

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A DENGAN
OSTEOARTHRITIS PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG POGOR
RT/RW 004/006 DESA CINTARASA KECAMATAN SAMARANG
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan
Di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**Disusun Oleh :
Camila Siti Sadiyah
NIM KHGA23037**



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KARSA HUSADA GARUT
2026**

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN KTI

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A
DENGAN *OSTEOARTHRITIS* PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG POGOR RT/RW 004/006 DESA CINTARASA
KECAMATAN SAMARANG DI WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN GARUT**

NAMA : CAMILA SITI SADIAH

NIM : KHGA23037

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026

Menyetujui

Penelaah I



Sri Yekti Widadi, M.Kep.

Penelaah II



Hasbi Taobah R, Ners M.Pd., M.Kep

Mengetahui

Ketua Prodi D III Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Pembimbing



H. Mohamad Ridwan R., S.Kep., M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A DENGAN
OSTEOARTHRITIS PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG POGOR
RT/RW 004/006 DESA CINTARASA KECAMATAN SAMARANG DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN
GARUT**

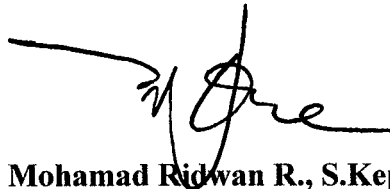
**Disusun Oleh:
Camila Siti Sadih
KHGA23037**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi
DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa
Husada Garut

Menyetujui

Pembimbing



H. Mohamad Ridwan R., S.Kep., M.Pd

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan
Kebidanan



Sulastini S.kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui
Ketua Prodi D III Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Imiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026

Camila Siti Sadiyah
KHGA23037

ABSTRAK

IV BAB, 23 Tabel, 1 Bagan, 3 Lampiran, 119 Halaman

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit degeneratif sendi yang ditandai dengan kerusakan progresif pada tulang rawan sendi, menyebabkan nyeri, kekakuan, dan keterbatasan gerak pada lansia. Data Puskesmas Samarang menunjukkan 15 %. Penanganan *Osteoarthritis (OA)* yang tidak adekuat dapat menyebabkan komplikasi musculoskeletal berat. Asuhan keperawatan gerontik komprehensif diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup. Karya Tulis ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan gerontik secara komprehensif pada Ny. A dengan osteoarthritis untuk meningkatkan status kemandirian dan mengatasi masalah keperawatan terkait. Karya Tulis ini menggunakan desain deskriptif berbentuk studi kasus dengan pendekatan proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 5 kali kunjungan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Pengukuran kemandirian menggunakan instrumen Katz Indeks. Sebelum intervensi, Ny. A mengalami nyeri sendi, kekakuan terutama di pagi hari, dan keterbatasan gerak pada sendi lutut kiri. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 kali kunjungan, masalah nyeri kronis dan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Ny. A menunjukkan peningkatan dalam toleransi aktivitas, penurunan frekuensi kaku sendi, dan mampu melakukan latihan rentang gerak (ROM) secara mandiri untuk mempertahankan fleksibilitas sendi. Asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan holistik terbukti efektif dalam mengelola nyeri dan mempertahankan kemandirian fungsional pada lansia dengan osteoarthritis. Edukasi mengenai manajemen nyeri nonfarmakologis dan latihan fisik yang teratur menjadi kunci penting dalam memperlambat progresivitas penyakit dan meningkatkan kualitas hidup lansia

Kata Kunci : Osteoarthritis

Daftar Pustaka : 45 (tahun 2023-2026) (21 Buku, 20 Jurnal, 4 Laporan)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum Wr. Wb

Segala puji serta syukur, penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan Karunia, Rahmat taufikNya kepada kita semua, Aamiin Atas izin Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. A Dengan Osteoarthritis Pada Katz Indeks A Di Kampung Pogor Desa Cintarasa Kecamatan Samarang Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Kabupaten Garut” merupakan salah satu tugas dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dan banyak sekali kekurangan dan kelemahan oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dan juga terdapat hambatan bagi penulis dan rintangan dalam Menyusun, akan tetapi bukan merupakan suatu halangan bagi penulis bahkan menjadi suatu tantangan sekaligus pelajaran dan pengalaman untuk menambah wawasan dan percaya diri.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan dorongan, bantuan serta bimbingan yang sangat berharga dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan yang berharga ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiyat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak DRS. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak DR. Iwan Wahyudi, S.Kep. Ns., M.Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Mohamad Ridwan R., S.Kep., M.Pd, selaku Pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staff dan Dosen, Institut Kesehatan Karsa Husada Garut khusus Prodi D-III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan, keterampilan, mendidik, serta motivasi selama penulis mengikuti perkuliahan.
7. Kepada pembimbing Puskesmas Bapak Anton Susono, S.Kep., Ners.
8. Kepada pasien Ny. A dan keluarga yang telah bekerja sama dan bersedia menjadi klien serta memberikan informasi pada penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, semoga sehat selalu.
9. Kepada yang tersayang kedua orang tua tercinta Bapak Hera Heryana Mamah Sari Ningsih penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala doa, kasih sayang, pengorbanan, dukungan moral maupun material, serta motivasi yang tiada henti selama proses perkuliahan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Berkat ketulusan, kesabaran, dan kepercayaan yang senantiasa diberikan, penulis mampu menghadapi berbagai tantangan hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan. Semoga segala kebaikan, pengorbanan, dan kasih sayang yang telah diberikan kepada penulis senantiasa mendapatkan balasan yang berlimpah dari Allah SWT dan adik tersayang, serta keluarga besar yang tiada henti memberikan semangat, do'a dan dorongan baik secara moral maupun materi kepada penulis.
10. Kepada teman seperjuangan saya Yuni Yulianti NIM KHGA23002 yang telah setia menemani, memberikan dukungan, semangat, serta motivasi selama 3 tahun perkuliahan. Terima kasih atas waktu, perhatian, dan kesediaannya untuk mendengarkan keluh kesah, berdiskusi, serta selalu hadir memberikan dorongan ketika penulis menghadapi berbagai tantangan.

Ilmiah ini, terimakasih telah menjadi tempat berbagi cerita, memberikan motivasi di saat penulis merasa lelah, serta selalu mengingatkan untuk tetap percaya pada kemampuan diri penulis.

11. Kepada sahabat terdekat Manusia Manusia Kuat, Revi Virginia, Ai tia Nurhasanah, Sri Rahmanisya, Fadilah Nuriah, Rahma Thahura, Natasya Marfedia S, terimakasih atas kebersamaan, kerja sama, dukungan, serta semangat yang telah di berikan selama masa perkuliahan hingga proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Berbagai pengalaman, diskusi, dan bantuan yang telah diberikan menjadi motivasi dan kenangan yang sangat berharga bagi penulis. Semoga sukses selalu.
12. Kepada teman - teman mahasiswa/i seperjuangan Program Studi D-III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut khususnya kelas A yang telah memberikan masukan dan motivasi saat perkuliahan.
13. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata penyusun berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini manfaat bagi penyusun dan umumnya bagi para pembaca, semoga amal kebaikan yang telah diberikan dari berbagai pihak mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT, Aamiinn.

Garut, Juli 2026

Penyusun

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vii
<u>BAB I</u> PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaahan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Konsep Dasar	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lansia	10
3. Proses Menua	11
4. Perubahan – Perubahan Pada Lansia.....	13
B. Konsep Dasar Penyakit Osteoarthritis	14
1. Definisi.....	14
2. Etiologi Osteoarthritis	15
3. Klasifikasi Osteoarthritis.....	16
4. Patofisiologi Osteoarthritis	17
5. Manifestasi Klinis	21
6. Pemeriksaan Penunjang	21
7. Penatalaksanaan	23
C. Konsep Dasar Keperawatan Osteoarthritis	24
1. Pengkajian	24
3. Diagnosis Keperawatan.....	39
4. Intervensi Keperawatan.....	40
5. Implementasi Keperawatan.....	45
6. Evaluasi Keperawatan.....	48

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	51
A. Tinjauan Kasus	51
1. Pengkajian	51
B. Analisa Data	65
C. Diagnosis Keperawatan.....	67
D. Intervensi Keperawatan.....	69
E. Implementasi dan Evaluasi	77
E. Catatan Perkembangan.....	81
F. Pembahasan	84
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	90
A. Kesimpulan	90
B. Rekomendasi.....	91
DAFTAR PUSTAKA	93

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penyakit	5
Tabel 2.1 1 Katz Indeks Pengkajian Fungsional Klien	29
Tabel 2.1 2 Barthel Indeks	30
Tabel 2.1 3 <i>Short Portable Mental Status Quentioker (SPMSQ)</i>	32
Tabel 2.1 4 Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental Dengan Menggunakan <i>Mini Mental Status Exam (MMSE)</i>	32
Tabel 2.1 5 <i>Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse</i>	35
Tabel 2.1 6 Intervensi Keperawatan.....	40
Tabel 3.1 1 Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL).....	56
Tabel 3.1 2 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks	57
Tabel 3.1 3 Barthel Indeks Pemeriksaan	58
Tabel 3.1 4 <i>Short Portable Mental Statutus Questioner (SPMSQ)</i>	60
Tabel 3.1 5 MMSE (<i>Mini Mental Status Exam</i>).....	61
Tabel 3.1 6 <i>Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse</i>	64
Tabel 3.1 7 Analisa Data	65
Tabel 3.1 8 Intervensi Keperawatan.....	69
Tabel 3.1 9 Implementasi dan Evaluasi.....	77
Tabel 3.1 10 Catatan Perkembangan 1	81

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP OSTEOARTHRITIS 1	96
Lampiran 2 Dokumentasi 1	107
Lampiran 3 Lembar Bimbingan 1	108
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup 1	110

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fenomena penuaan penduduk merupakan tantangan global yang signifikan karena berdampak pada peningkatan angka beban penyakit kronis dan degeneratif di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) dalam laporan tahun 2023 menekankan bahwa transisi demografi menuju populasi lansia menuntut perubahan fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan agar mampu memberikan dukungan yang komprehensif bagi kualitas hidup lansia. Sejalan dengan hal tersebut, para ahli gerontologi menegaskan bahwa proses penuaan yang dialami individu membawa dampak multidimensi, mulai dari perubahan struktur biologis hingga penurunan kapasitas fungsional yang memerlukan perhatian khusus dari tenaga profesional kesehatan (Miller, 2023).

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit degeneratif sendi yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi secara progresif, sehingga memicu gesekan antar tulang yang menimbulkan nyeri, kekakuan, serta keterbatasan gerak. Secara global, penyakit ini menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius karena dampaknya terhadap kualitas hidup lansia, termasuk munculnya disabilitas dan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Pendekatan asuhan keperawatan gerontik yang komprehensif sangat diperlukan untuk mengelola masalah fisik dan psikososial pada lansia dengan osteoarthritis. Perawat memiliki peran dalam memberikan intervensi melalui observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi, serta mengajarkan latihan rentang gerak (*Range of Motion /ROM*) untuk menjaga fleksibilitas sendi. Upaya edukasi dan pelatihan ini terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan

serta keterampilan lansia dalam melakukan perawatan mandiri, sehingga dapat memperlambat progresivitas penyakit.

Osteoarthritis (OA) telah diidentifikasi sebagai salah satu penyakit degeneratif yang paling umum dijumpai pada populasi lansia dan menjadi penyebab utama ketidakmampuan fisik secara global. Menurut definisi dari WHO (2024), osteoarthritis adalah kondisi kronis yang ditandai dengan degradasi tulang rawan sendi, yang memicu rasa nyeri hebat, kekakuan, serta penurunan fungsi pergerakan yang signifikan bagi penderitanya. Senada dengan itu, pakar reumatologi menyatakan bahwa osteoarthritis bukan sekadar penyakit aus akibat usia, melainkan proses aktif yang melibatkan inflamasi sistemik pada struktur sendi yang membutuhkan pendekatan asuhan keperawatan holistik (Brown et al., 2023).

Di Indonesia, peningkatan jumlah lansia menempatkan isu kesehatan degeneratif sebagai prioritas utama dalam agenda pembangunan kesehatan nasional yang tertuang dalam kebijakan Kemenkes RI terbaru tahun 2024. Ahli kesehatan masyarakat di Indonesia menekankan bahwa tanpa intervensi keperawatan gerontik yang terstruktur, beban ekonomi akibat perawatan jangka panjang bagi lansia dengan osteoarthritis akan menjadi kendala berat bagi sistem kesehatan di masa depan (Pratama, 2023). Tantangan ini diperberat dengan masih rendahnya pemahaman lansia mengenai pentingnya manajemen nyeri dan latihan fisik mandiri di rumah. Strategi preventif dan promotif harus segera diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan primer agar kemandirian lansia tetap terjaga meskipun mereka harus hidup dengan kondisi kronis tersebut (Suryani, 2025).

Kemandirian lansia merupakan indikator keberhasilan asuhan keperawatan gerontik yang sering diukur menggunakan instrumen baku, salah satunya adalah Katz Indeks yang mencakup kemampuan dasar seperti mandi, berpakaian, dan mobilitas. Penggunaan Katz Indeks dalam praktik memungkinkan perawat untuk melakukan penilaian akurat mengenai tingkat ketergantungan lansia, sehingga intervensi yang diberikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan spesifik penderita osteoarthritis (Anderson, 2024). Dengan

mengukur skor pada Katz Indeks, tenaga keperawatan dapat menentukan jenis bantuan yang tepat tanpa menghilangkan otonomi lansia dalam beraktivitas. Pendekatan ini menunjukkan bahwa perawatan gerontik harus berfokus pada mempertahankan fungsi, bukan sekadar menghilangkan gejala nyeri yang dirasakan oleh klien (Wilson, 2025).

Wilayah Jawa Barat saat ini melaporkan angka prevalensi penyakit degeneratif yang cukup tinggi, di mana Kabupaten Garut menjadi salah satu daerah dengan konsentrasi populasi lansia yang signifikan dalam data kesehatan regional tahun 2024. Tingginya angka kejadian osteoarthritis di Kabupaten Garut sering dikaitkan dengan faktor pekerjaan fisik yang berat di masa lalu serta kurangnya akses terhadap edukasi manajemen nyeri yang tepat di tingkat komunitas (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2024). Ahli keperawatan komunitas di wilayah ini mencatat bahwa masih banyak lansia yang cenderung melakukan pengobatan mandiri secara tidak tepat karena kurangnya pemahaman tentang mekanisme penyakit osteoarthritis. Situasi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebutuhan perawatan spesifik bagi lansia dan ketersediaan sumber daya edukatif yang mudah dijangkau oleh masyarakat (Santoso, 2023). Oleh karena itu, perawat komunitas dituntut untuk lebih proaktif dalam menjangkau lansia di tingkat rumah tangga guna memberikan asuhan yang berkelanjutan.

UPT Puskesmas Samarang, Kabupaten Garut, sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan, telah mencatat peningkatan signifikan kunjungan lansia dengan keluhan nyeri sendi sepanjang tahun 2025. Data internal Puskesmas Samarang menunjukkan bahwa osteoarthritis merupakan salah satu dari tiga besar diagnosis penyakit tidak menular yang ditemukan pada kunjungan posyandu lansia di berbagai wilayah kerja. Meskipun upaya preventif telah dilakukan melalui edukasi kesehatan, namun angka kemandirian lansia penderita osteoarthritis masih menunjukkan variasi yang cukup tinggi berdasarkan hasil skrining Indeks Katz (UPT Puskesmas Samarang, 2025). Masalah utama yang sering muncul adalah kurangnya pendampingan keluarga yang adekuat untuk membantu lansia melakukan

aktivitas sehari-hari secara mandiri dan aman. Kesenjangan dalam layanan asuhan keperawatan gerontik di tingkat komunitas ini harus segera diisi oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis sekaligus empati tinggi terhadap lansia (Ramadhan, 2024).

Kelurahan Cintarasa, khususnya di Kampung Pogor RT/RW 004/006, merupakan salah satu wilayah yang memiliki kepadatan penduduk lansia dengan prevalensi penyakit kronis yang cukup menonjol berdasarkan laporan profil kesehatan kelurahan tahun 2025. Hasil observasi awal di Kampung Pogor menunjukkan bahwa banyak lansia yang menderita osteoarthritis mengalami yang ditandai dengan kesulitan untuk melakukan mobilitas dasar tanpa bantuan orang lain. Kondisi lingkungan fisik di kampung ini, seperti akses jalan yang menanjak, turut menyulitkan lansia dengan gangguan sendi untuk beraktivitas, sehingga risiko jatuh menjadi ancaman nyata yang harus diwaspadai (Hidayat, 2024). Berdasarkan penuturan beberapa kader kesehatan setempat, perhatian keluarga terhadap manajemen nyeri dan latihan sendi bagi lansia masih perlu ditingkatkan agar mereka tidak mengalami kemunduran fungsi yang lebih dalam.

Pentingnya menerapkan asuhan keperawatan gerontik yang tepat pada kasus Ny. A di Kampung Pogor berakar dari keinginan untuk meningkatkan kualitas hidupnya di masa tua melalui pendekatan holistik dan humanistik. Perawat bertanggung jawab tidak hanya dalam meredakan nyeri, tetapi juga dalam mendidik keluarga mengenai cara memberikan dukungan yang memberdayakan, bukan membuat lansia semakin bergantung. Fokus asuhan akan dititikberatkan pada edukasi latihan fisik yang aman, penyesuaian lingkungan rumah, serta manajemen nutrisi untuk mendukung kesehatan sendi (Gunawan, 2024).

