecil Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri. Bergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√
4	Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√
5	Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Bergantung: Inkontinensial parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	√
6	Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√

Keterangan:

KATZ Indeks A	: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian
KATZ Indeks B	: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut
KATZ Indeks C	: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks D	: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks E	: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks F	: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
KATZ Indeks G	: Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Hasil pemeriksaan:

Ny. S termasuk KATZ Indeks A.

11. Pengkajian Screening Faal Functional Reach (FR) Test

Tabel 3. 7 Hasil Pengkajian FR Test

No	Langkah
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan direntangkan ke depan
2	Beri tanda letak tangan 1
3	Minta pasien condong ke depan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke 2 pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan ke 1 dan ke 2

Interpretasi

10 inchi/25 cm	: Risiko jatuh rendah
6-10 inchi/15-25 cm	: Risiko jatuh 2 kali lebih besar
≤6 inchi/ ≤15 cm	: Risiko jatuh 4 kali lebih besar

Tidak mau mencapai : Risiko jatuh 8 kali lebih besar

Catatan: Usia lebih 70 tahun, bila kurang dari 6 inchi berisiko roboh

Hasil pemeriksaan:

Hasil FR Test pada Ny. S adalah 19 cm yang artinya risiko jatuh pada Ny. S 2 kali lebih besar.

12. Pengkajian Time Up and Go (TUG) Test

Tabel 3. 8 Hasil Pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), Kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi

≤ 10 detik : Mobilitas bebas
 11-19 detik : Risiko ringan untuk jatuh
 20-29 detik : Risiko sedang untuk jatuh
 ≥ 30 detik : Risiko tinggi untuk jatuh/Gangguan mobilitas

Hasil pemeriksaan:

Hasil pemeriksaan TUG pada Ny. S adalah 11,5 detik yang artinya Ny. S memiliki risiko ringan untuk jatuh.

13. Pengkajian Skala Depresi: Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 9 Hasil Pengkajian GDS

No	Pertanyaan	Tidak	Ya
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?		
No	Pertanyaan		

3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Tidak	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Tidak	Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	Ya
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Tidak	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hdiup anda?	Tidak	Ya
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Tidak	Ya
9	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Tidak	Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Tidak	Ya
11	Apakah anda piker bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?	Tidak	Ya
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Tidak	Ya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak	Ya
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Tidak	Ya
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada anda?		Ya

Interpretasi:

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu)

<5 : Normal

5-9 : Kemungkinan besar depresi

>10 : Depresi

Hasil pemeriksaan:

Berdasarkan hasil pemeriksaan GDS pada Ny. S didapatkan skor 1 yang artinya Ny.

S normal (tidak mengalami depresi)

3.1.2. Analisa Data

Tabel 3. 10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Ny. S mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketidak tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. - Klien mengeluh sulit tidur DO: - Klien meringis - Nadi 87x/menit - Tidur malam 5-6 jam	Gout Arthritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Merangsang perasaan mediator inflamasi ↓ Peradangan pada sendi ↓ Nyeri hebat pada sendi ↓ Nyeri Akut	Nyeri Kronis
2.	DS: - Klien masih mengkonsumsi sayuran berwarna hijau dan daging merah DO: - Perilaku tidak sesuai anjuran manajemen gout arthritis: konsumsi sayuran hijau dna daging merah - Memeriksakan dirinya hanya saat terjadi keluhan -	Gout Arthritis ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Gaya hidup tidak sesuai ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit Pengetahuan

No	Data	Etiologi	Masalah
3.	DO: - Klien berusia 68 tahun - Klien didiagnosa menderita katarak 6 bulan yang lalu - Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) - Hasil pemeriksaan TUG 11,5 detik (Risiko ringan untuk jatuh)	Gout Arhtritis ↓ Peningkatan kristal monoatrium di sendi ↓ Respon inflamasi ↓ Penyumbatan kristal di sendi ↓ Terbentuknya tofus di jaringan lunak pada sendi ↓ Terjadi kekakuan sendi ↓ Risiko Jatuh	Risiko Jatuh

3.1.3. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis d.d

DS:

- Ny. S mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketidak tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari.
- Klien mengeluh sulit tidur

DO:

- Klien meringis
- Nadi 87x/menit

- Tidur malam 5-6 jam

2. Defisit Pengetahuan tentang manajemen gout arthritis b.d kurang terpapar informs d.d

DS:

- Klien masih mengkonsumsi sayuran berwarna hijau dan daging merah

DO:

- Perilaku tidak sesuai anjuran manajemen gout arthritis: konsumsi sayuran hijau dna daging merah
- Memeriksakan dirinya hanya saat terjadi keluhan

3. Risiko Jatuh b. d kekakuan sendi d.d

DO:

- Klien berusia 68 tahun
- Klien didiagnosa menderita katarak 6 bulan yang lalu
- Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar)
- Hasil pemeriksaan TUG 11,5 detik (Risiko ringan untuk jatuh)

3.1.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis d.d DS: - Ny. S mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketidak tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. - Klien mengeluh sulit tidur DO: - Klien meringis - Nadi 87x/menit - Tidur malam 5-6 jam	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun dengan skala 2 (0-10) - Meringis menurun - Pola tidur membaik - Frekuensi nadi (60-100x/menit) - Tekanan darah (<140/90 mmHg)	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik: 7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Latihan <i>stretching</i>) 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 11. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
2.	Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Hipertensi berhubungan dengan Kurang terpapar informasi d.d: DS: - Klien masih mengkonsumsi sayuran berwarna hijau dan daging merah DO: - Perilaku tidak sesuai anjuran manajemen gout arthritis: konsumsi sayuran hijau dan daging merah - Memeriksa dirinya hanya saat terjadi keluhan	Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan, diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru mengenai masalah menurun	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 4. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 6. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3.	Risiko Jatuh b. d kekakuan sendi d.d DO: - Klien berusia 68 tahun - Klien didiagnosa menderita katarak 6 bulan yang lalu - Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) - Hasil pemeriksaan TUG 11,5 detik (Risiko ringan untuk jatuh)	Tingkat Jatuh Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan, maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengalami jatuh dari tempat tidur 2. Tidak mengalami jatuh saat berjalan 3. Tidak mengalami jatuh saat duduk	Pencegahan Jatuh Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Memonitor kemampuan berpindah Edukasi 6. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 7. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 8. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

3.1.5. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf															
Senin, 21 Juli 2025	1	15.30 WIB	Manajemen Nyeri Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti panas dan ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, klien mengatakan nyeri dirasakan sudah 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan lutut terasa kaku lutut terlihat bengkak	Senin, 21 Juli 2025, Jam 16.30 WIB S: 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O: 1. Klien tampak tenang 2. Skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10) 4. Klien dapat mengikuti latihan <i>stretching</i> yang diajarkan 5. TTV TTV sebelum intervensi <table><tr><td>TD</td><td>:</td><td>120/70 mmHg</td></tr><tr><td>Nadi</td><td>:</td><td>87x/menit</td></tr><tr><td>Suhu</td><td>:</td><td>36,4°C</td></tr><tr><td>RR</td><td>:</td><td>21x/menit</td></tr><tr><td>SPO₂</td><td>:</td><td>98%</td></tr></table>	TD	:	120/70 mmHg	Nadi	:	87x/menit	Suhu	:	36,4°C	RR	:	21x/menit	SPO ₂	:	98%	Siti Wahinatur Rohmah
		TD	:	120/70 mmHg																	
		Nadi	:	87x/menit																	
		Suhu	:	36,4°C																	
RR	:	21x/menit																			
SPO ₂	:	98%																			
15.35 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi	Klien mengatakan skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10) Klien mengatakan skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10)																			
15.36 WIB	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Wajah klien tampak meringis menahan nyeri																			