Berlandaskan pada latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk mendalami asuhan keperawatan gerontik secara lebih komprehensif, sehingga disusunlah Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. A Dengan Osteoarthritis Pada Katz Indeks A Di Kampung Pogor Rt/Rw 004/006 Desa Cintarasa Kecamatan Samarang Di Wilayah Kerja Upt

Puskesmas Samarang Kabupaten Garut". Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata bagi pengembangan praktik keperawatan gerontik di tingkat puskesmas dan memberikan manfaat langsung bagi klien serta keluarganya. Fokus utama studi ini adalah menganalisis bagaimana penerapan asuhan keperawatan dapat mempengaruhi kemandirian fungsional Ny. A dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya secara mandiri di rumah (Putri, 2026). Hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi praktisi keperawatan dalam memberikan asuhan yang berpusat pada klien lanjut usia dengan gangguan muskuloskeletal di komunitas. Diharapkan pula bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi langkah awal untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia secara berkelanjutan di wilayah kerja Puskesmas Samarang (Irawan, 2026).

Tabel 1. 1 Data Penyakit

Data 10 Penyakit terbesar di Puskesmas Samarang Kabupaten Garut

No	Nama Penyakit	Jumlah	Persen
1	Ispa	4.166	24%
2	Dispepsia	3.461	20%
3	Osteoarthritis (OA)	2.583	15%
4	Dermatitis	1.599	9%
5	Hipertensi	1.222	7%
6	Pulpitis	1.087	6%
7	Influenza	939	5%
8	Tifoid	892	5%
9	Diare	856	5%
10	Common cold	769	4%
TOTAL		17.574	100%

Sumber Laporan : Data Internal UPT Puskesmas Samarang Kab.

Garut, 2025

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman yang nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada Katz Indeks A secara langsung dan komprehensif melalui aspek bio-psiko-sosial dan spiritual pada klien dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Dengan pendekatan Proses Keperawatan pada Ny. A di Kampung Pogor

RT/RW 004/006 Desa Cintarasa Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Kabupaten Garut

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien di antaranya :

- a. Mampu melakukan pengkajian Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang muncul Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan yang sesuai berdasarkan prioritas masalah keperawatan Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki pada klien dengan osteoarthritis sesuai dengan perencanaan keperawatan Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses asuhan keperawatan pada Ny. A sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, sosial dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan masalah klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan, metode pengambilan data yang menggunakan indera penglihatan untuk mengamati keadaan fisik dari lingkungan tempat tinggal lansia dan melakukan pengkajian khusus pada lansia berupa Katz A Indeks, Barthel Indeks, SPMSQ, MMSE dan pengkajian keseimbangan.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini dilakukan ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien, laporan dari tenaga kesehatan, catatan dokumentasi asuhan keperawatan dan catatan yang berhubungan dengan klien, serta mencari referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan hipertensi serta masalah sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dengan cara membaca, dan referensi dari internet dan jurnal mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan kasus Osteoarthritis.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematika penulisan berikut :

BAB I Pendahuluan meliputi latar belakang masalah, tujuan masalah tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan

BAB II Kajian Teoritis meliputi: konsep dasar gerontik, konsep dasar penyakit Osteoarthritis, dan konsep asuhan keperawatan pada lansia dengan Osteoarthritis. Yaitu dengan menguraikan tentang tinjauan yang berisi tentang terori-teori yang relevan dengan judul meliputi pengertian Osteoarthritis, penyebab Osteoarthritis, patofisiologi Osteoarthritis, tanda dan gejala Osteoarthritis, penatalaksanaan Osteoarthritis, data penunjang Osteoarthritis, teori asuhan keperawatan pada pasien Osteoarthritis.

BAB III Tinjauan kasus meliputi: tinjauan kasus, pembahasan dan kesenjangan antara teori dan dilapangan, tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi : berisi Kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak institusi rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah tahapan perkembangan manusia yang ditandai dengan penurunan kapasitas fisiologis secara bertahap akibat akumulasi kerusakan seluler dan molekuler sepanjang masa hidup individu. Secara biologis, fase ini mencerminkan akhir dari siklus kehidupan di mana tubuh mengalami kehilangan kemampuan untuk melakukan regenerasi optimal pada jaringan dan sistem organ vital, yang secara klinis meningkatkan kerentanan terhadap berbagai penyakit degeneratif (Pratama & Sari, 2026). Perubahan yang terjadi pada fase ini bersifat progresif dan tidak dapat dihindari, namun kecepatan penurunannya sangat bervariasi antar individu, dipengaruhi secara signifikan oleh akumulasi gaya hidup dan faktor lingkungan yang dihadapi sepanjang masa produktif (Wijaya & Rahayu, 2024).

WHO (2025) lanjut usia didefinisikan sebagai kelompok populasi yang memerlukan perhatian kesehatan khusus karena keterbatasan fungsional dan risiko kerentanan terhadap penyakit kronis yang mengancam kualitas hidup sehari-hari. Fokus utama dari perspektif ini adalah bahwa lansia merupakan individu yang dituntut melakukan penyesuaian psikososial yang mendalam untuk mempertahankan integritas diri dan otonomi di tengah penurunan massa otot, kepadatan tulang, maupun kekuatan fisik yang mulai muncul (Pratama & Sari, 2026). Pendekatan ini menekankan bahwa meskipun terdapat keterbatasan fisik, populasi lansia tetap harus dipandang sebagai aset berharga yang harus dijaga kesehatannya agar tetap mampu berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat (*World Health Organization, 2025*).

Dengan demikian, lanjut usia bukan sekadar penanda angka kronologis, melainkan sebuah kondisi kesehatan holistik yang merupakan hasil dari akumulasi pengalaman hidup, riwayat penyakit, serta ketahanan biologis seseorang (Hidayat 2024). Definisi ini mengakomodasi fakta bahwa proses penuaan adalah fase dinamis, di mana intervensi keperawatan harus diarahkan pada prinsip *healthy aging* untuk memastikan lansia tetap memiliki kemandirian dan martabat dalam menjalani sisa usia mereka. Dengan memandang lansia dari perspektif holistik, tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan yang lebih empatik dan berfokus pada peningkatan otonomi individu alih-alih hanya terpaku pada manajemen penyakit kuratif (Wijaya & Rahayu, 2024).

2. Batasan Lansia

Batasan usia lanjut dikategorikan secara beragam oleh berbagai lembaga kesehatan guna menentukan fokus intervensi dan kebijakan yang tepat. Berikut adalah penjelasan mengenai batasan lansia menurut beberapa otoritas kesehatan :

a. *World Health Organization (WHO)*

WHO membagi masa lansia ke dalam empat tahapan utama untuk memudahkan kategorisasi klinis. *Middle age* atau usia pertengahan berada pada rentang 45 hingga 59 tahun. Tahap *elderly* atau lanjut usia mencakup rentang 60 hingga 74 tahun. Tahap *old* atau lanjut usia tua berada pada rentang 75 hingga 90 tahun. Terakhir, *very old* atau lansia sangat tua adalah kelompok individu dengan usia di atas 90 tahun.

b. Departemen Kesehatan RI (UU No. 13 Tahun 1998)

Berdasarkan undang-undang yang menjadi landasan kesejahteraan lanjut usia di Indonesia, seseorang dikategorikan sebagai lansia apabila telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Batasan ini digunakan secara formal untuk menentukan hak-hak sosial serta akses terhadap perlindungan khusus bagi warga negara yang telah memasuki usia non-produktif.

c. Kementerian Kesehatan RI (Profil Kesehatan)

Kemenkes RI memberikan batasan yang lebih spesifik untuk keperluan program pemantauan kesehatan komunitas. Kelompok pralansia mencakup individu berusia 45 hingga 59 tahun yang sedang mempersiapkan diri menghadapi masa menua. Kelompok lansia didefinisikan sebagai individu berusia 60 hingga 69 tahun yang secara fisiologis mulai mengalami banyak perubahan degeneratif. Kelompok lansia risiko tinggi adalah mereka yang berusia di atas 70 tahun atau individu yang memiliki masalah kesehatan kronis yang memerlukan pengawasan medis berkelanjutan.

3. Proses Menua

Proses menua merupakan fenomena biologis alami yang melibatkan penurunan progresif pada fungsi seluler, jaringan, dan organ akibat akumulasi stres oksidatif sepanjang masa kehidupan. Secara teoritis, teori radikal bebas menyatakan bahwa penuaan terjadi karena akumulasi kerusakan molekuler akibat paparan oksidan yang tidak lagi mampu dinetralkan oleh sistem pertahanan alami tubuh (Suryani, 2026). Proses ini tidak berjalan secara linear pada semua organ, namun secara kolektif menyebabkan penurunan efisiensi sistem organ yang menopang homeostatis tubuh. Hal ini menjelaskan mengapa lansia lebih rentan terhadap penyakit kronis dibandingkan individu pada kelompok usia yang lebih muda. Pengetahuan mengenai mekanisme biologis ini sangat krusial bagi perawat untuk memahami mengapa manajemen penyakit pada lansia memerlukan pendekatan yang lebih hati-hati (Farida, 2025).

Selain faktor biologis, proses menua juga dipengaruhi oleh faktor genetik yang mengatur kecepatan pemendekan telomer pada setiap pembelahan sel dalam tubuh manusia. Seiring bertambahnya usia, telomer yang semakin pendek menyebabkan sel kehilangan kemampuan untuk bereplikasi dengan sempurna, yang pada akhirnya memicu kondisi penuaan seluler (senescence). Penelitian menunjukkan bahwa gaya hidup sehat dan asupan nutrisi yang tepat dapat sedikit memperlambat proses ini,

meskipun tidak dapat menghentikannya secara total (Rahayu, 2024). Perawat harus memahami bahwa proses ini melibatkan kompleksitas interaksi antara gen dan lingkungan yang unik bagi setiap individu lansia. Informasi ini menjadi dasar bagi edukasi kesehatan yang diberikan kepada keluarga lansia mengenai pentingnya menjaga gaya hidup dari usia muda (Maulana, 2025).

Proses menua juga melibatkan perubahan sistem imun yang secara bertahap melemah, kondisi ini dikenal sebagai *immunosenescence* yang meningkatkan kerentanan terhadap infeksi. Sistem pertahanan tubuh tidak lagi responsif dalam mengenali patogen asing, sehingga penyakit yang sederhana pada lansia dapat berkembang menjadi komplikasi yang serius. Hal ini menjelaskan mengapa vaksinasi dan pemantauan kesehatan berkala menjadi sangat vital bagi lansia untuk menjaga stabilitas kesehatan tubuh mereka (Wulandari, 2026). Tenaga kesehatan harus mengedukasi keluarga mengenai pentingnya deteksi dini terhadap tanda-tanda infeksi yang sering kali muncul secara tidak lazim pada lansia. Kewaspadaan perawat terhadap penurunan imunitas ini akan sangat membantu dalam merancang strategi pencegahan penyakit menular di tingkat komunitas (Budi, 2025).

Proses menua mencakup aspek neurobiologis di mana terjadi penurunan plastisitas sinaptik di otak yang mempengaruhi fungsi kognitif dan waktu reaksi. Meskipun penurunan kognitif adalah hal yang lumrah, kecepatan dan tingkat keparahannya sangat bergantung pada stimulus mental yang diterima oleh lansia setiap harinya. Stimulasi kognitif melalui aktivitas sosial, permainan asah otak, atau meditasi terbukti mampu mempertahankan kejernihan berpikir lansia jauh lebih lama dibandingkan mereka yang pasif. Hal ini menjadi alasan kuat mengapa asuhan keperawatan gerontik harus menyertakan aktivitas pemberdayaan mental bagi lansia agar tetap aktif secara intelektual (Hasanah, 2026). Perawat memiliki peran dalam memfasilitasi aktivitas-aktivitas tersebut sebagai upaya preventif terhadap penurunan fungsi otak yang drastis (Yusuf, 2024).

4. Perubahan – Perubahan Pada Lansia

Perubahan fisik pada lansia meliputi penurunan sistem muskuloskeletal seperti massa otot yang berkurang, kepadatan tulang menurun (osteoporosis), serta kekakuan sendi yang membatasi pergerakan. Sistem kardiovaskular juga mengalami perubahan berupa kekakuan pembuluh darah (arteriosklerosis) yang memicu hipertensi, serta penurunan kapasitas pompa jantung yang membuat lansia cepat merasa lelah. Selain itu, sistem pernapasan mengalami penurunan elastisitas paru, penurunan kapasitas vital, dan melemahnya otot-otot pernapasan yang sering kali menyebabkan lansia mengalami sesak napas saat beraktivitas berat. Perubahan sensorik juga terjadi secara nyata, yakni penurunan tajam penglihatan akibat katarak atau presbiopia, serta penurunan pendengaran akibat presbikusis yang sering kali menjadi hambatan komunikasi (Lestari, 2025). Semua perubahan fisik ini saling berkaitan dan mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari di rumah.

Perubahan psikososial dan kognitif pada lansia meliputi penurunan daya ingat jangka pendek, perubahan pola tidur yang menjadi lebih ringan, serta peningkatan risiko depresi akibat rasa kehilangan. Secara sosial, lansia sering mengalami *post-power syndrome* setelah pensiun, perasaan tidak lagi berguna, serta isolasi sosial karena berkurangnya interaksi dengan rekan sebaya. Selain itu, terdapat perubahan pada sistem pencernaan yaitu penurunan sekresi saliva dan enzim pencernaan yang memicu gangguan nutrisi serta masalah konstipasi yang kronis. Sistem integumen juga mengalami penipisan dermis dan hilangnya elastisitas kulit yang menyebabkan kulit menjadi lebih kering, rapuh, dan mudah mengalami luka tekan (decubitus) (Pratama, 2026). Semua perubahan ini harus dipahami secara mendalam oleh perawat agar dapat menyusun asuhan keperawatan yang bersifat suportif dan rehabilitatif bagi lansia.

B. Konsep Dasar Penyakit Osteoarthritis

1. Definisi

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif sendi yang ditandai dengan kerusakan progresif pada kartilago artikular yang melapisi ujung-ujung tulang, di mana terjadi ketidakseimbangan antara proses perbaikan jaringan tulang rawan dan degradasi akibat stres mekanis atau inflamasi lokal (Suryanto, 2025). Secara patologis, kondisi ini melibatkan perubahan struktural pada seluruh komponen sendi, termasuk tulang subkondral dan membran sinovial, yang menyebabkan gesekan langsung antar tulang sehingga memicu nyeri hebat, pembengkakan, serta penurunan fungsi gerak yang signifikan (Handayani, 2026). Perubahan yang bersifat kronis ini tidak hanya terjadi pada area lokal sendi, tetapi juga dapat memicu pelepasan sitokin pro-inflamasi yang mempercepat kerusakan kartilago secara sistemik di seluruh struktur pendukung sendi (Handayani, 2026).

Osteoarthritis dipahami sebagai kondisi kesehatan yang berdampak luas pada dimensi psikososial dan kualitas hidup lansia, terutama karena nyeri kronis yang sering kali menyebabkan gangguan tidur dan ketakutan akan pergerakan atau kinesiophobia. Ketakutan ini menciptakan lingkaran setan di mana kurangnya aktivitas fisik berujung pada atrofi otot di sekitar sendi, yang kemudian menyebabkan ketidakstabilan sendi dan peningkatan intensitas nyeri secara berkelanjutan. Oleh karena itu, pendekatan asuhan keperawatan gerontik harus menekankan pentingnya edukasi manajemen nyeri dan latihan fisik yang terukur untuk memutus siklus penurunan fungsi fisik tersebut (Ramadhani, 2025).

Osteoarthritis adalah penyakit degeneratif kronis yang bersifat holistik, mencakup degradasi struktural sendi sekaligus penurunan kapasitas psikologis dan fungsional individu lansia (Suryanto, 2025). Definisi ini menegaskan bahwa intervensi keperawatan tidak cukup hanya berfokus pada perbaikan fisik, melainkan harus mencakup dukungan emosional dan edukasi untuk mempertahankan kemandirian serta kualitas hidup lansia. Dengan memandang osteoarthritis sebagai kondisi yang

melibatkan aspek fisik dan psikologis, perawat dapat menyusun rencana asuhan yang lebih tepat guna dalam mendukung pemulihan fungsional pasien (Ramadhani, 2025).

2. Etiologi Osteoarthritis

Etiologi *osteoarthritis* bersifat multifaktorial, di mana faktor utama yang paling dominan adalah penuaan biologis yang menyebabkan penurunan elastisitas dan kemampuan regenerasi tulang rawan sendi. Faktor obesitas menjadi pemicu mekanis yang sangat signifikan karena kelebihan beban berat badan memberikan tekanan konstan pada sendi lutut dan pinggul, sehingga mempercepat kerusakan tulang rawan. Faktor genetik juga berperan penting dalam menentukan predisposisi seseorang untuk menderita penyakit ini, di mana riwayat keluarga dengan gangguan sendi meningkatkan risiko secara signifikan. Selain itu, faktor aktivitas fisik yang berlebihan atau cedera sendi di masa lalu yang tidak tertangani dengan baik dapat memicu terjadinya osteoarthritis sekunder di usia lanjut. Kombinasi berbagai faktor risiko inilah yang menjelaskan mengapa osteoarthritis menjadi penyakit yang sangat umum ditemukan pada populasi lansia (Santoso, 2025).

Faktor hormonal juga berkontribusi pada etiologi osteoarthritis, terutama pada wanita yang memasuki masa pascamenopause akibat penurunan kadar hormon estrogen. Estrogen diketahui memiliki efek protektif terhadap jaringan sendi, sehingga saat kadarnya menurun, risiko kerusakan kartilago menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Faktor lingkungan dan pekerjaan yang melibatkan aktivitas repetitif atau posisi jongkok/berlutut dalam waktu lama juga menjadi penyebab utama kerusakan sendi yang progresif di kalangan masyarakat pedesaan. Ketidaktahuan akan ergonomi saat bekerja membuat banyak lansia tidak menyadari kerusakan sendi yang terjadi secara perlahan-lahan. Edukasi mengenai pencegahan cedera dan postur tubuh yang benar harus diberikan sebagai langkah preventif bagi kelompok risiko tinggi (Hidayah, 2024).

Etiologi osteoarthritis juga berkaitan erat dengan kondisi inflamasi sistemik yang disebabkan oleh penyakit metabolik, seperti diabetes melitus atau dislipidemia. Kadar gula darah yang tinggi secara kronis dapat menyebabkan akumulasi produk akhir glikasi lanjut (*Advanced Glycation End-products*) di dalam jaringan sendi yang membuat kartilago menjadi kaku dan rapuh. Kondisi ini menjelaskan mengapa banyak penderita osteoarthritis juga memiliki komorbiditas penyakit tidak menular lainnya yang saling memperburuk kondisi kesehatan secara umum. Perawat harus melihat kondisi pasien secara holistik untuk mengelola semua faktor risiko yang dapat mempercepat progresi penyakit osteoarthritis. Manajemen penyakit komorbid sangat membantu dalam memberikan terapi yang efektif pada kasus osteoarthritis (Sari, 2026).

Faktor kelemahan otot pendukung sendi (seperti otot kuadrisep pada lutut) juga dianggap sebagai etiologi penting karena otot yang lemah tidak dapat menyerap syok dengan baik saat beraktivitas. Akibatnya, seluruh beban benturan langsung diterima oleh celah sendi, yang memicu degradasi tulang rawan secara lebih cepat dibandingkan pada individu dengan kekuatan otot yang optimal. Kurangnya latihan penguatan otot sejak usia dewasa muda menjadi salah satu penyebab yang sering terabaikan dalam pencegahan penyakit sendi. Oleh karena itu, program latihan fisik yang berfokus pada penguatan otot sekitar sendi menjadi etiologi pencegah yang sangat efektif untuk diterapkan pada populasi lansia. Pemahaman mengenai hal ini akan membantu perawat dalam merancang program latihan yang tepat bagi klien (Putra, 2025).

3. Klasifikasi Osteoarthritis

Secara klinis dan patologis, osteoarthritis diklasifikasikan ke dalam dua kategori besar berdasarkan penyebab utamanya (Sari, 2026):

a. Osteoarthritis Primer (Idiopatik)

Merupakan bentuk osteoarthritis yang paling sering dijumpai pada populasi lanjut usia dan berkaitan langsung dengan proses penuaan alami tubuh. Kondisi ini terjadi tanpa adanya riwayat trauma sendi

yang signifikan atau penyakit sistemik yang mendasari, sehingga dianggap sebagai bagian dari degenerasi sendi akibat penggunaan fungsional seumur hidup. Biasanya, osteoarthritis primer menyerang beberapa sendi secara simetris, seperti pada sendi jari tangan, lutut, atau tulang belakang, dan progresinya cenderung berjalan lambat selama bertahun-tahun.

b. Osteoarthritis Sekunder

Berbeda dengan bentuk primer, klasifikasi ini disebabkan oleh faktor predisposisi spesifik yang mempercepat kerusakan kartilago sendi. Penyebab umum dari tipe sekunder meliputi riwayat trauma atau cedera fisik pada sendi, kelainan bentuk anatomi bawaan (seperti *genu valgum* atau *genu varum*), serta penyakit metabolik sistemik seperti diabetes melitus atau gangguan endokrin yang mempengaruhi integritas jaringan tulang rawan. Karena faktor penyebabnya yang spesifik, osteoarthritis sekunder sering kali bermanifestasi pada sendi tunggal (*monoartikular*) dan dapat menyerang individu pada usia yang lebih muda dibandingkan dengan tipe primer.

4. Patofisiologi Osteoarthritis

Patofisiologi osteoarthritis dimulai dari kerusakan awal pada matriks tulang rawan sendi akibat tekanan mekanis berulang atau adanya mediator kimia yang merusak kolagen tipe II. Sel kondrosit mencoba melakukan perbaikan dengan meningkatkan produksi matriks, namun karena kemampuan regenerasi lansia yang rendah, proses kerusakan justru berjalan lebih cepat. Hal ini memicu pelepasan enzim proteolitik (seperti *matrix metalloproteinases*) ke dalam rongga sendi yang menghancurkan struktur tulang rawan secara luas. Sebagai dampaknya, tulang rawan yang seharusnya halus menjadi kasar dan mengalami erosi, sehingga tulang subkondral di bawahnya terpapar langsung terhadap gesekan. Kondisi inilah yang memicu timbulnya nyeri kronis pada setiap pergerakan sendi yang dilakukan oleh penderita (Fadilah, 2025).

Seiring dengan rusaknya tulang rawan, terjadi proses sklerosis pada tulang subkondral yang menjadi lebih padat dan keras sebagai respons terhadap tekanan yang meningkat. Namun, kekerasan tulang ini justru mengurangi kemampuan tulang dalam menyerap guncangan, sehingga rasa nyeri akibat aktivitas akan terasa semakin tajam dan menyiksa bagi lansia. Pada tahap lanjut, terjadi pembentukan osteofit di pinggir sendi yang merupakan upaya tubuh untuk memperluas permukaan sendi guna mengurangi tekanan per unit area. Sayangnya, osteofit ini sering kali menyebabkan keterbatasan gerak fisik yang permanen dan menimbulkan ketidaknyamanan saat sendi bergesekan dengan jaringan lunak di sekitarnya. Perawat harus memahami tahapan kerusakan ini untuk dapat menjelaskan kepada keluarga mengapa lansia sulit untuk bergerak (Utami, 2024).

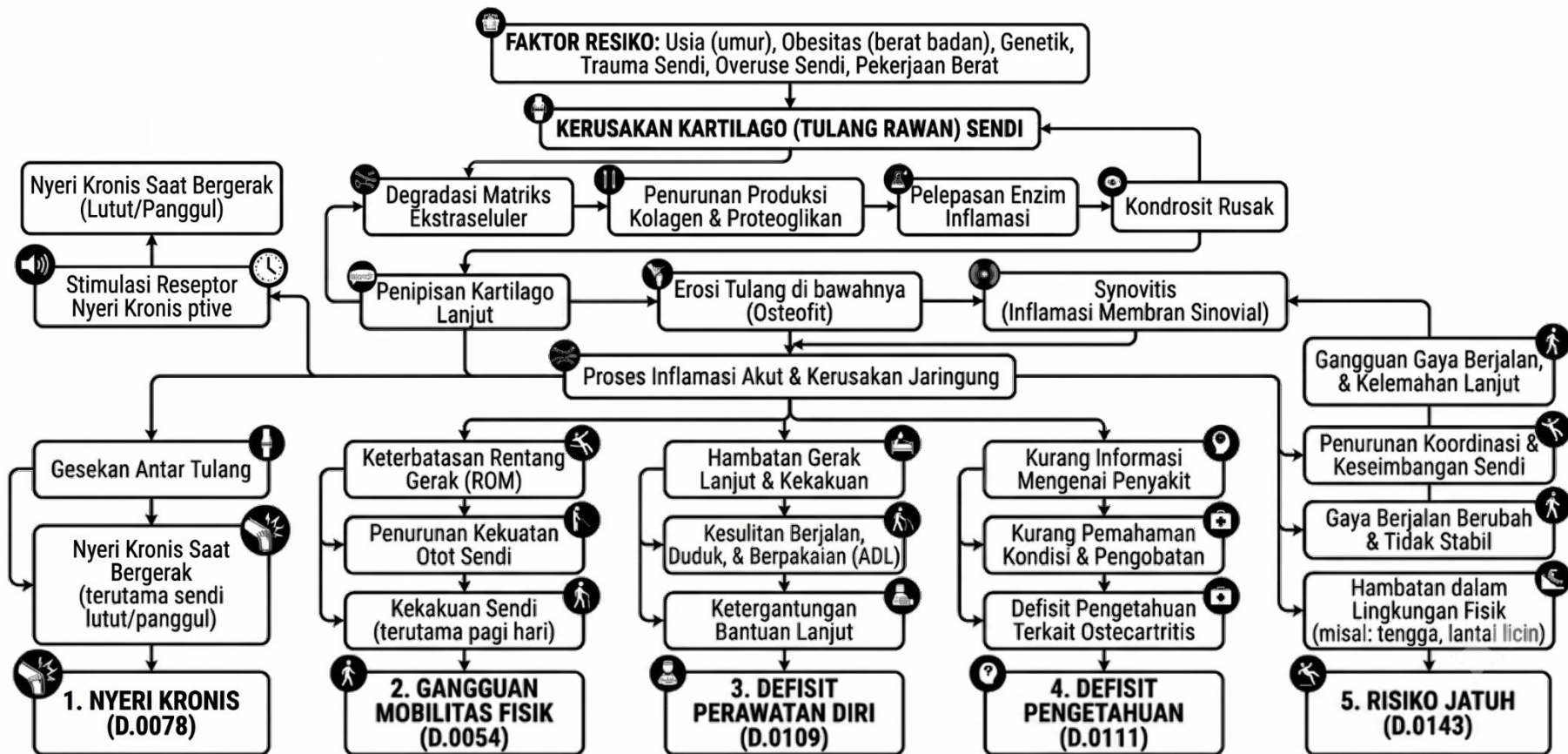
Selain kerusakan struktur tulang, patofisiologi osteoarthritis juga melibatkan peradangan sinovium ringan yang menyebabkan produksi cairan sinovial menjadi tidak normal atau lebih encer. Cairan sinovial yang seharusnya berfungsi sebagai pelumas sendi menjadi kehilangan kemampuannya, sehingga gesekan antar tulang menjadi semakin kasar dan menyakitkan setiap harinya. Peradangan ini juga memicu pelepasan mediator nyeri seperti prostaglandin yang membuat ambang batas nyeri penderita menjadi jauh lebih rendah dibandingkan biasanya. Akibatnya, sensasi nyeri dapat muncul bahkan saat penderita hanya melakukan aktivitas yang sangat ringan sekalipun. Pengetahuan mengenai proses inflamasi ini menjadi dasar bagi perawat dalam memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi peradangan (Nugroho, 2026).

Perubahan patofisiologis juga berdampak pada jaringan lunak sekitar sendi, seperti ligamen yang menjadi kendur atau memendek akibat perubahan struktur tulang sendi secara keseluruhan. Ligamen yang tidak stabil menyebabkan sendi menjadi tidak lagi mampu menopang berat badan dengan efisien, sehingga meningkatkan risiko terjatuh bagi penderita lansia setiap harinya. Ketidakstabilan sendi ini menciptakan

mekanisme protektif tubuh yang menyebabkan otot-otot di sekitar sendi mengalami spasme (kekakuan) sebagai bentuk perlindungan agar sendi tidak terus bergeser. Spasme otot yang berkepanjangan inilah yang kemudian menyebabkan nyeri otot sekunder yang menambah beban penderitaan penderita osteoarthritis. Perawat perlu melatih pasien dengan teknik relaksasi untuk meredakan spasme otot yang menyertai penyakit ini (Irawan, 2026).

Tahap akhir dari patofisiologi osteoarthritis adalah hilangnya tulang rawan secara total yang menyebabkan terjadinya kontak langsung antara tulang dengan tulang (*bone-on-bone contact*). Pada kondisi ini, nyeri yang dirasakan sangat hebat dan sering kali menyebabkan penderita mengalami kecacatan atau deformitas sendi yang terlihat secara jelas. Selain nyeri, muncul gejala bunyi gemeretak (*krepitasi*) pada sendi saat digerakkan akibat gesekan tulang yang tidak lagi terlapsi oleh kartilago pelindung. Keadaan ini membutuhkan intervensi medis yang lebih serius, bahkan tindakan operatif mungkin diperlukan untuk mengembalikan fungsi sendi agar penderita dapat kembali beraktivitas. Asuhan keperawatan pada tahap ini harus sangat hati-hati untuk mencegah terjadinya cedera yang lebih lanjut bagi pasien (Hidayat, 2026).

5. Pathway Osteoarthritis



Sumber : WHO (2024); Brown et al. (2023); Miller (2023), SDKI

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis umumnya mengalami perkembangan yang terjadi secara bertahap dan jarang muncul secara mendadak. Gejala umum yang sering dialami oleh pasien meliputi nyeri pada sendi saat beraktivitas, setelah melakukan aktivitas berat, atau di akhir hari. Selain itu, kekakuan sendi sering dirasakan, terutama di pagi hari atau setelah periode istirahat. Pasien juga mungkin mengalami rentang gerak yang terbatas, yang dapat membaik setelah bergerak, serta mendengar suara klik atau letusan ketika sendi dibengkokkan. Gejala lain yang dapat muncul adalah pembengkakan di sekitar sendi, kelemahan otot di area tersebut, dan ketidakstabilan sendi, yang dapat menyebabkan lutut atau sendi lainnya terasa tidak mampu menopang berat badan (Arthritis Foundation, 2024).

Osteoarthritis dapat mempengaruhi berbagai bagian tubuh dengan cara yang berbeda. Pada pinggul, pasien sering merasakan nyeri di daerah selangkangan atau bokong, yang kadang juga dapat menjalar ke bagian dalam lutut atau paha. Di lutut, sensasi "menggerus" atau "menggores" sering terjadi saat menggerakkan sendi. Pada jari, pertumbuhan tulang di tepi sendi dapat menyebabkan pembengkakan, nyeri, dan kemerahan, terutama di pangkal ibu jari. Sementara itu, di kaki, nyeri dan kelembutan dapat dirasakan di jari kaki besar, disertai kemungkinan pembengkakan pada pergelangan kaki atau jari kaki lainnya (Arthritis Foundation, 2024).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *osteoarthritis* utamanya bertujuan untuk mengonfirmasi diagnosis, menilai derajat kerusakan struktural, serta menyingkirkan kemungkinan diagnosis banding lainnya seperti artritis reumatoid atau artritis septik. Pendekatan diagnostik saat ini tetap mengutamakan modalitas pencitraan radiografis konvensional sebagai standar baku emas untuk menilai perubahan morfologi tulang dan ruang sendi. Diagnosis OA umumnya bersifat klinis-radiologis artinya,

perubahan radiografis yang tampak tidak selalu berkorelasi linier dengan tingkat keparahan gejala nyeri yang dirasakan pasien.

Selain radiografi, pemanfaatan modalitas yang lebih canggih seperti *Ultrasonografi (USG)* dan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* semakin luas digunakan untuk mengevaluasi jaringan lunak intra-artikular yang tidak terlihat pada foto polos. Penggunaan biomarker laboratorium saat ini lebih difokuskan untuk menyingkirkan diagnosis lain karena tidak adanya tes darah spesifik yang dapat mendiagnosis OA secara definitif (Mobasheri et al., 2022).

Berikut adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan:

a. Radiografi Konvensional (X-Ray)

Pemeriksaan lini pertama. Temuan khas meliputi penyempitan celah sendi (asimetris), sklerosis subkondral (peningkatan densitas tulang di bawah kartilago), pembentukan osteofit, dan kista subkondral.

b. Ultrasonografi (USG) Muskuloskeletal

Berguna untuk mendeteksi efusi sendi, sinovitis, dan osteofit marginal yang mungkin tidak tampak pada foto polos. USG juga efektif untuk memandu prosedur injeksi intra-artikular.

c. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemeriksaan paling sensitif untuk menilai struktur jaringan lunak, termasuk cedera meniskus, kerusakan ligamen, edema sumsum tulang, dan menipisnya kartilago secara dini sebelum perubahan tulang terlihat pada X-ray.

d. Analisis Cairan Sinovial (Artrocentesis)

Dilakukan jika terdapat efusi sendi yang signifikan untuk menyingkirkan infeksi (arthritis septik) atau gout. Cairan sinovial pada OA biasanya bersifat non-inflamasi (viskositas tinggi, jumlah sel darah putih rendah).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *osteoarthritis* bersifat komprehensif dan multidisiplin, dengan tujuan utama mengurangi nyeri, memperbaiki fungsi sendi, serta memperlambat progresivitas penyakit. Strategi terapi harus disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien, mempertimbangkan lokasi sendi yang terkena dan tingkat keparahan penyakit. Pendekatan manajemen saat ini menekankan pada kombinasi terapi non-farmakologis sebagai landasan utama, didukung oleh intervensi farmakologis untuk manajemen gejala (Bannuru et al., 2023).

Intervensi bedah dipertimbangkan sebagai langkah terakhir apabila terapi konservatif gagal memberikan perbaikan klinis yang adekuat atau jika terjadi kerusakan struktural yang berat yang sangat mengganggu aktivitas fungsional sehari-hari. Edukasi pasien mengenai modifikasi gaya hidup dan pemahaman terhadap kondisi kronis ini memegang peranan kunci dalam mencapai luaran terapi yang optimal.