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf															
		15.37 WIB	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari.	TTV setelah intervensi <table> <tr> <td>TD</td> <td>:</td> <td>110/80 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Nadi</td> <td>:</td> <td>89x/menit</td> </tr> <tr> <td>Suhu</td> <td>:</td> <td>36,4°C</td> </tr> <tr> <td>RR</td> <td>:</td> <td>20x/menit</td> </tr> <tr> <td>SPO₂</td> <td>:</td> <td>98%</td> </tr> </table>	TD	:	110/80 mmHg	Nadi	:	89x/menit	Suhu	:	36,4°C	RR	:	20x/menit	SPO ₂	:	98%	
TD	:	110/80 mmHg																			
Nadi	:	89x/menit																			
Suhu	:	36,4°C																			
RR	:	20x/menit																			
SPO ₂	:	98%																			
		15.40 WIB	5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit gout arthritis dan menghindari mengkonsumsi sayuran berwarna hijau karena klien khawatir mengalami nyeri hebat.																	
		15.42 WIB	6. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas sehingga memengaruhi istirahat dan tidur klien.																	
		15.45 WIB	Terapeutik 7. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Klien memahami penyebab, periode, dan pemicu nyeri yang dirasakan akibat gout arthritis																	
		15.50 WIB	8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan latihan <i>stretching</i>	Klien memahami pengertian <i>stretching</i> dan manfaat <i>stretching</i> untuk meredakan nyeri																	

A:
Nyeri Kronis belum teratasi

P:
Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri 2, 3, 9, 10, 11

A:
Nyeri Kronis belum teratasi
P:
Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri 2, 3, 9, 10, 11

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf
		15.55 WIB	9. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri melalui latihan <i>stretching</i>	Klien dapat mengikuti tahapan-tahapan <i>stretching</i> yang diajarkan (9 set x 4 repetisis setiap gerakan)		
		15.55 WIB	10. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri melalui latihan <i>stretching</i>	Klien dapat mengikuti tahapan-tahapan <i>stretching</i> yang diajarkan (9 set x 4 repetisis setiap gerakan)		
		16.20 WIB	Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian farmakologi	Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO		
	2	16.35 WIB	Observasi 1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup	Klien mengatakan keinginan untuk hidup sehat meningkatkan motivasi untuk berolahraga, makan tepat waktu, dan minum obat saat sakit, tapi pola hidup yang sebelumnya dijalani sulit diubah, klien masih mengkonsumsi sayuran hijau dan daging merah.	Senin, 21 Juli 2025, Jam 16.50 WIB S: 1. Klien mengatakan akan berusaha menjalani hidup bersih dan sehat sedikit-sedikit 2. Klien bertanya tentang hal yang harus dijaga untuk pasien dengan gout arthritis	Siti Wahinatur Rohmah
		16.37 WIB	2. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	Klien mendengarkan dengan penuh perhatian, ia juga aktif bertanya	O: 1. Klien tampak antusias mendengarkan dan bertanya banyak hal	
		16.40 WIB	3. Memberikan kesempatan untuk bertanya	Klien bertanya tentang hal yang harus dijaga untuk pasien dengan gout arthritis		

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf
		16.42 WIB	4. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Klien mengatakan akan selalu berusaha untuk hidup bersih dan sehat sedikit-sedikit	2. Klien menunjukkan minatnya untuk menjalani hidup bersih dan sehat A: Masalah Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Hipertensi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5, 6	
		16.50 WIB	Observasi 1. Mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)	Klien berusia 68 tahun memiliki riwayat penyakit gout arthritis selama 1 tahun	Senin, 21 Juli 2025, Jam 17.25 WIB S: 1. Klien mampu berpindah secara mandiri tanpa menggunakan alat bantu jalan 2. Klien mengatakan menggunakan alas kaki yang tidak licin	
3		16.55 WIB	2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)	Kamar mandi klien terpisah dengan kamar tidur klien, kondisi kamar tidur dan kamar mandi klien dalam kondisi tidak licin dan penerangan yang terang. Kondisi jalan menuju kamar mandi tidak licin dan terdapat penerangan yang cukup	3. Klien mengatakan selalu memperhatikan jalan ketika berjalan kaki dan Klien mengatakan akan selalu berhati-hati O: 1. Klien tidak mengalami jatuh 2. Hasil FR Test pada Ny. S adalah 19 cm yang artinya	Siti Wahinatur Rohmah

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf
		17.00 WIB	3. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan Screening Faal Functional Reach (FR) Test dan Time Up and Go (TUG) Test	Hasil FR Test pada Ny. S adalah 19 cm yang artinya risiko jatuh pada Ny. S 2 kali lebih besar. Hasl pemeriksaan TUG pada Ny. S adalah 11,5 detik yang artinya Ny. S memiliki risiko ringan untuk jatuh.	3. risiko jatuh pada Ny. S 2 kali lebih besar. 4. Hasl pemeriksaan TUG pada Ny. S adalah 11,5 detik yang artinya Ny. S memiliki risiko ringan untuk jatuh.	
		17.10 WIB	4. Memonitor kemampuan berpindah	Klien mampu berpindah secara mandiri tanpa menggunakan alat bantu jalan	A: Risiko Jatuh belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2, 5, 6, 7, 8	
		17.15 WIB	Edukasi 5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	Klien mengatakan menggunakan alas kaki yang tidak licin		
		17.17 WIB	6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	Klien mengatakan selalu memperhatikan jalan ketika berjalan kaki		
		17.20 WIB	7. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	Klien memahami dan mengatakan akan melebarkan jarak kedua kaki ketika berdiri		
		17.22 WIB	8. Menganjurkan berjalan perlahan	Klien mengatakan akan selalu berhati-hati		

3.1.6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 13 Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu, 23 Juli 2025	Nyeri Kronis b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi)	15.15 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O: 1. Klien tampak tenang 2. Skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10) 4. Klien dapat mengikuti latihan <i>stretching</i> yang diajarkan 5. TTV	Siti Wahinatur Rohmah
			TTV sebelum intervensi	
			TD : 120/70 mmHg Nadi : 87x/menit Suhu : 36,4°C RR : 21x/menit SPO ₂ : 98%	
			TTV setelah intervensi	
			TD : 110/80 mmHg Nadi : 89x/menit Suhu : 36,4°C RR : 20x/menit SPO ₂ : 98%	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			A: Nyeri Kronis P: - Identifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi - Identifikasi respon nyeri non verbal - Ajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisis setiap gerakan) - Berikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisis setiap gerakan) - Kolaborasi pemberian farmakologi I: - Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan setelah intervensi Respon: Skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10), skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10) - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon: Klien tampak tenang - Mengajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisis setiap gerakan) Respon: Klien mampu mengingat gerakan 1-3 secara berurutan - Memberikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisis setiap gerakan)	
		15.30 WIB		

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			Respon: Klien belum mampu melakukan gerakan 7-9 secara mandiri (dibantu)	
			11. Kolaborasi pemberian farmakologi	
			Respon: Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO	
		16.05 WIB	E: DS: 1. Klien mengatakan nyeri lutut berkurang DO: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-3 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan gerakan 7-9 secara mandiri (dibantu) 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 110/70 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit SPO ₂ : 99% TTV setelah intervensi TD : 120/70 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,3°C RR : 22x/menit SPO ₂ : 99%	
			Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi 2, 3, 9, 10, 11	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			S: 1. Klien mengatakan akan berusaha menjalani hidup bersih dan sehat sedikit-sedikit 2. Klien bertanya tentang hal yang harus dijaga untuk pasien dengan gout arthritis	
		15.15 WIB	O: 1. Klien tampak antusias mendengarkan dan bertanya banyak hal 2. Klien menunjukkan minatnya untuk menjalani hidup bersih dan sehat	
	Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi b.d kurang terpapar informasi		A: Defisit Pengetahuan tentang Manajemen Gout Arthritis P: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya 3. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 5. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat I: 1. Menyiapkan materi penkes: <i>leaflet</i> manajemen Respon: Klien bersedia menerima informasi 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: Klien menjadi pendengar yang aktif, bertanya tentang pola makan dan minum yang berpengaruh terhadap gout arthritis 3. Menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan Respon: Klien memahami apa yang disampaikan	Siti Wahinatur Rohmah
		16.05 WIB		

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
		16.10 WIB	1. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon: Klien mengatakan akan mencobanya secara bertahap 2. Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon: Klien mengatakan suka berolahraga, makan makanan sesuai yang diberikan, namun belum bisa berhenti mengonsumsi sayuran hijau dan daging merah E: DS: 1. Klien mengatakan akan berusaha menjalani hidup bersih dan sehat sedikit-sedikit 2. Klien bertanya tentang pola makan dan minum yang berpengaruh terhadap gout arthritis DO: 1. Klien tampak antusias mendengarkan dan bertanya banyak hal 2. Klien menunjukkan minatnya untuk menjalani hidup bersih dan sehat	
	Risiko Jatuh d.d. kekakuan sendi	15.15 WIB	S: 1. Klien mampu berpindah secara mandiri tanpa menggunakan alat bantu jalan 2. Klien mengatakan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Klien mengatakan selalu memperhatikan jalan ketika berjalan kaki dan klien mengatakan akan selalu berhati-hati O: 1. Klien tidak mengalami jatuh 2. Hasil FR Test pada Ny. S adalah 19 cm yang artinya risiko jatuh pada Ny. S 2 kali lebih besar. 3. Hasil pemeriksaan TUG pada Ny. S adalah 11,5 detik yang artinya Ny. S memiliki risiko ringan untuk jatuh	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			A: Risiko Jatuh P: - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Anjurkan berjalan perlahan I: - Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) Respon: Lantai kamar tidur dan kamar mandi tidak licin - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Respon: Klien menggunakan sandal karet - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Respon: Klien tampak fokus saat berjalan - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	
		16.05 WIB		

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Jum'at, 25 Juli 2025	Nyeri Kronis b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi)	16.10 WIB	Respon: Klien berjalan dengan baik dan seimbang 12. Mengajukan berjalan perlahan Respon: Klien berjalan dengan hati-hati E: DS: 1. Klien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat 2. Klien mengatakan akan selalu hati-hati DO: 1. Klien dapat berpindah dengan mandiri 2. Klien dapat berjalan dengan baik dan seimbang 3. Tidak terjadi jatuh selama sesi latihan maupun saat melakukan aktivitas Masalah teratasi, hentikan intervensi	Siti Wahinatur Rohmah
		15.30 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri lutut berkurang O: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 6 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 4 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-3 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan gerakan 7-9 secara mandiri (dibantu) 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 110/70 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit	Siti Wahinatur Rohmah

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			SPO₂ : 99% TTV setelah intervensi TD : 120/70 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,3°C RR : 22x/menit SPO₂ : 99% A: Nyeri Kronis P: - Identifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi - Identifikasi respon nyeri non verbal - Ajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) - Berikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) - Kolaborasi pemberian farmakologi	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
		15.40 WIB	I: - Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan setelah intervensi Respon: Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10), skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10) - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon: Klien tampak tenang - Mengajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien mampu mengingat gerakan 1-5 secara berurutan - Memberikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien belum mampu melakukan gerakan 7-9 secara mandiri (dibantu) - Kolaborasi pemberian farmakologi Respon: Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO E: DS: - Klien mengatakan nyeri lutut berkurang DO: - Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> - Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10) - Skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10)	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
		15.15 WIB	S: 1. Klien mengatakan akan berusaha menjalani hidup bersih dan sehat sedikit-sedikit 2. Klien bertanya tentang pola makan dan minum yang berpengaruh terhadap gout arthritis O: 1. Klien tampak antusias mendengarkan dan bertanya banyak hal 2. Klien menunjukkan minatnya untuk menjalani hidup bersih dan sehat A: Defisit Pengetahuan P: 1. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 2. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	
	Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi b.d kurang terpapar informasi	16.05 WIB	I: 1. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon: Klien klien mengatakan sedang mengurangi mengonsumsi sayur hijau dan daging merah 2. Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	Siti Wahinatur Rohmah
		16.10 WIB	E: DS: 1. Klien klien mengatakan sedang mengurangi mengonsumsi sayur hijau dan daging merah DO: 1. Nyeri sendi berkurang Masalah teratasi, hentikan intervensi	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Minggu, 27 Juli 2025	Nyeri Kronis b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi)	10.00 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri lutut berkurang O: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-5 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan gerakan 7-9 secara mandiri (dibantu) 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 130/80 mmHg Nadi : 83x/menit Suhu : 36,4°C RR : 22x/menit SPO ₂ : 97% TTV setelah intervensi TD : 110/70 mmHg Nadi : 87x/menit Suhu : 36,4°C RR : 20x/menit SPO ₂ : 98% A: Nyeri Kronis	Siti Wahinatur Rohmah

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			P: 2. Identifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 10. Berikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 11. Kolaborasi pemberian farmakologi	
		10.30 WIB	I: 2. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan setelah intervensi Respon: Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10), skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon: Klien tampak tenang 9. Mengajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien mampu mengingat gerakan 1-7 secara berurutan 10. Memberikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien belum mampu melakukan gerakan 8-9 secara mandiri (dibantu) 11. Kolaborasi pemberian farmakologi Respon: Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf															
		11.00 WIB	E: DS: - Klien mengatakan nyeri lutut berkurang DO: - Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> - Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10) - Skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10) - Klien mampu mengingat gerakan 1-7 secara berurutan - Klien belum mampu melakukan gerakan 8-9 secara mandiri (dibantu) - TTV TTV sebelum intervensi TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,4°C RR : 20x/menit SPO₂ : 97% TTV setelah intervensi <table><tr><td>TD</td><td>:</td><td>110/80 mmHg</td></tr><tr><td>Nadi</td><td>:</td><td>85x/menit</td></tr><tr><td>Suhu</td><td>:</td><td>36,4°C</td></tr><tr><td>RR</td><td>:</td><td>22x/menit</td></tr><tr><td>SPO₂</td><td>:</td><td>97%</td></tr></table> Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi 2, 3, 9, 10, 11	TD	:	110/80 mmHg	Nadi	:	85x/menit	Suhu	:	36,4°C	RR	:	22x/menit	SPO ₂	:	97%	
TD	:	110/80 mmHg																	
Nadi	:	85x/menit																	
Suhu	:	36,4°C																	
RR	:	22x/menit																	
SPO ₂	:	97%																	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Selasa, 29 Juli 2025	Nyeri Kronis b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi)	16.00 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri lutut berkurang O: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 5 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 3 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-7 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan gerakan 8-9 secara mandiri (dibantu) 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,4°C RR : 20x/menit SPO ₂ : 97% TTV setelah intervensi TD : 110/80 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,4°C RR : 22x/menit SPO ₂ : 97% A: Nyeri Kronis P: 2. Identifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi	Siti Wahinatur Rohmah