Berikut adalah rincian penatalaksanaan osteoarthritis:

a. Terapi Non-Farmakologis

Terdiri dari edukasi pasien, penurunan berat badan bagi pasien obesitas untuk mengurangi beban sendi, program latihan fisik (penguatan otot kuadrisep, latihan aerobik *low-impact*), serta penggunaan alat bantu (seperti *cane* atau *knee brace*).

b. Farmakoterapi

- 1) *Topikal*: Krim capsaicin atau NSAID topikal sebagai lini pertama untuk OA sendi perifer (lutut/tangan).
- 2) *Oral*: Parasetamol (dosis terbatas) atau NSAID oral (seperti ibuprofen, naproxen, atau celecoxib) untuk nyeri sedang hingga berat.

c. Injeksi Intra-Artikular

Pemberian kortikosteroid dapat membantu saat terjadi eksaserbasi akut atau sinovitis berat. Injeksi asam hialuronat (viskosuplementasi)

dapat dipertimbangkan pada pasien yang tidak merespons terapi lain untuk memperbaiki pelumasan sendi.

d. Pembedahan

Prosedur Total Joint Replacement (seperti TKR atau THR) merupakan standar untuk stadium lanjut. Prosedur lain seperti osteotomi atau artroskopi dapat dipertimbangkan pada kasus-kasus spesifik.

C. Konsep Dasar Keperawatan Osteoarthritis

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pada kasus osteoarthritis, pengkajian difokuskan pada penilaian derajat nyeri, keterbatasan mobilitas, serta tingkat kemandirian fungsional lansia.

a. Identitas Klien

1) Identitas klien meliputi

Nama, jenis kelamin, umur, tempat tanggal lahir, agama, suku/bangsa, pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, status perkawinan, tanggal pengkajian, dan diagnosa medik.

2) Identitas penanggung jawab

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien osteoarthritis biasanya berupa nyeri sendi kronis (terutama pada lutut atau pinggul), kekakuan sendi di pagi hari (*morning stiffness*), keterbatasan gerak, bunyi gemeretak pada sendi (*krepitasi*), serta kesulitan saat melakukan aktivitas fisik atau berjalan.

c. Riwayat Kesehatan

1) Status kesehatan saat ini

Menanyakan kronologi keluhan nyeri sendi, apakah nyeri dirasakan terus-menerus atau hilang timbul, serta apakah ada pembengkakan pada sendi.

2) Analisis keluhan dengan PQRST

- a) Paliatif/Provocatif: Faktor yang memicu nyeri seperti aktivitas menaiki tangga, berdiri lama, atau cuaca dingin.
- b) Quantitas/Quality: Deskripsi nyeri (tumpul, pegal, atau tajam seperti tertusuk).
- c) Region/Radiasi: Lokasi spesifik sendi yang nyeri dan apakah menjalar ke area sekitar.
- d) Severity/Skala: Intensitas nyeri (menggunakan skala 0-10).
- e) Time: Kapan nyeri muncul, durasi kekakuan pagi hari (berapa menit).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji riwayat cedera sendi/trauma masa lalu, riwayat pekerjaan fisik berat, obesitas, riwayat penyakit metabolik (diabetes, asam urat), serta penggunaan obat pereda nyeri jangka panjang.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga inti yang memiliki riwayat penyakit degeneratif sendi atau kelainan muskuloskeletal lainnya.

5) Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

- a) Tanda-tanda vital: Fokus pada suhu (karena OA biasanya tidak demam) dan tekanan darah.

b) Sistem Pernapasan

Pemeriksaan ini difokuskan pada penilaian efektivitas pertukaran gas dan jalan napas klien.

Inspeksi: Mengamati frekuensi, irama, dan kedalaman pernapasan, serta melihat adanya penggunaan otot bantu napas atau bentuk dada (misalnya *barrel chest*).

Palpasi: Melakukan *tactile fremitus* untuk merasakan getaran suara pada dinding dada saat klien mengucapkan kata tertentu.

Perkusi: Menentukan resonansi paru untuk mendeteksi adanya konsolidasi, cairan, atau udara berlebih dalam rongga dada.

Auskultasi: Mendengarkan bunyi napas (vesikular, bronkial, atau adanya suara tambahan seperti *wheezing* dan *ronchi*) di seluruh lapang paru.

c) Sistem Kardiovaskuler

Tujuannya adalah menilai fungsi jantung dan sirkulasi sistemik secara keseluruhan.

Inspeksi & Palpasi: Melihat adanya iktus kordis dan meraba denyut nadi perifer (karotis, brakialis, radialis, dorsalis pedis) untuk menilai kekuatan dan keteraturan.

Auskultasi: Mendengarkan bunyi jantung S1 dan S2, serta mendeteksi adanya bunyi tambahan seperti *murmur* atau *gallop*.

Pengukuran: Memeriksa tekanan darah dan *Capillary Refill Time* (CRT) untuk menilai perfusi jaringan perifer.

d) Sistem Integumen

Fokus pada penilaian perlindungan tubuh dan status hidrasi kulit.

Inspeksi: Memeriksa warna kulit (adanya sianosis, ikterik, atau pucat), kebersihan, serta integritas kulit (adanya luka, lesi, atau dekubitus).

Palpasi: Menilai suhu kulit, kelembapan, dan turgor kulit untuk menentukan derajat dehidrasi klien.

e) Sistem Perkemihan

Pemeriksaan ini penting untuk menilai fungsi ekskresi dan keseimbangan cairan tubuh.

Inspeksi: Mengamati area suprapubik untuk melihat adanya distensi kandung kemih dan memeriksa karakteristik urine (warna, kejernihan).

Palpasi: Melakukan palpasi pada area ginjal (angulus kostovertebra) untuk mendeteksi nyeri tekan yang mungkin menandakan infeksi atau batu.

f) Muskuloskeletal

Penilaian difokuskan pada mobilitas, kekuatan otot, dan integritas struktur tulang.

Inspeksi: Melihat bentuk tulang belakang (kifosis, lordosis, skoliosis), kesimetrisan ekstremitas, dan adanya atrofi otot.

Palpasi: Merasakan tonus otot, suhu area sendi, dan adanya nyeri tekan pada titik-titik tulang.

Uji Kekuatan: Melakukan tes rentang gerak (*Range of Motion*) dan skala kekuatan otot (0-5) untuk menilai kemampuan mobilitas.

g) Sistem Endokrin

Penilaian dilakukan untuk melihat tanda-tanda ketidakseimbangan hormon.

Inspeksi: Mengamati perubahan distribusi lemak tubuh, tekstur kulit, serta tanda spesifik seperti pembesaran kelenjar tiroid (struma) di leher.

Palpasi: Meraba kelenjar tiroid untuk mendeteksi adanya nodul atau pembesaran yang tidak wajar.

h) Sistem Pencernaan

Pemeriksaan dilakukan untuk mengevaluasi fungsi saluran cerna dan metabolisme.

Inspeksi: Melihat bentuk perut (datar, buncit, atau distensi) dan adanya bekas luka operasi.

Auskultasi: Mendengarkan bising usus di empat kuadran abdomen untuk menilai aktivitas peristaltik.

Perkusi: Menentukan suara timpani atau redup pada abdomen yang menunjukkan adanya gas atau cairan.

Palpasi: Meraba adanya massa, organomegali (pembesaran hati/limpa), atau nyeri tekan di kuadran tertentu.

i) Sistem Neurologi

Penilaian status kesadaran dan fungsi sistem saraf pusat serta perifer.

Kesadaran: Menilai tingkat kesadaran menggunakan GCS (*Glasgow Coma Scale*).

Fungsi Saraf: Memeriksa reaksi pupil terhadap cahaya, fungsi saraf kranial, koordinasi motorik, dan refleks fisiologis maupun patologis (seperti refleks Babinski).

6) ADL (*Activity of Daily Living*) - Fokus Indeks Katz

Penilaian kemandirian menggunakan Indeks Katz untuk mengukur kemampuan dasar: mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia (buang air), dan makan. Kaji sejauh mana osteoarthritis menghambat fungsi-fungsi dasar tersebut.

7) Pengkajian Psikososial

a) Aspek Sosial: Hubungan lansia dengan keluarga dan lingkungan, apakah lansia merasa terisolasi akibat tidak mampu lagi bersosialisasi karena hambatan fisik.

b) Masalah Emosional: Gunakan instrumen geriatri untuk mengkaji gejala depresi atau kecemasan akibat nyeri kronis yang tak kunjung sembuh.

8) Pengkajian Spiritual

Mengkaji keyakinan klien terhadap kondisi kesehatannya, harapan akan kesembuhan, dan aktivitas keagamaan yang masih dapat dilakukan di tengah keterbatasan fisik.

9) Pemeriksaan Penunjang

a) Foto Rontgen (X-Ray): Melihat penyempitan celah sendi, adanya osteofit (taji tulang), dan sklerosis subkondral.

- b) Laboratorium: Tes darah untuk menyingkirkan kemungkinan *Rheumatoid Arthritis* (seperti cek *Rheumatoid Factor* atau LED/CRP).
- c) MRI/USG Sendi: Dilakukan jika dicurigai adanya kerusakan ligamen atau meniskus yang lebih dalam.

10) Pengkajian Fungsional

1. Katz Indeks

Pengukuran tingkat kemandirian fungsional lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*) dilakukan dengan menggunakan instrumen Katz Index. Penilaian ini berfokus pada kemampuan lansia untuk melakukan 6 fungsi aktivitas dasar tanpa bantuan (mandiri) atau dengan bantuan (tergantung).

Tabel 2.1 1 Katz Indeks Pengkajian Fungsional Klien

Kategori	Interpretasi
Katz Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, minum, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
Katz Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu fungsi tersebut diatas.
Katz Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
Katz Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain tersebut diatas.
Katz Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas.
Katz Indeks F	Ketergantungan pada semua (enam) fungsi yang tersebut di atas
Lain-Lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Keterangan :

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

2. Modifikasi dari Barthel Indeks

Pemeriksaan barthel indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian lanjut usia yang sering digunakan, dengan ukur mandiri fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Tabel 2.1 2 Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5 atau 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencucui pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	Frekuensi :
6	Mandi	5	15	Frekuensi :
7	Berjalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
9	Mengenakan pakaian	5	10	Frekuensi :

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
				Jumlah : Jenis :
10	Kontrol bowel (BAK)	5	5	Frekuensi :
11	Kontrol bladder (BAB)	5	10	Frekuensi :
12	Olahraga/Latihan			
13	Rekreasi/Pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi :

Keterangan :

Skor 130 : Lansia mandiri

Skor 65- 125 : Lansia ketergantungan Sebagian

Skor <60 : Lansia ketergantungan total

11) Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status. Status Questioner (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE), ada dua pengkajian status mental identifikasi kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Mental Status Quentionker (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE) Intruksi: ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Menguji 10 pertanyaan berkaitan dengan orientasi, riwayat pribadi, ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang dan perhitungan. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPMSQ.

a) Short Portable Mental Status Quentioker (SPMSQ)

Pengkajian Status Mental**Tabel 2.1 3 Short Portable Mental Status Quentioker (SPMSQ)**

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana Alamat ini ?
		5	Berapa umur anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		9	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan

Score total :

Interpretasi hasil :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : Fungsi intelektual Utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : Fungsi intelektual Ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 : Fungsi intelektual Sedang

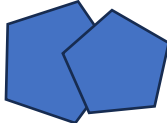
Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : Fungsi intelektual Berat

b) Pengkajian Aspek gognitif dan Fungsi Mental

Tabel 2.1 4 Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental Dengan Menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun berapa sekarang ? 2026 2) Musim apa sekarang ? Kemarau 3) Tanggal berapa sekarang ? 8 4) Hari apa sekarang ? Jumat 5) Bulan apa sekarang ? Mei
2	Orientasi	5		Menyebutkan Dimana sekarang kita berada : 1) Negara apa ? Indonesia 2) Provinsi apa ? Jawa barat 3) Kota apa ? Garut

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
				4) Desa/kampung apa ? Desa cintarasa 5) Alamat Dimana ? Kp. Pogor
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 objek (ditunjukkan oleh pemeriksa) dalam 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek yang disebutkan, lalu tanya Kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. 1) Objek buku 2) Objek pulpen 3) Objek jam tangan
4	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban yang benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
5	Mengingat	3		Minta Klien mengulangi ketiga objek yang telah di sebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar nilai 1 point untuk setiap objek yang disebutkan
6	Bahasa	9		Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), beri point 1 untuk masing-masing jawaban yang benar (skor = 2) ➤ Jam tangan ➤ Pensil Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya : “namun”, “tetapi”, “bila” Atau kata yang lebih sulit lagi : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi” Hanya 1 kali percobaan. Jika benar

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
				beri 1 point jika diulang sempurna dan jika 0 tidak benar secara keseluruhan. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta klien untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 point untuk masing-masing perintah yang di lakukan dengan benar ➤ Ambil kertas di tangan anda ➤ Lipat dua ➤ Taruh di Lantai Membaca (Reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat : “Pejamkan mata anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) Menulis (Writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri nilai 1 point Menyalin (Copy) 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 point : 

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
	Nilai Total			

Interpretasi MMSE :

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/Normal

Nilai 18-23 : Gangguan kognitif Sedang

Nilai 0-17 : Gangguan kognitif Berat

3. Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse

Tabel 2.1 5 Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse

No	Pengkajian	Skala	Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak Ya	0 25	
2	Diagnosa Sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit	Tidak Ya	0 15	
3	Alat bantu jalan : - Bed rest/ dibantu perawat - Kruk/tongkat/walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		0 15 30	
4	Terapi intravena : apakah saat ini lansia sedang di infus?	Tidak Ya	0 20	
5	Gaya berjalan/berpindah - Normal/bedrest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/tidak normal (Pincang/diseret)		0 10 20	
6	Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		0 15	
	Total Nilai			

Interpretasi :

Tingkatan Resiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak beresiko	0-24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25-50	Perawatan dasar
Risiko Tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh Risiko tinggi

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Mengeluh nyeri - Merasa depresi (Tertekan) Do : - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas Gejala dan Tanda Minor Ds : - Merasa takut mengalami cedera berulang Do : - Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) - Waspada - Pola tidur berubah - Anoreksia - Fokus menyempit - Berfokus pada diri sendiri	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan Kerusakan jaringan ↓ Gesekan Antar Tulang ↓ Nyeri Kronis saat bergerak (terutama sendi lutut/panggul) ↓ Nyeri Kronis (D.0078)	Nyeri Kronis (D.0077)
2	Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Do : - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM)	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

No	Data	Etiologi	Masalah
	menurun Gejala dan Tanda Minor Ds : - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak Do : - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas Fisik lemah	Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan Kerusakan jaringan ↓ Keterbatasan rentang Gerak (ROM) ↓ Penurunan kekuatan otot sendi ↓ Kekakuann sendi (terutama pagi) ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
3	Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Menolak melakukan perawatan diri Do : - Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do :	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Hambatan Gerak Lanjut dan Kekakuan ↓ Kesulitan Berjalan Duduk dan Berpakaian (ADL) ↓ Ketergantungan Bantuan ↓ Defisit Perawatan Diri (D. 0109)	Defisit Perawatan Diri (D. 0109)
4	Gejala dan Tanda Mayor Ds :	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma	Defisit

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Menanyakan masalah yang di hadapi Do : - Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatos, bermusuhan, agitasi, histeria)	sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Kurang informasi mengenai penyakit ↓ Kurang Pemahaman Kondisi dan Pengobatan ↓ Defisit Pengetahuan terkait <i>osteoarthritis</i> ↓ Defisit Pengetahuan (D. 0111)	Pengetahuan (D. 0111)
5	Gejala dan Tanda Mayor/Minor Ds : - Do : -	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan Kerusakan jaringan ↓ Penurunan koordinasi dan keseimbangan sendi ↓ Gaya berjalan berubah dan tidak stabil	Risiko Jatuh (D. 0143)

No	Data	Etilogi	Masalah
		↓ Risiko Jatuh (D. 0143)	

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan *Osteoarthritis* :

- 1) Nyeri Kronis (D.0077) berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan keluhan nyeri saat bergerak dan kekakuan sendi.
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan nyeri sendi dibuktikan dengan keterbatasan rentang gerak (ROM).
- 3) Defisit Perawatan Diri (D.0109) berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik dibuktikan dengan kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) seperti mandi dan berpakaian.
- 4) Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit dibuktikan dengan kurangnya pemahaman tentang kondisi dan perubahan gaya hidup yang harus dilakukan.
- 5) Risiko Jatuh (D.0143) dibuktikan dengan gangguan keseimbangan dan penurunan kekuatan otot.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan rencana keperawatan. Tim Pokja SDKI PPNI (2017)

Tabel 2.1 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri Kronis (D.0078) Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Mengeluh nyeri - Merasa depresi (Tertekan Do : - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas Gejala dan Tanda Minor Ds : - Merasa takut mengalami cedera berulang Do : - Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) - Waspada - Pola tidur berubah - Anoreksia - Fokus menyempit - Berfokus pada diri sendiri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 5 kunjungan, diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun. 2) Meringis menurun. 3) Sikap protektif menurun. 4) Gelisah menurun. 5) Kesulitan tidur menurun. 6) Perasaan depresi (tertekan) menurun. 7) Frekuensi nadi membaik.	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Do : - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor Ds : - Nyeri saat bergerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 5 kunjungan, diharapkan mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	- Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak Do : - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah		2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Defisit Perawatan Diri (D.0109) Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Menolak melakukan perawatan diri Do : - Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 5 kunjungan, diharapkan perawatan diri meningkat. Kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4	Defisit Pengetahuan (D.0111) Gejala dan Tanda Mayor Ds : - Menanyakan masalah yang di hadapi Do : - Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatos, bermusuhan, agitasi, histeria)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 5 kunjungan, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5	Risiko Jatuh (D.0143) Gejala dan Tanda Mayor/Minor Ds : - Do : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 5 kunjungan, tingkat jatuh menurun. Kriteria Hasil: 1) Jatuh saat berdiri	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Observasi: 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		menurun. 2) Jatuh saat duduk menurun. 3) Jatuh saat dipindahkan menurun.	gangguan penglihatan, neuropati 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 3) 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 : 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3) Pasang handrail tempat tidur 4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station. 6) Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi : 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			4) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan fase krusial dalam rangkaian proses asuhan di mana perawat melaksanakan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya untuk membantu klien mencapai status kesehatan yang optimal. Tahap ini menuntut perawat untuk melakukan serangkaian intervensi yang bersifat mandiri maupun kolaboratif guna mengatasi masalah kesehatan yang telah diidentifikasi pada tahap diagnosis. Pelaksanaan tindakan harus dilakukan secara cermat dengan mempertimbangkan kondisi klinis serta respons unik dari setiap individu yang dirawat di lingkungan fasilitas kesehatan. Selain itu, implementasi bukan sekadar menjalankan prosedur teknis, melainkan sebuah proses berpikir kritis yang mengintegrasikan bukti ilmiah ke dalam setiap langkah nyata di lapangan. Dokumentasi yang akurat selama tahap ini menjadi sangat penting karena mencerminkan seluruh aktivitas yang dilakukan perawat dalam upaya memfasilitasi proses penyembuhan klien secara menyeluruh. Dengan demikian, implementasi menjadi manifestasi nyata dari perencanaan strategis yang telah disusun untuk meminimalisir dampak penyakit dan meningkatkan kualitas hidup klien (Suryani, 2026).