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			3. Identifikasi respon nyeri non verbal 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 10. Berikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 11. Kolaborasi pemberian farmakologi	
		16.20 WIB	I: 2. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan setelah intervensi Respon: Skala nyeri sebelum intervensi 4 (0-10), skala nyeri setelah intervensi 2 (0-10) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon: Klien tampak tenang 9. Mengajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien mampu mengingat gerakan 1-9 secara berurutan 10. Memberikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien belum mampu melakukan 9 gerakan secara mandiri 11. Kolaborasi pemberian farmakologi Respon: Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
		16.45 WIB	E: DS: - Klien mengatakan nyeri lutut berkurang DO: - Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> - Skala nyeri sebelum intervensi 4 (0-10) - Skala nyeri setelah intervensi 2 (0-10) - Klien mampu mengingat gerakan 1-9 secara berurutan - Klien belum mampu melakukan 9 gerakan secara mandiri (dibantu) - TTV TTV sebelum intervensi TD : 120/70 mmHg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,2°C RR : 22x/menit SPO₂ : 98% TTV setelah intervensi TD : 100/70 mmHg Nadi : 83x/menit Suhu : 36,2°C RR : 22x/menit SPO₂ : 99% Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi 2, 3, 9, 10, 11	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Kamis, 31 Juli 2025	Nyeri Kronis b.d. agen pencedera fisiologis (peradangan sendi)	16.00 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri lutut berkurang O: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 4 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 2 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-9 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan 9 gerakan secara mandiri (dibantu) 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 120/70 mmHg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,2°C RR : 22x/menit SPO ₂ : 98% TTV setelah intervensi TD : 100/70 mmHg Nadi : 83x/menit Suhu : 36,2°C RR : 22x/menit SPO ₂ : 99% A: Nyeri Kronis	Siti Wahinatur Rohmah

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			P: 2. Identifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 10. Berikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) 11. Kolaborasi pemberian farmakologi	
		16.10 WIB	I: 2. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan setelah intervensi Respon: Skala nyeri sebelum intervensi 3 (0-10), skala nyeri setelah intervensi 2 (0-10) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon: Klien tampak tenang 9. Mengajarkan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien mampu mengingat gerakan 1-9 secara berurutan 10. Memberikan teknik nonfarmakologis latihan <i>stretching</i> untuk mengurangi nyeri (9 set x 4 repetisi setiap gerakan) Respon: Klien belum mampu melakukan 9 gerakan secara mandiri 11. Kolaborasi pemberian farmakologi Respon: Klien telah diberikan Allopurinol 1x100mg PO	

Hari/Tanggal	Dx	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			E: DS: 1. Klien mengatakan nyeri lutut menurun 2. Klien mengatakan kaki terasa ringan DO: 1. Klien tampak tenang dan rileks saat melakukan latihan <i>stretching</i> 2. Skala nyeri sebelum intervensi 3 (0-10) 3. Skala nyeri setelah intervensi 2 (0-10) 4. Klien mampu mengingat gerakan 1-9 secara berurutan 5. Klien belum mampu melakukan 9 gerakan secara mandiri 6. TTV TTV sebelum intervensi TD : 120/80 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,0°C RR : 20x/menit SPO₂ : 96% TTV setelah intervensi TD : 110/70 mmHg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,0°C RR : 20x/menit SPO₂ : 96% Masalah teratasi, hentikan intervensi	
		16.30 WIB		

3.2. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini, penulis akan membandingkan teori yang telah dipelajari dengan studi kasus yang penulis alami secara langsung selama enam hari dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik pada klien Ny. S katz indeks A dengan nyeri akibat gout arthritis melalui intervensi latihan *stretching* di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut. Perbandingan ini bertujuan untuk melihat sejauh mana kesesuaian antara teori dan praktik di lapangan, serta menemukan kesenjangan yang mungkin terjadi. Pembahasan akan diuraikan berdasarkan tahapan dalam proses keperawatan, mulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi keperawatan yang telah diberikan. Selama proses pengkajian hingga evaluasi, diperoleh hasil yang nyata sesuai dengan gejala yang dialami oleh klien. Penerapan konsep asuhan keperawatan sangat membantu dalam praktik keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien, serta memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah dan sistematis.

3.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik bio-psiko-sosio-spiritual dapat ditentukan. Pengkajian pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 21 Juli 2025 dengan metode *alloanamnesa* dan *auroanamnesa*. Proses pengkajian dimulai dari pengumpulan biodata klien, riwayat

penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik per sistem, serta didukung dengan hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan terapi pengobatan yang sedang dijalani

Menurut teori tanda dan gejala yang akan muncul pada penderita gout arthritis yaitu nyeri sendi, peradangan dan pembengkakan, kemerahan, kekakuan sendi, serangan gout yang mendadak, demam, adanya tofi, dan panas pada kulit.

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 21 Juli 2025 pada Ny. S di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut, Ny. S berusia 68 tahun dengan diagnose media gout arthritis. Pada saat pengkajian klien mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti panas dan ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. Wajah klien tampak meringis menahan nyeri, Ny. S mengatakan nyeri dirasakan sudah 1 tahun yang lalu, klien mengatakan lutut terasa kaku. Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, istirahat tidur Ny. S tidak tercukupi karena sering terbangun akibat nyeri lutut yang dirasakan.

Pada saat dilakukan pengkajian penulis menemukan kecocokan antara tanda gejala menurut teori dan tanda gejala yang muncul pada Ny. S yaitu didapatkan data klien mengatakan nyeri sendi, bengkak, kekakuan sendi, serangan gout yang mendadak, dan panas pada kulit.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny. S penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan, dimana penulis tidak menemukan adanya tofi pada lutut klien, menurut teori juga akan ditemukan demam, data ini menjadi kesenjangan antara teori dan kasus lapangan karena klien tidak mengalami demam.

Pada klien juga dilakukan pengkajian khusus, yaitu pengkajian fungsional, pengkajian kognitif, status emosional, pengkajian skala depresi, dan pengkajian keseimbangan. Berdasarkan pengkajian khusus pada Tn. A ditemukan kesenjangan pada pengkajian fungsi kognitif menggunakan MMSE (Mini-Mental Scale Examination) dimana hasilnya klien mengalami gangguan kognitif sedang dan pada pengkajian keseimbangan, dimana berdasarkan hasil pengkajian ditemukan hasil klien memiliki risiko jatuh ringan.

Pada tahap pengkajian, klien bersikap kooperatif dan mampu menyampaikan secara jelas permasalahan kesehatan yang sedang dialami oleh Ny. S.

3.2.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (DPP PPNI SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan

yang menjelaskan respon manusia dan individu dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan klien.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Ny. S ada tiga diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri Kronis, Gangguan Pola Tidur, dan Risiko Jatuh. Diagnosis-diagnosis yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, dari lima diagnosis yang ada pada teori penulis hanya mengangkat tiga diagnosis pada kasus karena dari hasil pengkajian yang telah dilakukan hanya menemukan permasalahan yang sesuai dengan tiga diagnosis tersebut.

1. Nyeri Kronis

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan tanggal 21 Juli 2025, klien mengatakan nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti panas dan ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. Wajah klien tampak meringis menahan nyeri, Ny. S mengatakan nyeri dirasakan sudah 1 tahun yang lalu, klien mengatakan lutut terasa kaku dan lutut terlihat bengkak.

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

beintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: mengeluh nyeri, merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Disertai tanda dan gejala minor meliputi: merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit dan berfokus pada diri sendiri

Sesuai dengan data pengkajian nyeri kronis yang timbul pada klien karena adanya peningkatan kristal monoatrium di sendi sehingga merangsang perasaan mediator inflamasi yang dapat menyebabkan peradangan pada sendi dengan waktu lama yang kemudian menyebabkan klien merasakan nyeri lutut yang hebat

2. Defisit Pengetahuan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 21 Juli 2025 didapatkan data bahwa Ny. S Klien mengatakan masih mengonsumsi sayuran hijau dan daging merah.

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 defisit pengetahuan Adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku sesuai anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Disertai tanda dan gejala minor meliputi: menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan.

3. Risiko Jatuh

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 21 Juli 2025 didapatkan data bahwa Ny. S berusia 68 tahun, klien juga telah didiagnosa menderita katarak 6 bulan yang lalu. Berdasarkan hasil pemeriksaan Faal Functional Reach pada klien adalah 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) dan hasil pemeriksaan TUG pada klien adalah 11,5 detik (Risiko ringan untuk jatuh).

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh dengan faktor risiko: usia ≥ 65 tahun, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan dan lain-lain. Sesuai data pengkajian, risiko jatuh pada klien gout arthritis disebabkan karena peningkatan kristal monoatrium di sendi yang menyebabkan kekakuan sendi sehingga ada risiko jatuh.

Adapun diagnosis yang muncul di teori berjumlah tujuh diagnosis tetapi yang sesuai dengan kasus penulis sejumlah tiga, diagnosis yang tidak muncul pada kasus ini yaitu:

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Untuk menegaskan diagnosis tersebut harus ada data yang mendukung, tetapi di kasus penulis tidak didapatkan tanda dan gejala mayor yang mendukung seperti mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, serta tanda dan gejala minor yang mendukung seperti nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan,

merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Penulis hanya satu tanda dan gejala minor pada klien yaitu sendi kaku, sehingga penulis tidak menegakkan diagnosis gangguan mobilitas fisik.

2. Hipertermi

Untuk menegakkan diagnosis tersebut harus ada data yang mendukung, tetapi di kasus penulis tidak didapatkan tanda dan gejala mayor yang mendukung seperti suhu tubuh di atas nilai normal, serta tanda dan gejala minor yang mendukung seperti kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat. Semua gejala tidak terdapat pada klien penulis.

3.2.3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala perlakuan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (DPP PPNI SDKI, 2017). Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan keperawatan pada klien sesuai dengan diagnosis keperawatan untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan klien dengan cara merumuskan tujuan, rencana tindakan dan kriteria hasil atau kemajuan pada klien.

1. Nyeri Kronis

Untuk masalah nyeri kronis penulis menetapkan 2 intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri dan terapi relaksasi. Dimana manajemen nyeri memuat 11 tindakan meliputi 6 observasi, 4 terapeutik dan 1 kolaborasi serta terapi relaksasi memuat 9 tindakan meliputi 2

observasi, 3 terapeutik dan 4 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dengan skala 2 (0-10), tidak meringis, pola tidur membaik, frekuensi nadi rentang normal (60-100x/menit) dan tekanan darah rentang normal (<140/90 mmHg).

2. Defisit Pengetahuan

Untuk masalah defisit pengetahuan penulis menetapkan 1 intervensi keperawatan yaitu edukasi kesehatan. Dimana edukasi kesehatan memuat 6 tindakan meliputi 1 observasi, 2 terapeutik dan 3 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan keluhan sulit tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dan keluhan tidak puas tidur menurun.

3. Risiko Jatuh

Untuk masalah nyeri kronis penulis menetapkan 1 intervensi keperawatan yaitu pencegahan jatuh. Dimana pencegahan jatuh memuat 8 tindakan meliputi 5 observasi dan 3 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil tidak mengalami jatuh dari tempat tidur, tidak mengalami jatuh saat berjalan dan tidak mengalami jatuh saat duduk.

3.2.4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi (DPP PPNI SDKI, 2017). Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat

dari proses keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat guna membantu klien dalam mencapai tujuannya.

1. Nyeri Kronis

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi manajemen nyeri, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan latihan *stretching*, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri melalui latihan *stretching*, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri melalui latihan *stretching*, kolaborasi pemberian farmakologi. Serta intervensi terapi relaksasi, yaitu: memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan *stretching*, memonitor respons terhadap latihan *stretching*, menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik latihan *stretching*, menggunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi: latihan *stretching*, menganjurkan

mengambil posisi yang nyaman, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, dan menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi.

2. Defisit Pengetahuan

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi edukasi kesehatan yaitu: Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

3. Risiko Jatuh

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi pencegahan jatuh yaitu: mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), menghitung risiko jatuh dengan menggunakan Screening Faal Functional Reach (FR) Test dan Time Up and Go (TUG) Test, memonitor kemampuan berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk

meningkatkan keseimbangan saat berdiri, menganjurkan berjalan perlahan.

3.2.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan klien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

1. Nyeri Kronis

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dengan skala 2 (0-10), tidak meringis, pola tidur membaik, frekuensi nadi rentang normal (60-100x/menit) dan tekanan darah rentang normal (<140/90 mmHg). Setelah intervensi pada pertemuan ke-6 tanggal 31-07-2025, didapatkan hasil nyeri menurun dari skala 3 (0-10) menjadi 2 (0-10), pola tidur membaik, frekuensi nadi 86x/menit, dan tekanan darah 110/70mmHg. Dapat disimpulkan bahwa nyeri kronis dapat teratasi.

2. Defisit Pengetahuan

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan pola tidur membaik. Setelah intervensi pada pertemuan ke-6 tanggal 31-07-2025, didapatkan hasil klien menepati anjuran. Dapat disimpulkan bahwa defisit pengetahuan teratasi.

3. Risiko Jatuh

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 6 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil tidak mengalami jatuh dari tempat tidur, tidak mengalami jatuh saat berjalan dan tidak mengalami jatuh saat duduk. Setelah intervensi pada pertemuan ke-6 tanggal 31-07-2025, didapatkan hasil klien tidak mengalami jatuh. Dapat disimpulkan bahwa risiko jatuh teratasi.

3.2.6. Analisis *Evidence Based Practice* Latihan *Stretching*

Latihan *stretching* dapat dilakukan pada klien dengan gout arthritis yang sesuai dengan 7 jurnal penelitian dengan hasil asuhan keperawatan ini dilakukan dengan memberikan intervensi latihan *stretching* selama 6 hari pertemuan dengan jeda 1 hari. Latihan *stretching* dilakukan selama 20-25 menit. Hasil asuhan keperawatan menunjukkan skala nyeri sebelum dilakukan intervensi latihan *stretching* rata-rata pada skala sedang (4-6). Kemudian setelah diberikan intervensi latihan *stretching* rata-rata pada skala ringan (1-3). Berdasarkan hasil tersebut, penulis menemukan bahwa dengan latihan *stretching* mampu menurunkan skala nyeri pada penderita gout arthritis.

Hasil intervensi yang dilakukan penulis sejalan dengan hasil penelitian (Mentari, Fradianto, & Tafwidhah, 2024) dengan judul “Implementasi Manajemen Nyeri Menggunakan *Stretching* Exercise pada Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia dan Pensiunan dengan Masalah Nyeri Sendi” didapatkan studi kasus yang telah dilaksanakan pada keluarga

dengan tahap perkembangan keluarga lansia dan pensiunan dengan masalah nyeri sendi, hasil studi kasus dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan berupa demonstrasi latihan *stretching* selama 6 kali kunjungan terbukti efektif dalam menurunkan nyeri sendi yang dirasakan Ny. H. Adapun skala nyeri yang dirasakan Ny. H yaitu berada pada skala 7 (nyeri berat) dan menurun 1 poin setiap melaksanakan *stretching exercise* dengan frekuensi 1 kali sehari dengan jeda 1 hari sehingga pada pertemuan ke-6 skala nyeri yang dirasakan berada pada skala 3 (nyeri ringan).