Kegiatan dalam implementasi keperawatan mencakup tindakan observasi yang dilakukan untuk terus memantau perubahan status kesehatan klien selama periode perawatan berlangsung. Selain observasi, tahap ini juga melibatkan pemberian edukasi kesehatan yang bertujuan memberikan pemahaman mendalam kepada klien serta keluarga mengenai kondisi patologis yang sedang dialami. Tindakan terapeutik kemudian

diberikan secara langsung untuk mengurangi keluhan spesifik, seperti manajemen nyeri atau bantuan mobilisasi bagi pasien dengan keterbatasan fisik. Perawat juga berperan aktif dalam tindakan kolaboratif dengan tenaga kesehatan lain guna memastikan efektivitas penatalaksanaan medis yang diberikan kepada pasien secara komprehensif. Setiap tindakan yang dilakukan harus berorientasi pada keselamatan pasien serta kepatuhan terhadap standar operasional prosedur yang berlaku di institusi tempat perawat bekerja. Melalui serangkaian aktivitas yang terukur dan terencana ini, perawat secara konsisten berusaha mencapai luaran klinis yang diharapkan demi kesejahteraan optimal klien (Pradana, 2024).

Aspek penting dalam pelaksanaan implementasi adalah kemampuan perawat dalam mengadaptasi intervensi sesuai dengan dinamika kondisi kesehatan klien yang mungkin berubah secara tiba-tiba atau bertahap. Perawat perlu memiliki kepekaan klinis yang tinggi agar setiap tindakan yang dilakukan tetap relevan dan aman bagi klien tanpa menimbulkan risiko komplikasi yang baru. Komunikasi terapeutik yang dijalin sepanjang proses implementasi juga menjadi elemen kunci untuk membangun rasa percaya antara perawat dan klien sehingga kerja sama dalam perawatan dapat terjalin dengan baik. Keterampilan motorik yang terlatih serta pemahaman teoretis yang kuat menjadi fondasi bagi perawat dalam mengeksekusi setiap tindakan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan sebelumnya. Implementasi yang berhasil tidak hanya didasarkan pada penyelesaian tugas rutin, melainkan pada sejauh mana tindakan tersebut mampu merespons kebutuhan spesifik klien secara akurat. Dengan mengedepankan pendekatan yang berpusat pada klien, implementasi menjadi jembatan utama yang menghubungkan antara perencanaan teoretis dan pencapaian tujuan kesehatan nyata di lapangan (Ramadhani et al., 2024).

Dalam konteks perawatan lansia dengan kondisi kronis seperti osteoarthritis, implementasi keperawatan memerlukan pendekatan yang sangat personal dan berkelanjutan untuk mengelola nyeri serta

keterbatasan mobilitas yang dialami. Perawat harus mampu membimbing lansia untuk melakukan latihan fisik yang terstruktur secara perlahan guna mempertahankan fungsi sendi tanpa memicu cedera yang lebih parah pada area yang terdampak. Selain itu, manajemen nyeri non-farmakologis seperti penggunaan kompres hangat menjadi intervensi yang sangat disarankan untuk mengurangi ketegangan otot serta meningkatkan kenyamanan fisik penderita setiap hari. Pemberian dukungan emosional melalui percakapan yang mendukung juga sering kali menjadi bagian tak terpisahkan dari implementasi untuk mengurangi beban psikologis akibat keterbatasan aktivitas yang terjadi. Perawat memastikan bahwa setiap intervensi yang dijalankan selalu didasarkan pada prinsip efikasi diri agar lansia memiliki rasa percaya diri dalam mengelola kondisi kesehatan mereka secara mandiri. Kesenambungan tindakan yang dilakukan setiap hari selama masa perawatan merupakan kunci utama dalam mencapai perbaikan fungsional yang berarti bagi lansia di rumah maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pentingnya standarisasi dalam implementasi keperawatan tidak dapat diabaikan karena hal ini menjamin bahwa setiap tindakan yang diberikan telah melalui proses validasi ilmiah yang kuat untuk mencapai hasil maksimal. Perawat diharapkan untuk selalu mengikuti perkembangan pedoman klinis terbaru agar praktik yang dilakukan tetap relevan dengan temuan riset kesehatan yang terus berkembang secara global. Melalui integrasi antara keahlian profesional dan panduan standar keperawatan, implementasi menjadi instrumen utama dalam menjaga kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat luas. Dokumentasi yang lengkap dan akurat mengenai setiap tindakan yang telah dilaksanakan juga berfungsi sebagai alat komunikasi antar sesama tenaga kesehatan untuk kesinambungan perawatan pasien. Oleh karena itu, setiap perawat memiliki tanggung jawab besar untuk melaksanakan tahap implementasi ini dengan penuh dedikasi, ketepatan waktu, dan ketelitian yang tinggi. Keberhasilan dalam tahap ini secara langsung berdampak

pada kecepatan pemulihan klien dan efisiensi sumber daya kesehatan yang digunakan selama masa perawatan berlangsung (Nugroho et al., 2026).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan yang dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan dalam rencana keperawatan telah berhasil dicapai oleh klien. Tahap ini melibatkan pengumpulan data kembali untuk membandingkan kondisi terkini klien dengan target yang telah direncanakan sebelumnya dalam dokumen rencana asuhan keperawatan secara komprehensif. Evaluasi dapat dilakukan secara formatif, yang artinya dilakukan terus-menerus selama proses perawatan berlangsung, maupun sumatif yang dilakukan pada akhir rangkaian asuhan untuk memberikan penilaian menyeluruh. Proses ini memberikan kesempatan bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan yang telah diberikan sudah efektif, atau jika diperlukan modifikasi rencana untuk memperbaiki hasil luaran di masa mendatang. Dengan melakukan evaluasi yang sistematis, perawat dapat memastikan bahwa pelayanan yang diberikan tidak hanya sekadar formalitas, tetapi benar-benar memberikan dampak positif bagi pemulihan kesehatan klien. Tanpa adanya evaluasi yang tajam dan jujur, efektivitas dari seluruh rangkaian proses keperawatan yang telah dijalankan akan sulit diukur secara obyektif bagi kepentingan perkembangan kesehatan pasien (Suryani, 2026).

Metode evaluasi sering kali menggunakan pendekatan SOAP, di mana perawat secara sistematis mencatat data subjektif, data objektif, analisis masalah, serta rencana tindak lanjut yang diperlukan bagi klien. Catatan subjektif berisi keluhan yang disampaikan langsung oleh klien mengenai perasaan atau kondisi fisik yang mereka rasakan setelah menerima serangkaian tindakan keperawatan tertentu. Data objektif mencakup hasil observasi klinis yang ditemukan oleh perawat, seperti pengukuran tekanan darah, perubahan skala nyeri, atau perbaikan rentang

gerak sendi yang terlihat jelas. Analisis masalah merupakan interpretasi perawat mengenai keterkaitan antara hasil evaluasi dengan diagnosa yang sebelumnya telah ditegakkan untuk melihat progresivitas kesembuhan klien secara medis. Akhirnya, perencanaan tindak lanjut disusun untuk memutuskan apakah intervensi perlu dihentikan, dilanjutkan dengan modifikasi, atau bahkan harus diubah karena tidak memberikan hasil yang diinginkan sebelumnya. Struktur evaluasi yang rapi ini menjamin bahwa setiap keputusan klinis diambil berdasarkan data yang akurat dan bukan asumsi pribadi perawat semata (Pradan, 2024).

Dalam praktik keperawatan gerontik, evaluasi juga harus melibatkan penilaian mengenai sejauh mana lansia mampu menginternalisasi edukasi kesehatan yang diberikan agar dapat diterapkan secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari mereka. Evaluasi tidak hanya berfokus pada hilangnya gejala fisik saja, tetapi juga pada peningkatan kemandirian fungsional yang memungkinkan lansia untuk tetap memiliki kualitas hidup yang baik. Jika tujuan belum tercapai sepenuhnya, perawat harus mampu melakukan refleksi kritis terhadap faktor-faktor penyebab kegagalan intervensi, seperti ketidakpatuhan pasien atau kondisi medis yang memang bersifat degeneratif kronis. Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk memberikan umpan balik yang konstruktif kepada klien serta keluarga mengenai langkah-langkah apa saja yang perlu ditingkatkan di masa depan. Melalui evaluasi yang berkelanjutan dan partisipatif, lansia akan merasa lebih dihargai sebagai mitra dalam proses penyembuhan diri mereka sendiri, sehingga motivasi untuk terus sehat menjadi jauh lebih kuat. Keberhasilan dalam evaluasi keperawatan ini akan menjadi bukti nyata profesionalisme perawat dalam memberikan kontribusi bagi peningkatan kesejahteraan jangka panjang bagi populasi lanjut usia.

Evaluasi yang berkualitas sangat bergantung pada akurasi dokumentasi dan kemampuan perawat untuk secara jujur melaporkan setiap perubahan yang terjadi pada diri klien secara apa adanya.

Dokumentasi evaluasi yang baik juga berfungsi sebagai bukti hukum bahwa perawat telah melakukan tanggung jawab profesionalnya dengan penuh dedikasi sesuai dengan standar kesehatan nasional yang ditetapkan. Hasil dari evaluasi ini nantinya akan menjadi dasar bagi riset keperawatan selanjutnya untuk mengembangkan intervensi yang lebih efektif dalam menangani kasus-kasus serupa di masa yang akan datang. Perawat yang mampu melakukan evaluasi dengan cermat menunjukkan tingkat kompetensi yang tinggi dalam memahami esensi dari pelayanan kesehatan yang berorientasi pada hasil yang nyata. Dengan demikian, proses evaluasi secara keseluruhan menjadi penentu akhir bagi keberhasilan seluruh siklus asuhan keperawatan yang diberikan kepada setiap individu klien yang ditangani. Mengakhiri asuhan dengan evaluasi yang berkualitas berarti memastikan bahwa setiap klien telah mendapatkan pelayanan yang terbaik untuk mendukung pemulihan kesehatan mereka secara optimal (Nugroho et al., 2025).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. A
Umur	: 72 Tahun
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 16 Mei 1954
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Pogor Rt 004/Rw 006
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Sunda
Pendidikan	: SD
Status Perkawinan	: Menikah
Diagnosa Medis	: Osteoarthritis
Tanggal Pengkajian	: 8 Mei 2026
Penanggung Jawab	: Ny. S
Hubungan dengan klien	: Adik

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sendi lutut terasa kaku

2) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Klien mengatakan kurang lebih 6 bulan sampai sekarang mengeluh kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-

henti. Selain itu klien mengeluh nyeri di pinggangnya. Nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat. Nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung. Skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes, asam urat, kolestrol dan penyakit menular.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama dan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti asma, TBC, hepatitis, dll.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis dengan GCS = 15 (E4M6V5)

Penampilan : Klien berpakaian baik

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,5 C

Respirasi : 20X/menit

TB : 155 cm

BB : 66 kg

3) Pemeriksaan Persistem

a) Sistem Pernafasan

1) Hidung : Lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung.

2) Paru-paru : Bunyi paru sonor (normal), bunyi nafas vesikuler (normal), irama teratur.

b) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada peningkatan JVP, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak terdengar suara nafas tambahan, nadi 80x/menit, bentuk dada simetris anantara kiri dan kanan, irama jantung regular, bunyi jantung "lup dup" (S1,S2), CRT (*Capillary refil time*) +2 detik kembali.

c) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut putih, rambut terlihat bersih, warna kulit sawo matang. integritas kulit keriput, tidak ada oedema, saat dicubit kulit tampak kembali dengan waktu 2 detik, tidak ada lesi, bentuk kuku tampak bersih dan tidak terdapat lesi disekitar kuku.

d) Sistem Perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, dan tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine klien kuning jernih, menurut klien frekuensi berkemihnya 4-6x/hari.

e) Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas atas : letak tangan simetris antara kanan dan kiri. tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas atas klien. kekuatan otot baik.

Ekstremitas bawah : letak simetris antara kanan dan kiri, klien mengeluh kaku pada sendi lutut kirinya, sehingga kekuatan otot klien menurun 4 karena nyeri menghambat pergerakan, tidak terdapat edema.

f) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran getah bening.

g) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan cukup bersih, warna bibir kehitaman, gigi tampak tidak lengkap (ompong), gigi

tampak kekuningan dan mulai tidak utuh, fungsi menelan baik, bunyi perut tympani, tidak terdapat nyeri tekan.

h) Sistem Sensor dan Persepsi

1) Mata

Mata simetris antara kiri dan kanan, sklera putih, konjungtiva pucat, pupil mengecil pada saat di beri rangsangan cahaya, ketika di tes membaca papan nama dengan jarak 1 m penglihatan klien kurang jelas.

2) Telinga

Letak telinga kiri dan kanan simetris, tidak ada oedema/lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan perawat dengan tepat.

i) Sistem Neurologi

1) Nervus I (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

2) Nervus II (Opticus)

Fungsi penglihatan klien tidak jelas, terbukti ketika di tes membaca papan nama dengan jarak 1m penglihatan klien kurang jelas.

3) Nervus III (Oculomotoris)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor.

4) Nervus IV (Tromchlearis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

5) Nervus V (Abdusen)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.

6) Nervus VI (Trigeminus)

Sensorik kulit wajah klien baik dapat merasakan gesekan, gesekan kapar ke pipi kanan kiri.

7) Nervus VII (Facialis)

Klien mampu tersenyum, meringis, membuka, dan memejamkan mata, dan dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

8) Nervus VIII (Vestibulococlear)

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

9) Nervus XIX (Glosopharingeus, vagus)

Tidak terdapat pembesaran di mulut dan reflek menelan klien baik.

10) Nervus XI (Accesorius)

Klien dapat berbicara baik, mudah di dengar dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa di gerakan ke segala arah, dan dapat menggerakkan kedua bahunya dengan cara menggerakkan kepalanya.

11) Nervus XII (Hipoloses)

Klien dapat berbicara baik, fungsi lidah baik, dapat digerakan ke segala arah.

d. Pengkajian Spiritual

Klien beragama islam klien selalu mengikuti pengajian, taat menjalankan shalat 5 waktu dan klien selalu berdoa agar keadaannya baik (sehat). klien juga yakin bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya.

e. Lingkungan Tempat Tinggal

Kondisi gan tempat tinggal klien cukup bersih, lantai klien licin, jarak kamar klien ke toilet cukup dekat sekitar 4 meter kurang lebih. Penerangan kamar klien redup, ventilasi udara cukup.

f. Pola aktivitas Sehari-hari (ADL)

Tabel 3.1 1Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

No	Jenis Kegiatan	Di Rumah
1	Nutrisi a. Makan - Jenis makanan - Frekuensi - Cara - Keluhan b. Minum - Jenis Minuman - Frekuensi - Cara - Keluhan	- Nasi + lauk pauk + sayuran - 3x Sehari - Mandiri - Tidak Ada - Air putih - 6-8 gelas - Mandiri - Tidak ada
2	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Keluhan	- 2x sehari - Setengah padat - Kuning kecoklatan - Khas feses - Tidak ada - 4-6x sehari - Kuning jernih - Khas urine - Tidak ada
3	Personal Hygiene - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Ganti baju - Cara - Keluhan	- 2x sehari - 2x sehari - 1x sehari - 2x sehari - Mandiri - Tidak ada
4	Pola Istirahat a. Tidur siang - Frekuensi - Kualitas - Keluhan b. Tidur malam - Frekuensi - Kualitas - Keluhan	- 1-2 jam - Nyenyak - Tidak ada - 6-7 jam - Nyenyak - Tidak ada
5	Pola aktivitas kebiasaan	Klien beraktivitas seperti biasanya

No	Jenis Kegiatan	Di Rumah
		cuci piring, bersihkan tempat tidur, dll

g. Pengkajian Emosional

1) Aspek Sosial

Hubungan klien dengan tetangganya baik, klien suka ngobrol antara tetangga dan klien suka ikut pengajian rutin, klien sangat ramah ketika saya datang kerumahnya.

2) Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap 1

- a) Apakah klien sukar tidur ? Tidak
- b) Apakah klien suka merasa gelisah ? Tidak
- c) Apakah klien suka murung dan meringis ? Tidak
- d) Apakah klien sering khawatir ? Tidak

Interpretasi data : dilihat dari pertanyaan diatas terdapat tidak terdapat jawaban 'ya' sehingga dapat disimpulkan bawah klien memiliki masalah emosional negatif (-).

h) Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks

Tabel 3.1 2 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandiri		✓		
2	Berpakaian		✓		
3	Pergi ke toilet		✓		
4	Berpindah		✓		
5	BAB dan BAK		✓		
6	Makan		✓		

Skor	INTERPRETASI
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu fungsi tersebut diatas.
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain tersebut diatas.
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas.
F	Ketergantungan pada semua (enam) fungsi yang tersebut di atas
Lain-Lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Kesimpulan Ny. A mandiri semuanya, baik dalam hal mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB dan BAK, makan, berpindah, jadi klien termasuk pada Tingkat kemandirian KATZ Indeks A.

2) Barthel Indeks

Tabel 3.1 3 Barthel Indeks Pemeriksaan

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	0	10	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : 1 porsi Jenis Nasi, lauk pauk
2	Minum	0	10	Frekuensi : Kurang lebih 6 gelas Jenis : Air putih

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
3	Berpindah dari kursi ke roda ke tempat tidur atau sebaliknya	0	15	Klien mampu berpindah dari tempat tidur dan tidak menggunakan kursi roda, dilakukan sendiri
4	Personal hygiene (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi 2x sehari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	0	10	Dilakukan mandiri
6	Mandi	0	15	Frekuensi 2x sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Klien mampu berjalan di permukaan datar, dilakukan mandiri
8	Naik turun tangga	0	10	Klien mampu naik turun tangga secara mandiri
9	Mengenakan pakaian	0	15	Klien mampu mengenakan pakaian dan berganti pakaian secara mandiri 2x sehari
10	Kontrol BAK	0	10	Frekuensi : 4-6x sehari Warna : Kuning terang
11	Kontrol BAB	0	10	Klien mampu BAB mandiri Frekuensi : 2x sehari Konsistensi :

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
				Padat
12	Olahraga/Latihan	0	10	Klien mampu olahraga mandiri Jenis : jalan di pagi hari
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang	0	5	Jenis : pengajian, nonton tv
	SKOR		130	Mandiri

Jumlah skor 130 : Dilihat dari data skor 130, yaitu dengan keterangan Ny. A melakukan aktivitas mandiri.

Keterangan :

Skor 130 : Lansia mandiri

Skor 65- 125 : Lansia ketergantungan Sebagian

Skor <60 : Lansia ketergantungan total

3) Pengkajian Status Mental

a) Pemeriksaan SPMSQ

Tabel 3.1 4 Short Portable Mental Statutus Questioner (SPMSQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		1	Tanggal berapa hari ini ? 8 Mei 2026
✓		2	Hari apa sekarang ? Jumat
✓		3	Apa nama tempat ini ? Kp. Pogor
✓		4	Dimana Alamat ini ? Kp. Pogor, Desa Cintarasa
✓		5	Berapa umur anda ? 72 Tahun
✓		6	Kapan anda lahir ? 1954
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang ? Prabowo
	✓	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ? SBY (Susilo Bambang Yudhoyono)
✓		9	Siapa nama ibu anda ? Nur
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan

Keterangan :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : Fungsi intelektual Utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : Fungsi intelektual Ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 : Fungsi intelektual Sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : Fungsi intelektual Berat

Skor total salah : 1

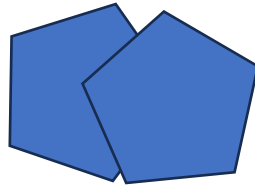
Interpretasi hasil : Ny. A menjawab dan terdapat 1 point yang salah berarti menunjukkan hasil intelektual utuh

- b) Identifikasi Aspek Kognitif dan Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 3.1 5 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun berapa sekarang ? 2026 2) Musim apa sekarang ? Kemarau 3) Tanggal berapa sekarang ? 8 4) Hari apa sekarang ? Jumat 5) Bulan apa sekarang ? Mei
2	Orientasi	5	5	Menyebutkan Dimana sekarang kita berada : 6) Negara apa ? Indonesia 7) Provinsi apa ? Jawa barat 8) Kota apa ? Garut 9) Desa/kampung apa ? Desa cintarasa 10) Alamat Dimana ? Kp. Pogor
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 objek (ditunjukkan oleh pemeriksa) dalam 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek yang disebutkan, lalu tanya Kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. 4) Objek buku 5) Objek pulpen 6) Objek jam tangan
4	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban yang benar)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
				6) 93 7) 86 8) 79 9) 72 10) 65
5	Mengingat	3	3	Minta Klien mengulangi ketiga objek yang telah di sebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar nilai 1 point untuk setiap objek yang disebutkan
6	Bahasa	9	9	Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), beri point 1 untuk masing-masing jawaban yang benar (skor = 2) ➤ Jam tangan ➤ Pensil Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya : “namun”, “tetapi”, “bila” Atau kata yang lebih sulit lagi : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi” Hanya 1 kali percobaan. Jika benar beri 1 point jika diulang sempurna dan jika 0 tidak benar secara keseluruhan. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta klien untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 point untuk masing-masing perintah yang di lakukan dengan benar ➤ Ambil kertas di tangan anda ➤ Lipat dua ➤ Taruh di Lantai Membaca (Reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat :

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
				“Pejamkan mata anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) Menulis (Writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri nilai 1 point Menyalin (Copy) 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 point : 
	Nilai Total		30	

Interpretasi MMSE :

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/Normal

Nilai 18-23 : Gangguan kognitif Sedang

Nilai 0-17 : Gangguan kognitif Berat

Interpretasi Hasil : Ny. A mendapatkan skor 30 dengan keterangan bahwa Ny. A tidak ada gangguan kognitif

c) Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse

Tabel 3.1 6 Morsse Fall Scale (MFS)/ Skala Jatuh Dari Morse

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak Ya	0 25	25	
2	Diagnosa Sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit	Tidak Ya	0 15	0	
3	Alat bantu jalan : - Bed rest/ dibantu perawat - Kruk/tongkat/walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		0 15 30	0	
4	Terapi intravena : apakah saat ini lansia sedang di infus?	Tidak Ya	0 20	0	
5	Gaya berjalan/berpindah - Normal/bedrest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/tidak normal (Pincang/diseret)		0 10 20	10	
6	Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		0 15	0	
	Total Nilai			35	

Interpretasi

Tingkatan Resiko	Nilai MFS
Tidak beresiko	0-224
Risiko rendah	25-50
Risiko Tinggi	≥ 51

Kesimpulan : 25 (Risiko Rendah)

B. Analisa Data

Tabel 3.1 7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : a. Klien mengatakan kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-henti Do : a. Tampak sedikit kemerahan dan terasa hangat di sendi lutut sebelah kiri b. Tampak kaku saat berjalan	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan Kerusakan jaringan ↓ Keterbatasan rentang Gerak (ROM) ↓ Penurunan kekuatan otot sendi ↓ Kekakuann sendi (terutama pagi) ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2	Ds : a. Klien mengeluh nyeri di pinggangnya , nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat, nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung, skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri dirasakan hilang	Faktor Resiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan	Nyeri Kronis (D.0078)

No	Data	Etiologi	Masalah
	timbul. Do : a. Tampak meringis b. Tampak Gelisah	Kerusakan jaringan ↓ Gesekan Antar Tulang ↓ Nyeri Kronis saat bergerak (terutama sendi lutut/panggul) ↓ Nyeri Kronis (D.0078)	
3	Ds : a. Klien mengatakan Pernah jatuh 2x di kamar mandi 2 bulan yang lalu b. Klien mengatakan pandangannya kabur Do : a. Klien berusia 72 tahun b. Penerangan ruangan kurang c. Lantai kamar mandi licin d. Tes Morse fall scale = 35 (Risiko rendah)	Faktor Risiko : Usia, berat badan, genetik, trauma sendi, overuse sendi, pekerjaan berat ↓ Kerusakan kartilago (Tulang rawan) sendi ↓ Degradasi Matriks Ekstraseluler ↓ Penipisan kartilago lanjut ↓ Proses inflamasi akut dan Kerusakan jaringan ↓ Penurunan koordinasi dan keseimbangan sendi ↓ Gaya berjalan berubah dan tidak stabil ↓ Risiko Jatuh (D.0143)	Risiko Jatuh (D.0143)

C. Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi ditandai dengan

Ds :

- a. Klien mengatakan kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-henti

Do :

- a. Tampak sedikit kemerahan dan terasa hangat di sendi lutut sebelah kiri
- b. Tampak kaku saat berjalan

2. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan

Ds :

- a. Klien mengeluh nyeri di pinggangnya , nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat, nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung, skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri dirasakan hilang timbul.

Do :

- a. Tampak meringis
- b. Tampak Gelisah

3. Resiko jatuh dibuktikan dengan

Ds :

- a. Klien mengatakan Pernah jatuh 2x di kamar mandi 2 bulan yang lalu
- b. Klien mengatakan pandangannya kabur

Do :

- a. Klien berusia 72 tahun
- b. Penerangan ruangan kurang
- c. Lantai kamar mandi licin

d. Tes Morse fall scale = 35 (Risiko rendah)

D. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. A

Umur : 72 Tahun

Diagnosa : Osteoarthritis

Tabel 3.1 8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi ditandai dengan Ds : - Klien mengatakan kaku pada	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x kunjungan, maka 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185) Observasi 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi. 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit sebelum dan selama gerakan / aktivitas Terapeutik 1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai Latihan 2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Fasilitasi Menyusun jadwal Latihan	- Menentukan tingkat kemampuan dan kebutuhan latihan pasien. - Mengetahui toleransi pasien terhadap latihan. - Meningkatkan kenyamanan saat bergerak. - Memudahkan gerakan dan mencegah cedera. - Membantu latihan dilakukan teratur dan efektif. - Mencegah kekakuan dan meningkatkan mobilitas sendi. - Meningkatkan motivasi dan kerja sama pasien. - Meningkatkan pemahaman dan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak		rentang Gerak aktif maupun pasif 4. Fasilitasi Gerak sendi teratur dalam batas batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi 5. Berikan penguatan positif untuk melakukan Latihan Bersama Edukasi 1. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencana Latihan Bersama 2. Anjurkan duudk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau dikursi , sesuai toleransi 3. Anjurkan melakukan latihan rentang Gerak aktif dan pasif secara sistematis 4. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan 5. Anjurkan ambulasi sesuai toleransi Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan	partisipasi pasien/keluarga. - Membantu meningkatkan toleransi aktivitas secara bertahap. - Mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan sendi. - Membantu koordinasi dan kesiapan gerak. - Meningkatkan kekuatan otot dan fungsi mobilitas. - Mengoptimalkan terapi dan pemulihan fungsi gerak.

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	henti-henti Do : - Tampak sedikit kemerahan dan terasa hangat di sendi lutut sebelah kiri - Tampak kaku saat berjalan			
2	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan Ds :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x kunjungan, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis	Manajemen Nyeri (I.08238) 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	- Menentukan penyebab dan tingkat nyeri pasien. - Mengetahui tingkat keparahan nyeri. - Mengetahui tanda nyeri yang tidak diungkapkan secara verbal. - Membantu menentukan faktor pencetus dan pereda nyeri. - Mengetahui pemahaman pasien tentang nyeri. - Menyesuaikan intervensi dengan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	- Klien mengeluh nyeri di pinggangnya, nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat, nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung, skala nyeri 3	menurun 3. Skala nyeri menurun 4. Frekuensi nadi membaik	keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	budaya pasien. - Mengetahui dampak nyeri terhadap aktivitas dan kesejahteraan pasien. - Menilai efektivitas terapi komplementer. - Mengidentifikasi efek samping obat analgetik. - Membantu mengurangi nyeri tanpa obat. - Meningkatkan kenyamanan pasien. - Membantu pemulihan dan mengurangi persepsi nyeri. - Menentukan tindakan yang sesuai untuk mengurangi nyeri. - Meningkatkan pemahaman pasien tentang nyeri. - Membantu pasien mengenali perubahan nyeri. - Mencegah kesalahan penggunaan analgesik. - Meningkatkan kemampuan pasien mengontrol nyeri. - Membantu mengurangi nyeri secara optimal.

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	dari 0-10, nyeri dirasakan hilang timbul. Do : - Tampak meringis - Tampak Gelisah		Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 4. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
3	Resiko jatuh dibuktikan dengan Ds : - Klien mengatakan Pernah jatuh 2x di kamar mandi 2 bulan yang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x kunjungan, maka keamanan lingkungan rumah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pemeliharaan rumah meningkat	Pencegahan Jatuh (I.14540) 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:	- Mengetahui faktor yang meningkatkan risiko jatuh. - Memantau perubahan tingkat risiko jatuh pasien. - Mengurangi bahaya dari lingkungan sekitar pasien. - Menentukan tingkat risiko jatuh secara objektif. - Menilai kemampuan mobilisasi pasien dengan aman. - Membantu pasien mengenal lingkungan perawatan.

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	lalu - Klien mengatakan pandangannya kabur Do : - Klien berusia 72 tahun - Penerangan ruangan kurang - Lantai kamar mandi licin - Tes Morse fall scale = 35 (Risiko Rendah)	2. Pencahayaan eksterior meningkat 3. Pencahayaan interior meningkat Kemudahan akses kamar mandi meningkat	lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika	- Mencegah tempat tidur atau kursi roda bergerak saat digunakan. - Mengurangi risiko pasien terjatuh dari tempat tidur. - Memudahkan pasien naik dan turun tempat tidur dengan aman. - Memudahkan pengawasan pasien risiko tinggi. - Membantu mobilisasi pasien secara aman. - Memudahkan pasien meminta bantuan saat diperlukan. - Mencegah pasien berpindah tanpa bantuan. - Mengurangi risiko tergelincir saat berjalan. - Membantu pasien menjaga stabilitas tubuh. - Meningkatkan keseimbangan saat berdiri. - Memudahkan pasien meminta pertolongan. - Menyesuaikan pendidikan kesehatan dengan kemampuan pasien/keluarga.

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat Edukasi Keselamatan Rumah Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah. 5. Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau.	- Membantu proses penyampaian informasi kesehatan. - Meningkatkan kesiapan pasien menerima edukasi. - Memberikan kesempatan pasien memahami informasi lebih baik. - Mengurangi risiko cedera akibat pencahayaan kurang. - Memudahkan pasien mengambil barang dengan aman. - Mencegah cedera akibat alat rumah tangga rusak. - Mengurangi risiko tersandung kabel. - Membantu deteksi dini kebakaran. - Mencegah risiko kebakaran di rumah. - Menjaga keamanan dan kenyamanan suhu ruangan. - Mengurangi risiko cedera akibat penataan perabotan. - Mencegah risiko terpeleset di kamar mandi. - Mengurangi risiko jatuh akibat lantai berantakan.

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			6. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga disimpan dengan keadaan baik. 7. Anjurkan memastikan an kabel-kabel terpasang dengan baik di dinding. 8. Anjurkan memastikan ada alat detektor kebakaran. 9. Anjurkan memastikan barang mudah terbakar jauh dari kompor atau pemanas. 10. Anjurkan menjaga suhu di dalam rumah sesuai dengan yang disarankan atau lebih rendah. 11. Anjurkan memastikan penempatan perabotan yang aman di area yang perlu, jika perlu. 12. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. 13. Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan. 14. Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.	- Memudahkan mobilisasi pasien di rumah dengan aman.

E. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. A

Umur : 72 Tahun

Diagnosa : Osteoarthritis

Tabel 3.1 9 Implementasi dan Evaluasi

Tanggal/ jam	No DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Senin, 11/05/2026	1	1. Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi. R : Klien mengatakan kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-henti 2. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit sebelum dan selama gerakan / aktivitas R : Lokasi tidak nyaman atau kaku di lutut sebelah kiri dan Lokasi nyeri berada di pinggang menjalar kepinggung 3. Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai Latihan R : Klien mampu melakukan teknik	S : Klien mengatakan kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-henti O : a. Klien tampak melakukan ROM b. Klien mengeluh akan rasa kaku di kakinya c. Tampak kaku saat berjalan A : Gangguan Mobilitas Fisisk belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Camila Siti S

Tanggal/ jam	No DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		napas dalam 4. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif R : Posisi duduk dengan kaki menjuntai kebawah 5. Menjelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencana Latihan Bersama R : klien mengerti 6. Menganjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau dikursi , sesuai toleransi R : Posisi duduk dengan kaki menjuntai kebawah 7. Menganjurkan melakukan latihan rentang Gerak aktif dan pasif secara sistematis. R : klien mengerti		
Senin, 11/05/2026	2	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : Klien mengeluh nyeri di pinggangnya, nyeri dirasakan seperti nyeri tumpul, nyeri menjalar ke punggung, nyeri dirasakan hilang timbul. 2. Mengidentifikasi skala nyeri R : Skala nyeri 3 dari	S : Klien mengatakan masih nyeri di pinggangnya, nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat, nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung, nyeri dirasakan hilang timbul.	Camila Siti S

Tanggal/ jam	No DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		0-10 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien tampak meringis, klien tampak gelisah 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R : nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat, 5. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) R : Klien diberikan terapi kompres hangat 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri R : Klien mengerti 7. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri R : Klien mengerti 8. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri R : Klien mengerti	O : a. Tampak meringis b. Tampak melakukan kompres hangat c. Skala nyeri sebelum dilakukan kompres hangat : 3 d. Skala nyeri setelah dilakukan kompres hangat : 2 A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
Senin, 11/05/2026	3	1 Mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik,	S : a. Klien mengatakan kamar mandinya akan	Camila Siti S

Tanggal/ jam	No DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) R : Usia klien 66 tahun (>65 tahun) 2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) R : Penerangan kurang dan lantai kamar mandi licin 3 Mengitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale) R : Hasil pengkajian Tes Morse fall scale = 35 (Risiko rendah) morse 4 Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya R : Klien tidak memakai kursi roda, klien mampu berpindah mandiri 5 Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah. 6 Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. R : Klien dan keluarga memahami	dibersihkan supaya tidak licin b. Klien mengatakan lampunya akan diganti O : a. klien berusia 72 tahun b. Penerangan ruangan kurang c. Lantai kamar mandi licin d. Tes Morse fall scale = 35 (Risiko rendah) A : Resiko Jatuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	

E. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. A

Umur : 72 Tahun

Diagnosa : Osteoarthritis

Tabel 3.10

Tabel 3.1 10 Catatan Perkembangan 1

Tanggal/ jam	No DX	Catatan Perkembangan	Paraf
12/05/2026 Jam, 09:00 WIB	1	S : Klien mengatakan masih kaku pada sendi lututnya, hari ini kaku sendi dirasakan saat bangun tidur dan beraktivitas terutama saat berjalan, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan hanya pagi hari, O : a. Klien tampak melakukan ROM b. Klien mengeluh akan rasa kaku di kakinya c. Tampak kaku saat berjalan masih ada d. Tampak kaki tidak kaku A : G angguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : a. Memberikan posisi tubuh yang nyaman saat latihan ROM b. Memfasilitasi latihan ROM aktif dan pasif E : a. Klien tampak melakukan ROM b. Klien masih mengeluh kaku pada lutut kiri terutama pagi hari c. Tampak kaku saat berjalan masih ada d. Mobilitas fisik teratasi sebagian	Camila Siti S
12/05/2026 Jam, 10.30 WIB	2	S : Klien mengatakan nyeri di pinggangnya berkurang, nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung, nyeri dirasakan hilang timbul. O : a. Tampak meringis	Camila Siti S

		b. Tampak melakukan kompres hangat c. Skala nyeri sebelum dilakukan kompres hangat : 2 d. Skala nyeri setelah dilakukan kompres hangat : 1 A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : a. Memberikan teknik nonfarmakologis berupa kompres hangat b. Memfasilitasi istirahat dan kenyamanan pasien c. Mengajarkan teknik mengurangi nyeri E : a. Klien mengatakan nyeri berkurang	
12/05/2026 Jam, 11.00 WIB	3	S : a. Klien mengatakan kamar mandinya sudah dibersihkan b. Klien mengatakan lampunya sudah diganti c. Klien mengatakan jalannya tidak terlalu kaku d. Klien mengatakan pandangannya masih kabur O : a. Klien berusia 72 tahun b. Penerangan ruangan baik c. Lantai kamar mandi tidak licin d. fall morse scale 35 (Risiko rendah) A : Resiko Jatuh teratasi P : Hentikan intervensi I : a. Mengedukasi keamanan lingkungan rumah E a. Lampu rumah sudah diganti b. Penerangan ruangan baik c. Risiko jatuh teratasi	Camila Siti S

Catatan Perkembangan 2

Tanggal/ jam	No DX	Catatan Perkembangan	Paraf
13/05/2026 Jam, 10.00 WIB	1	S : Klien mengatakan kaku pada lututnya berkurang, hari ini kaku sendi dirasakan saat bangun tidur saja kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan hanya pagi hari dengan durasi 30 menit O : a. Klien tampak melakukan ROM b. Tampak tidak kaku saat berjalan c. Tampak kaki tidak kaku A : Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Memfasilitasi latihan ROM aktif dan pasif E : Kaku sendi berkurang	Camila Siti S
13/05/2026 Jam, 10.30 WIB	2	S : Klien mengatakan Tidak merasa nyeri di pinggangnya O : a. Tidak tampak meringis b. Skala nyeri 0 A : Nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan I : a. Mengidentifikasi intensitas nyeri b. Memonitor tanda non verbal nyeri c. Memfasilitasi istirahat pasien E : a. Klien mengatakan tidak nyeri b. Tidak tampak meringis c. Skala nyeri 0	Camila Siti S

Catatan Perkembangan 3

Tanggal/ jam	No DX	Catatan Perkembangan	Paraf
14/05/2026 Jam, 10.00 WIB	1	S : Klien mengatakan kaku pada lututnya sudah berkurang hari ini. Kaku sendi dirasakan saat bangun tidur saja kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan hanya pagi hari dengan durasi 10 menit lalu membaik O : - Klien tampak melakukan ROM - Tampak tidak kaku saat berjalan - Tampak kaki tidak kaku A : Gangguan Mobilitas Fisik teratasi P : Intervensi dihentikan I : - Memonitor kemampuan mobilitas pasien - Memfasilitasi 84atihan ROM aktif E : - Tidak tampak kaku saat berjalan - Kaku sendi pagi hari berkurang dengan durasi ± 10 menit	Camila Siti S

F. Pembahasan

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama lima hari melaksanakan Asuhan Keperawatan gerontik pada Ny. A di kampung Pogor Desa Cintarasa Kecamatan Samarang Kabupaten Garut, dengan memperhatikan dan menganalisis tinjauan kasus dengan tinjauan teori. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang harus dibahas mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Selama melakukan pengkajian sampai evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan atau yang dapat dilihat dari klien. Asuhan Keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan

memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan-tahapan berikut:

1. Tahap Pengkajian

Pada tahapan pengkajian penulis melakukan anamnesa baik pada klien maupun pada keluarga klien, mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, faktor predisposisi, serta melakukan pemeriksaan fisik dan pada saat melakukan Pengkajian tidak ada hambatan, klien dapat menjawab meskipun dalam menjawab klien perlu bantuan keluarganya, untuk masalah keperawatan tidak semua sama seperti teori yang ada pada bab II karena pada menentukan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien, didapatkan dari pasien, dengan melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan observasi secara langsung pada klien.

Berdasarkan hasil Pengkajian di lapangan ditemukan pada Ny. A ditemukan tanda dan gejala yaitu Klien mengatakan kurang lebih 6 bulan sampai sekarang mengeluh kaku pada sendi lututnya, kaku sendi dirasakan saat beraktivitas terutama saat berjalan dan berdiri lama, kaku sendi dirasakan seperti terkunci atau sulit digerakan, kaku sendi dirasakan di lutut sebelah kiri, kaku sendi dirasakan tak henti-henti. Selain itu klien mengeluh nyeri di pinggangnya. Nyeri bertambah saat pasien bergerak atau melakukan aktivitas dan sedikit berkurang saat istirahat. Nyeri dirasakan seperti ditekan atau pegal, nyeri menjalar ke punggung. Skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri dirasakan hilang timbul.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan Dalam tinjauan teoritis, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Osteoarthritis menurut PPNI, 2017 adalah:

- a. Nyeri Akut (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- c. Defisit Perawatan Diri (D.0109)
- d. Defisit Pengetahuan (D.0111)
- e. Risiko Jatuh (D.0143)

Tetapi setelah dilakukan tahapan pengkajian selama 5 hari pada Ny. A berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu :

- a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- b. Nyeri Akut (D.0077)
- c. Risiko Jatuh (D.0143)

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini penulis mendapatkan partisipasi dengan pasien dan keluarga, hal ini bisa memberikan pengetahuan tentang cara mengatasi masalah yang ada pada pasien diantaranya, gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, dan risiko jatuh.

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Osteoarthritis adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan nyeri kaki adalah, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons 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, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, 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, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

- c. Risiko Jatuh berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Adalah identifikasi faktor risiko 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), jika perlu Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, 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, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

4. Tahap Implementasi

- a. Pada gangguan mobilitas fisik tindakan yang dilakukan yaitu, mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit sebelum dan selama gerakan /

aktivitas, melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai Latihan, memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, menjelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencana Latihan Bersama, menganjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau dikursi, sesuai toleransi, menganjurkan melakukan latihan rentang Gerak aktif dan pasif secara sistematis.

- b. Pada nyeri akut tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat), menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.
- c. Pada Resiko jatuh Tindakan yang dilakukan 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 skala (mis: fall morse scale), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah, anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin.

5. Tahap Evaluasi

Tahapan ini merupakan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah tercapai selama melakukan asuhan keperawatan, apabila dilihat dari kriteria waktu yang ditetapkan dalam tujuan, telah tercapai sebagian di antaranya klien telah mengetahui banyak mengenai apa itu osteoarthritis Klien melakukan evaluasi pada tanggal 11-15 Mei 2026 dengan hasil diagnosa pertama yaitu gangguan mobilitas fisik teratasi. Diagnosis keperawatan kedua yaitu nyeri akut yaitu dengan memperingan nyeri. Diagnosis keperawatan yang ke tiga

yaitu resiko jatuh alhamdulillah untuk diagnosis yang ketiga tercapai klien, dan klien paham akan resiko jatuh.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap dokumentasi ini, penulis melaksanakan pendokumentasian dan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. A. Penulis mendokumentasikannya dari mulai tahap pengkajian sampai tahap evaluasi beserta catatan perkembangan yang dilaksanakan secara langsung pada Ny. A. Penulis menemukan berbagai hambatan, mulai dari tahap penulisan A asuhan keperawatan sampai akhirnya penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk diajukan ke tahap sidang. Namun, setiap tahapnya penulis melalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi tahap Pengkajian Data, Diagnosis, Prencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Osteoarthritis maka didapatkan Kesimpulan sebagai berikut :

1. Tahap Pengkajian

Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap kondisi Ny. A. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien mengalami osteoarthritis yang ditandai dengan nyeri pada sendi, keterbatasan mobilitas fisik, serta memiliki risiko jatuh akibat penurunan fungsi muskuloskeletal. Pengkajian juga dilakukan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan sebagai dasar dalam menentukan masalah keperawatan.

2. Tahap Diagnosis

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis mampu menetapkan diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan pada klien, yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, dan risiko jatuh.

3. Tahap Perencanaan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosis keperawatan, kondisi klien, serta mengacu pada standar asuhan keperawatan. Perencanaan difokuskan pada upaya meningkatkan mobilitas fisik, mengurangi nyeri, dan mencegah terjadinya risiko jatuh.

4. Tahap Pelaksanaan

Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Tindakan keperawatan diberikan secara

sistematis, rasional, dan melibatkan partisipasi aktif klien sehingga proses asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.

5. Tahap Evaluasi

Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan kondisi klien, ditandai dengan berkurangnya intensitas nyeri, meningkatnya kemampuan mobilitas fisik, serta meningkatnya upaya pencegahan risiko jatuh sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

6. Tahap Dokumentasi

Penulis mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan sebagai bentuk pertanggungjawaban profesional dalam pemberian asuhan keperawatan.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny. A secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun kearah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada :

1. Bagi Satuan Pelayanan Puskesmas Samarang

Perlu meningkatkan dalam pelayanan Kesehatan dan meningkatkan kerja sama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien lansia dengan Osteoarthritis di wilayah kerja puskesmas, seperti mengadakan cek kesehatan gratis dan pendidikan kesehatan terkait obat nonfarmakologi pada klien dengan Osteoarthritis dan juga mengadakan kegiatan rutin senam tentang Kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita Osteoarthritis. Dengan demikian diharapkan terjalin kerja sama yang baik dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Supaya dapat ikut kontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan Osteoarthritis dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit. Kegiatan atau program lain Adalah mengadakan kegiatan rutin senam tentang Kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita Osteoarthritis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, L. (2024). *Functional independence in the elderly: A guide for clinical practice*. Health Science Publishers.
- Bannuru, R. R., Osani, M. C., Vaysbrot, E. E., Arden, N. K., Bennell, K., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Kraus, V. B., Lohmander, L. S., & McAlindon, T. E. (2023). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 31(1), 1–15.
- Brown, T., Miller, R., & Davis, S. (2023). Osteoarthritis in the geriatric population: Pathophysiology and holistic care. *Journal of Gerontological Nursing*, 49(2), 112–120.
- Budi, A. (2025). *Imunosenescence dan kesehatan lansia di komunitas*. Pustaka Husada.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2024). *Profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2023*. Dinas Kesehatan Jabar.
- Fadilah, S. (2025). Patofisiologi kerusakan kartilago pada penderita osteoarthritis lansia. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 15(2), 112–125.
- Farida, N. (2025). *Mekanisme penuaan biologis dan tantangan kesehatan modern*. Media Kesehatan.
- Gunawan, A. (2024). *Manajemen nyeri dan pemberdayaan keluarga dalam perawatan lansia*. Pustaka Kesehatan Indonesia.
- Handayani, R. (2026). Manajemen nyeri kronis pada penderita osteoarthritis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 29(1), 45–58.
- Hasanah, U. (2026). Stimulasi kognitif untuk mempertahankan kemandirian lansia. *Jurnal Psikologi Gerontik*, 10(1), 30–42.
- Hidayah, M. (2024). Faktor lingkungan dan risiko osteoarthritis di pedesaan. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 13(2), 88–101.
- Hidayat, R. (2024). Risiko jatuh dan keterbatasan lingkungan bagi lansia penderita osteoarthritis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 27(3), 201–210.
- Hidayat, R. (2026). Penanganan tahap lanjut osteoarthritis dalam asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 14(2), 200–215.
- Hidayati, R. (2024). *Adaptasi psikososial lansia di panti wreda*. Pustaka
- Irawan, B. (2026). Implementasi asuhan keperawatan gerontik di tingkat Puskesmas. *Indonesian Journal of Nursing Practice*, 10(2), 88–99.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Laporan nasional riset kesehatan dasar 2023*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan RI. (2025). *Profil kesehatan lanjut usia Indonesia tahun 2024*. Kemenkes RI.
- Lestari, A. (2025). Perubahan sistematis pada lansia: Tinjauan klinis. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 18(1), 55–68.
- Maulana, D. (2025). *Edukasi gaya hidup sehat untuk mencegah penuaan dini*. Pustaka Sehat.
- Miller, G. (2023). *Gerontology and nursing: Challenges of the 21st century*. Springer Nature.
- Mobasheri, A., Rayman, M. P., Gualillo, O., Sellam, J., van der Kraan, P., & Abramson, S. B. (2022). The role of biomarkers in the diagnosis and management of osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 18(6), 335–349.
- Nugroho, S. (2025). Strategi mempertahankan kemandirian lansia dengan penyakit kronis. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 8(2), 150–160.
- Nugroho, S. (2026). Inflamasi dan manajemen nyeri pada osteoarthritis. *Jurnal Kedokteran Klinis*, 14(1), 90–105.
- PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Ed. 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (Ed. 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan* (Ed. 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pradana, A. (2024). Karakteristik klinis dan diagnostik osteoarthritis di Puskesmas. *Jurnal Medika Utama*, 11(2), 120–135.
- Pratama, D. (2023). Beban ekonomi dan sosial penyakit degeneratif pada lansia di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(4), 180–192.
- Pratama, D. (2026). Analisis pemeriksaan penunjang pada kasus osteoarthritis. *Jurnal Diagnostik Keperawatan*, 12(1), 40–55.
- Putra, A. (2025). Latihan penguatan otot untuk pencegahan osteoarthritis. *Jurnal Fisioterapi Indonesia*, 14(1), 25–40.
- Putri, S. (2026). *Analisis asuhan keperawatan gerontik pada kasus osteoarthritis di komunitas*. Media Medika.
- Rahayu, N. (2024). *Faktor genetik dan epigenetik dalam penuaan manusia*. Ilmu Kesehatan Press.

- Ramadhan, F. (2024). Kesenjangan layanan keperawatan bagi lansia di Puskesmas. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 15(1), 30–42.
- Ramadhani, F. (2025). *Manajemen psikologis nyeri kronis pada lansia*. Pustaka Psikologi.
- Santoso, B. (2023). Persepsi lansia terhadap pengobatan penyakit degeneratif di pedesaan Jawa Barat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 11(3), 210–222.
- Santoso, B. (2025). Faktor mekanis dan risiko osteoarthritis pada lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(4), 310–325.
- Sari, N. (2026). Hubungan penyakit metabolik dengan keparahan osteoarthritis. *Jurnal Penyakit Tidak Menular*, 10(2), 95–110.
- Suryani, E. (2025). Model edukasi preventif untuk lansia penderita osteoarthritis di masyarakat. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 20(1), 55–67.
- Suryani, E. (2026). *Strategi penatalaksanaan osteoarthritis komprehensif*. Media Kesehatan Indonesia.
- Suryanto, A. (2025). *Epidemiologi penyakit sendi degeneratif pada lansia*. Pustaka Ilmu.
- UPT Puskesmas Samarang. (2025). *Laporan tahunan program lansia UPT Puskesmas Samarang 2024*. Puskesmas Samarang.
- Utami, D. (2024). Patofisiologi kerusakan sendi dan dampaknya pada mobilitas. *Jurnal Keperawatan Fisik*, 13(2), 110–125.
- WHO. (2023). *World report on ageing and health 2023*. World Health Organization.
- WHO. (2024). *Osteoarthritis: Prevention and management strategies for the elderly*. World Health Organization.
- Wijaya, M. (2024). *Asuhan keperawatan gerontik: Kebutuhan dasar lansia*. Kesehatan Media.
- Wilson, M. (2025). *Autonomy in geriatric nursing: Balancing care and independence*. Nursing Excellence Books.
- World Health Organization. (2025). *Global report on ageing and health for community care*. WHO Press.
- Wulandari, R. (2026). Kerentanan infeksi pada proses menua. *Jurnal Imunologi Kesehatan*, 11(1), 60–75.
- Yusuf, A. (2024). *Aktivitas kognitif dan pencegahan penurunan otak*. Pustaka Mental.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN OSTEOARTHRITIS

Topik : Osteoarthritis

Sasaran : Lansia

Hari/Tanggal : Kamis, 14 Mei 2026

Tempat : Kp. Pogor, Rt 04 Rw 06, Desa Cintarasa, Kec Samarang

Waktu : 60 Menit

A. Latar Belakang

Osteoarthritis sering dianggap sebagai salah satu penyakit yang dijumpai terutama pada orang lanjut usia atau sering disebut penyakit degeneratif, dan bisa terjadi pada usia lebih awal karena beberapa faktor misalnya obesitas dan trauma (Losina, E., 2013 dalam Atari et al., 2023).