Penelitian oleh (Wahyuni, Rahim, Indargairi, & Bubun, 2022) didapatkan bahwa nilai intensitas nyeri minimal sebelum dilakukan intervensi adalah 3 dan nilai tertinggi adalah 5. Sedangkan setelah dilakukan intervensi didapatkan bahwa nilai minimal intensitas nyeri adalah 2 dan nilai tertinggi adalah 5. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perubahan intensitas nyeri pada sendi setelah dilakukan *stretching*. Kemudian penelitian oleh (Ningrum, Ismoyowati, & Intening, 2023) Didapatkan dari hasil implementasi 4 kali kunjungan didapatkan klien mengatakan kaki masih nyeri namun sudah sedikit enakan dan nyeri sudah berkurang ketika digerakkan. Selanjutnya penelitian oleh (Feri, Juartika, & Nurlala, 2023) didapatkan pada subjek I setelah setiap dilakukan *stretching* setiap 3 kali pertemuan dengan waktu antara 20-30 menit per pertemuan didapatkan penurunan skala nyeri dari skala 7 (nyeri berat) ke skala nyeri 4 (nyeri sedang)

Menurut penulis pemberian latihan *stretching* dapat dijadikan sebagai bentuk terapi latihan yang sangat dianjurkan untuk Ny. S nyeri sendi karena caranya yang mudah dilakukan, tidak menggunakan biaya dan tidak membahayakan. Penurunan skala nyeri yang dirasakan Ny. S akan lebih optimal jika intervensi latihan *stretching* ini dilakukan secara rutin.

3.2.7. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan sebuah catatan yang mencakup kondisi pasien dari aspek bio-psiko-sosial-spiritual serta semua aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk pasien mulai dari kedatangan pasien di rumah sakit hingga pasien pulang (Rahmayanti, 2024).

Selama proses mendokumentasikan perawatan pada lansia ini, penulis mengalami kesulitan. Namun berkat adanya teori, dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik ini mulai dari tahap pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi keperawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah melakukan pengkajian pada Ny. S didapatkan hasil sebelum dilakukan latihan stretching klien mengalami nyeri lutut dengan skala 6 (0-10), setelah dilakukan latihan stretching skala nyeri lutut menurun dengan skala 2 (0-10). Untuk Kesimpulan lebih lanjut diuraikan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Ny. S didapatkan data bahwa Ny. S mengalami nyeri di bagian lutut. Nyeri dirasakan ketika tidak melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti panas dan ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada kedua lutut dan menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri berkurang ketika melakukan aktivitas dan meminum obat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan terus-menerus terutama pada malam hari. Wajah klien tampak meringis menahan nyeri, Ny. S mengatakan nyeri dirasakan sudah 1 tahun yang lalu, klien mengatakan lutut terasa kaku dan lutut terlihat bengkak.
2. Berdasarkan hasil analisis data yang dilakukan pada Ny. S terdapat tiga diagnosis keperawatan yang muncul, diantaranya nyeri kronis, gangguan pola tidur dan risiko jatuh.
3. Pada tahap perencanaan, intervensi yang digunakan dalam menyelesaikan masalah pada Ny. S berfokus pada intervensi manajemen nyeri dan latihan stretching.
4. Pada tahap implementasi keperawatan tidak ditemukan adanya hambatan, karena Ny. S dapat bekerjasama dan kooperatif sehingga rencana yang

sudah ditentukan dapat dilaksanakan dan masalah dapat terselesaikan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan untuk masalah utama yang sesuai dengan *evidence based practice* yaitu dengan latihan stretching.

5. Pada tahap evaluasi keperawatan, dari ketiga diagnosis keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis, defisit pengetahuan dan risiko jatuh, semua masalah teratasi.
6. Tahap *evidence based practice*, pemberian latihan stretching terdapat kesesuaian antara hasil analisis literatur yang telah dilakukan dengan tinjauan kasus yang telah penulis selesaikan, dimana pemberian latihan stretching terbukti efektif dan sangat membantu penulis dalam menyelesaikan masalah nyeri pada Ny. S.
7. Penulis melakukan pendokumentasian yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan dengan menggunakan SDKI, SLKI, dan SIKI.

4.2. Saran

1. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat mempertahankan tingkat kemandirian dan kemampuan klien dalam menjaga kesehatan seperti rutin memeriksakan kesehatan dan mampu mengaplikasikan pengetahuan tentang latihan stretching.

2. Bagi Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut

Petugas kesehatan Satpel Griya Lansia telah melaksanakan promosi kesehatan dan pemantauan kesehatan secara berkala. Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada penghuni Satpel Griya Lansia.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini diperlukan buku sumber dengan tahun terbit buku dalam 10 tahun terakhir. Maka untuk kepentingan bersama diharapkan buku-buku sumber di perpustakaan dilengkapi dengan buku-buku sumber tahun terbit terbaru guna meningkatkan mutu pendidikan sebagai pedoman dan perbandingan landasan teori dengan kasus di lapangan. Terutama buku sumber keperawatan gerontik, umumnya buku sumber keperawatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Cetakan pe. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Benya Adriani, Rita, Dwi Sulistyowati, Ros Endah Happy Patriyani, Koko Wahyu Tarnoto, Susan Susyanti, Suryanti, and Rachmawaty Noer. 2021. *BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK*. Cetakan Pe. Indonesia: Penerbit Adab.
- Dungga, Elvie Febriani. 2022. "Pola Makan Dan Hubungannya Terhadap Kadar Asam Urat." 4(1).
- Frida, Ester Mei, Cyntia Theresia Lumintang, Tiffany Gita Sesaria, Eva Susanti, and Aan Dwi Sentana. 2025. *KONSEP DAN ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Cetakan Pe. Jakarta: Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang.
- Madyaningrum, E, Kusumaningrum F, Wardani RK, Susilaningrum AR, and Ramdhani A. 2020. *Buku Saku Kader: Pengontrolan Asam Urat Di Masyarakat. Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, Dan Keperawatan*.
- Manuaba, Ratih Wulansari, Blondina Marpaung, Riardi Pramudiyo, Faridin HP, Femi Syahriani, Yanti Hellmi, Surya Darma, et al. 2024. *Pedoman Diagnosis Dan Tatalaksana Hiperurisemia & Arthritis Gout*.
- Manurung, Melva, Ressa Andriyani Utami, Abigail Asfas Tandilangi, Dely Maria, Indriati Kusumaningsih, Nova Sontry Node Siregar, Dameria Saragih, Neneng Kurwiyah, and Ellen Padaunan. 2023. *Ilmu Dasar Keperawatan Gerontik*. Cetakan 1. ed. Matias Julyus Fika Sirait. Indonesia: Yayasan Kita Menulis.
- Maryam, Siti, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaedi, and Irwan Batubara. 2012. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Indonesia: Salemba Medika.
- Mentari, Delia, Ikbal Fradianto, and Yuyun Tafwidhah. 2024. "Implementasi Manajemen Nyeri Menggunakan Stretching Exercise Pada Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia Dan Pensiunan Dengan Masalah Nyeri Sendi." *MAHESA: Malahayati Health Student Journal* 4(5): 1903–14. doi:10.33024/mahesa.v4i5.14426.
- Mujianto, Abdullah. 2013. *Cara Cepat Mengatasi 10 Besar Kasus Muskuloskeletal Dalam Praktik Klinik Fisioterapi*. Indonesia: Trans Info Media.
- Ningrum, Arista Pungki Widya, Tri Wahyuni Ismoyowati, and Vivi Retno Intening. 2023. "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pasien Asam Urat Pada Masalah Keperawatan Nyeri Akut." *SBY Proceedings* Volume 2: 147–60.
- Polopadang, Vonny, and Nur Hidayah. 2019. *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*. Cetakan Pe. ed. Fitriani. Yayasan Pemberdayaan

Masyarakat Indonesia Cerdas.

Sari, Ayu Novita. 2019. *Latihan Stretching Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Pada Reumatoid Arthritis Lansia Di Panti Sosial Bhakti Mulia Kabupaten Musi Rawas Tahun 2019*. Indonesia.

Siddiq, Muhammad Nizar, and Arif Pristianto. 2024. *Teknik Peregangan Aplikatif*. Indonesia: Muhammadiyah University Press.

Ulhasanah, Muzaroah Ermawati, Agung Widiastuti, and Fakhrudin Nasrul Sani. 2022. "Stretching Exercise Untuk Mengurangi Nyeri Pada Lansia Penderita Gout Arthritis Di TAWANGSARI." *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS) 2022* (Salma 2021): 292–95.

Wayan Rahayu Ningtyas, Ni, Notesya A. Amanupunno, Iyam Manauke, Yusni Ainurrahmah, Despita Pramesti, Yuliana, Rahmi Dwi Yanti, et al. 2023. *Bunga Rampai Manajemen Nyeri*. Cetakan Pe. Indonesia: PT Media Pustaka Indo.

Wijayanti, Fiki, Yunita Galih Yudanari, Tri Wahyuni Ismoyowati, Fatimah, Liyanovitasari, Zumrotul Chairijah, Priharyanti Wulandari, et al. 2025. *Buku Ajar Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis*. Cetakan Pe. Indonesia: PT. Green Pustaka Indonesia.

Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Cetakan pe. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Benya Adriani, Rita, Dwi Sulistyowati, Ros Endah Happy Patriyani, Koko Wahyu Tarnoto, Susan Susyanti, Suryanti, and Rachmawaty Noer. 2021. *BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK*. Cetakan Pe. Indonesia: Penerbit Adab.

Dungga, Elvie Febriani. 2022. "Pola Makan Dan Hubungannya Terhadap Kadar Asam Urat." 4(1).

Frida, Ester Mei, Cyntia Theresia Lumintang, Tiffany Gita Sesaria, Eva Susanti, and Aan Dwi Sentana. 2025. *KONSEP DAN ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Cetakan Pe. Jakarta: Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang.

Madyaningrum, E, Kusumaningrum F, Wardani RK, Susilaningrum AR, and Ramdhani A. 2020. *Buku Saku Kader: Pengontrolan Asam Urat Di Masyarakat. Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, Dan Keperawatan*.

Manuaba, Ratih Wulansari, Blondina Marpaung, Riardi Pramudiyo, Faridin HP, Femi Syahrani, Yanti Hellmi, Surya Darma, et al. 2024. *Pedoman Diagnosis Dan Tatalaksana Hiperurisemia & Arthritis Gout*.

Manurung, Melva, Ressa Andriyani Utami, Abigail Asfas Tandilangi, Dely Maria, Indriati Kusumaningsih, Nova Sontry Node Siregar, Dameria Saragih, Neneng Kurwiyah, and Ellen Padaunan. 2023. *Ilmu Dasar Keperawatan Gerontik*. Cetakan 1. ed. Matias Julyus Fika Sirait. Indonesia: Yayasan Kita Menulis.

- Maryam, Siti, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaedi, and Irwan Batubara. 2012. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Indonesia: Salemba Medika.
- Mentari, Delia, Ikbal Fradianto, and Yuyun Tafwidhah. 2024. "Implementasi Manajemen Nyeri Menggunakan Stretching Exercise Pada Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia Dan Pensiunan Dengan Masalah Nyeri Sendi." *MAHESA : Malahayati Health Student Journal* 4(5): 1903–14. doi:10.33024/mahesa.v4i5.14426.
- Mujiyanto, Abdullah. 2013. *Cara Cepat Mengatasi 10 Besar Kasus Muskuloskeletal Dalam Praktik Klinik Fisioterapi*. Indonesia: Trans Info Media.
- Ningrum, Arista Pungki Widya, Tri Wahyuni Ismoyowati, and Vivi Retno Intening. 2023. "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pasien Asam Urat Pada Masalah Keperawatan Nyeri Akut." *SBY Proceedings Volume 2*: 147–60.
- Polopadang, Vonny, and Nur Hidayah. 2019. *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*. Cetakan Pe. ed. Fitriani. Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Sari, Ayu Novita. 2019. *Latihan Stretching Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Pada Reumatoid Arthritis Lansia Di Panti Sosial Bhakti Mulia Kabupaten Musi Rawas Tahun 2019*. Indonesia.
- Siddiq, Muhammad Nizar, and Arif Pristianto. 2024. *Teknik Peregangan Aplikatif*. Indonesia: Muhammadiyah University Press.
- Ulkhasanah, Muzaroah Ermawati, Agung Widiastuti, and Fakhruddin Nasrul Sani. 2022. "Stretching Exercise Untuk Mengurangi Nyeri Pada Lansia Penderita Gout Arthritis Di TAWANGSARI." *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas) 2022* (Salma 2021): 292–95.
- Wayan Rahayu Ningtyas, Ni, Notesya A. Amanupunyo, Iyam Manaueke, Yusni Ainurrahmah, Despita Pramesti, Yuliana, Rahmi Dwi Yanti, et al. 2023. *Bunga Rampai Manajemen Nyeri*. Cetakan Pe. Indonesia: PT Media Pustaka Indo.
- Wijayanti, Fiki, Yunita Galih Yudanari, Tri Wahyuni Ismoyowati, Fatimah, Liyanovitasari, Zumrotul Chairijah, Priharyanti Wulandari, et al. 2025. *Buku Ajar Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis*. Cetakan Pe. Indonesia: PT. Green Pustaka Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran I

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

LATIHAN STRETCHING (PEREGANGAN OTOT)

A. Pengertian stretching

Peregangan atau stretching adalah aktivitas meregangkan otot untuk meningkatkan fleksibilitas (kelenturan) otot dan jangkauan gerakan persendian. Aktivitas peregangan merupakan bagian penting dari Latihan olahraga atau program rehabilitasi. Peregangan membantu pemasan tubuh sebelum melakukan aktivitas fisik sehingga mengurangi risiko kecelakaan dan nyeri otot sesuai teori dari (Mujianto, 2013).

B. Manfaat Latihan Stretching

1. Meningkatkan kelenturan (fleksibilitas)
2. Meningkatkan sirkulasi darah
3. Meningkatkan keseimbangan
4. Mengurangi nyeri punggung bagian bawah
5. Mengurangi stress
6. Meningkatkan kemampuan fisik
7. Mempercepat pemulihan setelah olahraga
8. Meningkatkan produksi cairan synovial persendian
9. Meningkatkan kebugaran

C. Teknik Latihan Stretching

1. Persiapan
 - a) Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, matras/Kasur dan lingkungan yang nyaman
 - b) Gunakan pakaian yang longgar, menyerap keringat dan nyaman untuk digunakan
 - c) Gunakan sepatu yang nyaman
 - d) Menjelaskan Teknik dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh klien
 - e) Menjelaskan lama waktu Latihan stretching 10-20 menit

2. Proses Latihan Stretching

a) Stretching pada otot hamstring dengan posisi duduk



Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki ke arah depan dan kaki yang satu lagi dilipat, dengan kedua tangan memegang lutut dan luruskan perlahan-lahan kedua tangan ke arah jari kaki dan rasakan tarikan di bawah lutut dan bawah paha. Tahan selama 20 detik kemudian rileksasikan dan ulangi sampai 4 kali Latihan ulur dan Tarik ini.

b) Stretching hamstring dengan Latihan berdiri



Meminta pasien untuk meluruskan satu kaki di atas meja atau kursi dan kedua tangan disatukan di lutut dengan gerakkan ke arah bawah menuju jari-jari kaki dan usahakan pasien mampu melakukannya. Lakukan Latihan ini dengan menahan gerakkan di ujung jari atau tumit selama 20 detik dan rileksasikan, lakukan Latihan ini selama 4 kali.

c) Stretching calf muscle atau tendon gastrocnemius



Meminta pasien untuk Latihan di dinding dengan cara menekan lutut ke depan dan menjaga gerakan tungkai yang dibelakang dengan kuat dan kedua telapak tangan dengan posisi mendorong ke dinding. Lakukan Latihan calf exercise selama 20 detik dengan menahan lutut ke depan dan tahan setelah itu rileksasikan dan ulangi Gerakan di tas selama 4 kali.

d) Stretching quadricep atau tendon quadricep muscle exercise



Meminta pasien untuk lutut yang sakit ditekut ke belakang dengan posisi satu tangan memegang dan tangan yang lain memegang kursi dengan posisi tepat seperti gambar di atas. Tahan gerakan di atas selama 20 detik dan diulangi Gerakan tersebut selama 4 kali.

- e) Stretching dengan metode SLR (straight leg raising)



Meminta pasien untuk menaikkan kaki ke atas dengan posisi lying atau posisi tidur terlentang dimana tungkai diangkat ke atas dengan tinggi 15cm, maka tungkai yang sakit ditahan selama 20 detik dan tahan.

- f) Stretching hip abduction



Meminta pasien untuk tidur dengan menghadap ke kiri atau ke kanan, dengan satu kaki di angkat ke atas selama 10 detik, kemudian lakukan rileksasi dan ulangi Latihan di atas selama 4 kali.

g) Stretching hip extension



Meminta pasien untuk tidur telungkup dengan mengangkat kaki ke atas setinggi 15 cm, kemudian turunkan dan rileksasi dan ulangi latihan di atas selama 4 kali.

h) Stretching wall squat



Meminta pasien untuk menempelkan punggung di dinding dengan sempurna, kedua telapak tangan menempel pada dinding dan kedua lutut dilipat atau ditekut dengan Gerakan naik dan turun atau fleksi dan ekstensi sendi lutut selama 10 gerakan.

i) Stretching seated knee extension



Meminta pasien untuk meluruskan kaki ke depan dimana lutut yang sakit diluruskan ke depan, dengan posisi duduk rileks dan pasien berkonsentrasi untuk melatih lutut ke depan dengan ditahan bukan diayunkan. Lakukan Latihan di atas dengan menahan 10 detik dan rileks, ulangi Gerakan tersebut selama 4 kali dan pasien tetap duduk dengan Santai.

Lampiran II

Standar Operasional Prosedur Pengukuran Skala Nyeri

A. Definisi Nyeri

Suatu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui skala nyeri pada pasien.

B. Tujuan

Untuk mengetahui tindakan apa yang dilakukan untuk mengurangi nyeri.

C. Prosedur Pelaksanaan

No	Tindakan yang dilakukan
1.	Fase Orientasi
	a) Mengucapkan salam b) Memperkenalkan diri c) Menjelaskan prosedur
2.	Prosedur
	a) Lakukan pengkajian skala, Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri b) Observasi reaksi non verbal c) Gunakan Teknik komunikasi terapeutik untuk pengalaman nyeri pasien d) Skala nyeri ini dapat digunakan untuk dewasa/lansia e) Lakukan pengukuran skala nyeri dengan menggunakan skala nyeri angka, gunakan garis lurus di mana garis awalnya menunjukkan “tidak ada rasa nyeri” garis Tengah yang menunjukkan “nyeri sedang” dan aris akhir yang menunjukkan nyeri hebat 

	f) Penilaian skal nyeri dengan meminta pasien kepada klien untuk memilih angka yang mewakili rasa nyeri mereka, dengan keterangan: 0-1 Tidak ada nyeri 2-3 Nyeri ringan (secara objektif klien masih bisa berkomunikasi) 4-6 Nyeri sedang (secara objektif klien menyeringai, sanggup menunjukkan Lokasi nyeri, bisa mendeskripsikan nyeri, bisa mengikuti perintah dengan baik) 7-8 Nyeri hebat (secara objektif terkadang klien tidak mengikuti perintah namun masih merespon terhadap Tindakan, bisa menunjukkan Lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya) 9-10 Nyeri hebat (pasien sudah tidak dapat berkomunikasi lagi)
--	--

Lampiran III

Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN

(Informed Consent)

Dengan Hormat,

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Ny. S

Umur : 68 th

Jenis Kelamin : Perempuan

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Siti Wahinatur Rohmah (KHGD24024), mahasiswi Program Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut yang berjudul **“Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S Katz Indeks A dengan Nyeri Kronis Akibat Gout Arthritis melalui Intervensi Latihan Stretching di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut”**.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Garut, 21 Juli 2025


(.....)

Lampiran IV

Surat Izin Penelitian



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007

Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24 Garut – Jawa Barat
Web : <https://stikeskhg.ac.id> E-mail Stikeskarsahusada@yahoo.com

Nomor : ~~075~~/STIKes-KHG/AK/VII/2025
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat
Di

Tempat

Assalamualikum Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Tugas Akhir Ilmiah mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan Penelitian adalah sebagai berikut:

1. Nama Mahasiswa : Siti Wahinatur Rohmah
2. NIM : KHGC24024
3. Topik/Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan KAT2 Indeks A Penderita Asam Urat Dengan Latihan Stretching Di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Garut, 01 Juli 2025

Hormat kami,
Ketua
STIKes Karsa Husada Garut

H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes
NIP. 043298.1196.014



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007
Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24 Garut – Jawa Barat
Web : <https://stikeskhg.ac.id> E-mail Stikeskarsahusada@yahoo.com

Nomor : 095/STIKes-KHG/AK/VII/2025
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala BAKESBANGPOL Kota Cimahi
Di
Tempat

Assalamualikum Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Tugas Akhir Ilmiah mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan rekomendasi ijin penelitian di **Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat**. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan Penelitian adalah sebagai berikut:

1. Nama Mahasiswa : Siti Wahinatur Rohmah
2. NIM : KHGC24024
3. Topik/Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan KAT2 Indeks A Penderita Asam Urat Dengan Latihan Stretching Di Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Garut, 01 Juli 2025

Hormat kami,
Ketua
STIKes Karsa Husada Garut

H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes
NIP. 043298.1196.014

Lampiran V

LEMBAR CEKLIST
LATIHAN STRETCHING TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA
GOUT ARTHRITIS DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA
KABUPATEN GARUT

Inisial Pasien :

Ruangan :

Diagnosa :

[illegible]

Lampiran VI

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : SITI WAHINATUR ROHMAH

NIM : KHGD24024

PEMBIMBING : SUSAN SUSYANTI, M.Kep

[illegible]

NAMA : SITI WAHINATUR ROHMAH
NIM : KHGD24024
PEMBIMBING : SUSAN SUSYANTI, M.Kep

[illegible]

Lampiran VII

Dokumentasi