Osteoarthritis (OA) adalah masalah sosial global dan penyebab kecacatan kronis pada populasi yang menua. OA merupakan penyakit sendi yang paling banyak terjadi di dunia termasuk Indonesia. Penyakit ini menyebabkan rasa sakit dan kecacatan yang mengganggu kehidupan sehari-hari. OA umumnya menyerang sendi lutut dan panggul karena sendi-sendi ini adalah sendi yang menopang beban tubuh, namun sendi lutut menjadi yang sangat sering terserang (Putri et al., 2022). Dampak OA pada lutut dapat menyebabkan gangguan fungsional yaitu gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas (Sahrudi, 2022). Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas disebabkan oleh kekakuan pada sendi lutut. Penderita osteoarthritis lutut sering mengalami kesulitan menggerakkan sendi lutut. Kendala ini menghalangi pasien untuk berjalan, menaiki tangga, dan berdiri di kursi (Sahrudi, 2022 dalam Bintang et al., 2023).

Penyakit ini bisa mengenai kedua jenis kelamin walau lebih sering pada wanita; dan umumnya mengenai populasi usia lanjut. Dengan bertambahnya populasi usia lanjut di berbagai negara di dunia tentu saja

jumlah pasien yang menderita osteoarthritis akan makin banyak. Osteoarthritis dapat menimbulkan nyeri kronik dan menimbulkan disabilitas serta dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Oleh karena itu pengetahuan mengenai osteoarthritis lutut yang baik diharapkan dapat menurunkan angka kejadian osteoarthritis masa mendatang. (Makkiyah FA, 2020).

B. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan pasien dapat mengerti bagaimana penyakit Osteoarthritis

C. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan, pasien diharapkan dapat :

1. Menjelaskan pengertian Osteoarthritis
2. Menjelaskan penyebab dari Osteoarthritis
3. Menjelaskan tanda dan gejala Osteoarthritis
4. Menjelaskan cara pencegahan Osteoarthritis
5. Menjelaskan komplikasi pada pasien Osteoarthritis
6. Menjelaskan pemeriksaan penunjang pada penyakit Osteoarthritis

D. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi
3. Tanya Jawab

E. Media

Leaflet tentang Penyakit Osteoarthritis

F. Pelaksanaan

No	Acara	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	Pembukaan	5 menit	1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam dan terimakasih atas kesediaan peserta 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak	Mendengarkan pembukaan yang disampaikan oleh moderator

			waktu	
2.	Pretest	10 menit	1. Menjelaskan cara pengisian form identitas responden 2. Melakukan pretest dengan menggunakan kuesioner pengetahuan kepada peserta penyuluhan	1. Mendengarkan cara pengisian form identitas responden 2. Mengerjakan soal dengan bantuan tim pelaksana
3.	Inti	20 menit	1. Menyampaikan materi melalui media leaflet 2. Menjelaskan pengertian Osteoarthritis 3. Menjelaskan penyebab dari Osteoarthritis 4. Menjelaskan tanda dan gejala Osteoarthritis 5. Menjelaskan cara pencegahan Osteoarthritis 6. Menjelaskan komplikasi pada pasien Osteoarthritis 7. Menjelaskan pemeriksaan penunjang pada penyakit Osteoarthritis	Mendengarkan, membaca dan memberikan umpan balik terhadap materi yang disampaikan
4.	Posttest	10 menit	Melakukan post-test kepada peserta mengenai materi yang sudah diberikan	Mengerjakan soal post-test
5.	Diskusi dan Tanya Jawab	5 menit	Memberikan kesempatan kepada peserta untuk mengajukan pertanyaan mengenai materi yang kurang dipahami	Peserta mengajukan pertanyaan.
6.	Evaluasi	5 menit	Menanyakan kembali kepada peserta mengenai materi yang telah diberikan	Peserta menjawab pertanyaan
7.	Penutup	5 menit	1. Menyimpulkan hasil penyuluhan. 2. Mengucapkan terima	Mendengarkan dan menjawab salam

			kasih atas perhatian dan mengucapkan salam	
--	--	--	--	--

G. Materi

Terlampir

H. Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 - a. Peserta hadir untuk mengikuti penyuluhan kesehatan tentang penyakit Osteoarthritis .
 - b. Penyelenggaraan penyuluhan kesehatan dilaksanakan di
2. Evaluasi proses
 - a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan yang diberikan
 - b. Peserta aktif bertanya bila ada hal yang belum dimengerti
 - c. Peserta mengajukan pertanyaan dan pemateri dapat menjawab pertanyaan secara baik dan benar.
 - d. Peserta menjawab pertanyaan yang diberikan oleh pemateri dengan baik.
3. Evaluasi hasil

Setelah penyuluhan diharapkan peserta mampu mengerti dan memahami pentingnya kesehatan.

LAMPIRAN MATERI

OSTEOARTRITIS

A. Pengertian Osteoarthritis

Osteoarthritis berasal dari bahasa Yunani yaitu osteo yang berarti tulang, arthro yang berarti sendi, dan itis yang berarti inflamasi. Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif, dimana keseluruhan struktur dari sendi mengalami perubahan patologis. Ditandai dengan kerusakan tulang rawan (kartilago) hyalin sendi, meningkatnya ketebalan serta sklerosis dari lempeng tulang, pertumbuhan osteofit pada tepian sendi, meregangnya kapsula sendi, timbulnya peradangan, dan melemahnya otot-otot yang menghubungkan sendi. Osteoarthritis adalah penyakit sendi yang bersifat kronik, berjalan progresif lambat dan ditandai dengan menipisnya rawan sendi dan adanya pembentukan tulang baru pada permukaan persendiaan. (Swandari et al., 2022.)

B. Faktor Resiko

Beberapa factor resiko yang mempengaruhi terjadinya OA :

1. Predisposisi sistemik

a) Genetik

b) Umur

Proses penuaan meningkatkan kerentanan sendi melalui berbagai mekanisme. Kartilago pada sendi orang tua sudah kurang responsif dalam mensintesis matriks kartilago yang distimulasi oleh pembebanan (aktivitas) pada sendi.

c) Jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin masih belum banyak diketahui mengapa prevalensi osteoarthritis pada lansia wanita lebih banyak daripada lansia pria. Resiko ini dikaitkan dengan berkurangnya hormon pada perempuan setelah menopause

d) Diet dan obesitas

Beban berlebihan pada sendi dapat mempercepat kerusakan pada sendi lutut.

2. Faktor Biomekanika local

- a) Bentuk dan ukuran sendi yang tidak normal
- b) Riwayat cedera
- c) Gangguan neuromuscular
- d) Faktor beban kerja

Gerakan berulang dan sering tertentu seperti berlutut, jongkok, membungkuk dan mengangkat beban berat dapat menyebabkan timbulnya gejala osteoarthritis (Mora et al., 2018).

C. Manifestasi Klinis

1. OA dapat mengenai sendi-sendi besar maupun kecil. Distribusi OA dapat mengenai sendi leher, bahu, tangan, kaki, pinggul, lutut.

- a) Nyeri : Nyeri pada sendi berasal dari inflamasi pada sinovium, tekanan pada sumsum tulang, fraktur daerah subkondral, tekanan saraf akibat osteofit, distensi, instabilnya kapsul sendi, serta spasme pada otot atau ligamen. Nyeri terjadi ketika melakukan aktifitas berat. Pada tahap yang lebih parah hanya dengan aktifitas minimal sudah dapat membuat perasaan sakit, hal ini bisa berkurang dengan istirahat.
- b) Kekakuan sendi : kekakuan pada sendi sering dikeluhkan ketika pagi hari ketika setelah duduk yang terlalu lama atau setelah bangun pagi.
- c) Krepitasi : sensasi suara gemeratak yang sering ditemukan pada tulang sendi rawan.
- d) Pembengkakan pada tulang biasa ditemukan terutama pada tangan sebagai nodus Heberden (karena adanya keterlibatan sendi Distal Interphalangeal (DIP) atau nodus Bouchard (karena adanya keterlibatan sendi Proximal Phalangeal (PIP). Pembengkakan pada tulang dapat menyebabkan penurunan kemampuan pergerakan sendi yang progresif.

- e) Deformitas sendi : pasien seringkali menunjukkan sendinya perlahan-lahan mengalami pembesaran, biasanya terjadi pada sendi tangan atau lutut.

Selain dari anamnesa berupa nyeri yang paling sering menjadi keluhan, dari pemeriksaan fisik bisa kita temukan antara lain:

- a) Look : Adanya tanda tanda inflamasi seperti pembengkakan, atau pun adanya deformitas dari sendi baik varus atau valgus
- b) Feel : Rasa nyeri yang muncul baik pada saat istirahat atau pun nyeri yang diperberat saat melakukan aktifitas. Adanya krepitasi saat sendi digerakan
- c) Move : Adanya restriksi dari ROM gerak sendi baik saat fleksi ataupun ekstensi. Kekakuan dari sendi.

D. Cara Pencegahan

Upaya pencegahan osteoarthritis lutut meliputi pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer berfokus pada pengendalian faktor risiko sebelum timbulnya gejala, terutama melalui modifikasi gaya hidup dan intervensi nutrisi yang berperan dalam menjaga kesehatan sendi. Sementara itu, pencegahan sekunder ditujukan pada individu dengan gejala awal osteoarthritis lutut untuk memperlambat progresivitas penyakit dan mencegah perburukan kondisi melalui pendekatan nutrisi dan manajemen non-farmakologis yang tepat (Slade, 2023). Peran tenaga kesehatan, khususnya perawat, sangat strategis dalam melakukan skrining dini, memberikan edukasi kesehatan, serta mendampingi pasien dalam manajemen penyakit kronis seperti osteoarthritis lutut, melalui pendekatan yang berpusat pada pasien, dukungan berkelanjutan, dan fasilitasi keterlibatan pasien dalam penerapan intervensi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, preferensi, serta konteks kehidupan sehari-hari pasien (Francken et al., 2025 dalam Asyidah et al., 2026).

E. Penatalaksanaan

1. Non Operatif

- a) Edukasi pasien. (Level of evidence: II)

- b) Program penatalaksanaan mandiri (self-management programs): modifikasi gaya hidup. (Level of evidence: II)
- c) Bila berat badan berlebih (BMI > 25), program penurunan berat badan, minimal penurunan 5% dari berat badan, dengan target BMI 18,5-25. (Level of evidence: I).
- d) Program latihan aerobik (low impact aerobic fitness exercises). (Level of Evidence: I)
- e) Terapi fisik meliputi latihan perbaikan lingkup gerak sendi, penguatan otot- otot (quadrisep/pangkal paha) dan alat bantu gerak sendi (assistive devices for ambulation): pakai tongkat pada sisi yang sehat. (Level of evidence: II)
- f) Terapi okupasi meliputi proteksi sendi dan konservasi energi, menggunakan splint dan alat bantu gerak sendi untuk aktivitas fisik sehari-hari. (Level of evidence: II)

2. Farmakologi

NSAID (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug) atau asetaminofen (parasetamol). NSAID diketahui lebih efektif daripada asetaminofen. NSAID sangat dianjurkan dan merupakan agen oral pilihan pertama untuk pengobatan osteoarthritis terlepas dari lokasi anatomis. Penggunaan NSAID harus dimulai dengan dosis terendah untuk waktu sesingkat mungkin dan harus diberikan bersama dengan penghambat pompa proton (PPI) untuk mencegah risiko gastrointestinal. NSAID berupa meloxicam dapat dikonsumsi dalam dosis 7,5-15 mg/hari, yang secara statistik dan klinis terbukti efektif sebagai pengobatan osteoarthritis (Jang et al., 2021 dalam Sari et al., 2022)

3. Operasi

Pembedahan biasanya dilakukan pada kasus kasus OA yang sudah parah, Operasi penggantian sendi lutut (knee replacement: full, medial unicompartmental, patellofemoral and rarely lateral unicompartmental) pada pasien dengan:

- 1) Nyeri sendi pada malam hari yang sangat mengganggu
- 2) Kekakuan sendi yang berat
- 3) Mengganggu aktivitas fisik sehari-hari. Penggantian pinggul dan lutut adalah perawatan yang sangat berhasil untuk OA lanjut, sering dapat menghilangkan keluhan nyeri dengan memuaskan dan peningkatan dalam fungsi dan kualitas hidup.

F. Komplikasi

Komplikasi tersering dari kasus OA adalah nyeri deformitas dari sendi yang mengalami osteoarthritis. Nyeri dapat terjadi baik saat pasien sedang beristirahat dan tentu sangat mengganggu. Komplikasi ini muncul dikarenakan erosi dari tulang yang terjadi secara progressive yang mengakibatkan deformitas tulang. Deformitas yang paling sering terjadi adalah deformitas varus atau valgus pada OA knee. Setelah itu akan terjadi gangguan dan keterbatasan gerak sendi. Karena bersifat progresif, jika tidak tertangani akan menyebabkan keterbatasan dalam mobilisasi. Hal ini akan menyebabkan penurunan dari kualitas hidup pasien.

G. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan diagnostik OA selain melalui pemeriksaan fisik juga diperlukan pemeriksaan penunjang seperti radiologis dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan ultrasonografi dapat dilakukan untuk menentukan adanya pembesaran dan peradangan pada sendi sinovial. Pemeriksaan MRI dan CT-Scan jarang dilakukan. Namun, tes ini dapat membantu mengidentifikasi faktor degeneratif seperti cedera ligamen anterior dan meniskus, serta mendeteksi osteoarthritis pada sendi yang lebih dalam, sesuatu yang tidak dapat dilakukan oleh ultrasound (Hayashi et al., 2018).

Lampiran

PENGERTIAN

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif, dimana keseluruhan struktur dari sendi mengalami perubahan patologis. Osteoarthritis adalah penyakit sendi yang bersifat kronik, berjalan progresif lambat dan ditandai dengan menipisnya rawan sendi dan adanya pembentukan tulang baru pada permukaan persendiaan. (Swandari et al., 2022.)



FAKTOR RESIKO

Beberapa factor resiko yang mempengaruhi terjadinya OA :

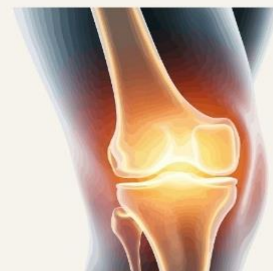
- Predisposisi sistemik
 - Genetik
 - Umur
 - Jenis kelamin
 - Obesitas
- Faktor Biomekanika local
 - Bentuk dan ukuran sendi yang tidak normal
 - Riwayat cedera
 - Gangguan neuromuscular
 - Faktor beban kerja

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan ultrasonografi dapat dilakukan untuk menentukan adanya pembesaran dan peradangan pada sendi sinovial, selain melalui pemeriksaan fisik juga diperlukan pemeriksaan penunjang seperti radiologis dan pemeriksaan laboratorium

PENDIDIKAN KESEHATAN

PENYAKIT OSTEOARTRITIS



TANDA DAN GEJALA

01 Nyeri

Nyeri terjadi ketika melakukan aktifitas berat. Pada tahap yang lebih parah hanya dengan aktifitas minimal sudah dapat membuat perasaan sakit

02 Kekakuan sendi

Kekakuan pada sendi sering dikeluhkan ketika pagi hari ketika setelah duduk yang terlalu lama atau setelah bangun pagi.

03 Krepitasi

Sensasi suara gemeratak yang sering ditemukan pada tulang sendi rawan.

04 Pembengkakan

Pembengkakan pada tulang dapat menyebabkan penurunan kemampuan pergerakan sendi yang progresif.

05 Deformitas sendi

pasien seringkali menunjukkan sendinya perlahan-lahan mengalami pembesaran, biasanya terjadi pada sendi tangan atau lutut

CARA PENCEGAHAN

Upaya pencegahan osteoarthritis lutut meliputi pencegahan primer dan sekunder.

- Pencegahan primer berfokus pada pengendalian faktor risiko sebelum timbulnya gejala, terutama melalui modifikasi gaya hidup dan intervensi nutrisi yang berperan dalam menjaga kesehatan sendi.
- Pencegahan sekunder ditujukan pada individu dengan gejala awal osteoarthritis lutut untuk memperlambat progresivitas penyakit dan mencegah perburukan kondisi melalui pendekatan nutrisi dan manajemen non-farmakologis yang tepat (Slade, 2023)

KOMPLIKASI

Komplikasi tersering dari kasus OA adalah nyeri deformitas dari sendi yang mengalami osteoarthritis. Karena bersifat progresif, jika tidak tertangani akan menyebabkan keterbatasan dalam mobilisasi. Hal ini akan menyebabkan penurunan dari kualitas hidup pasien.

PENATALAKSANAAN

Non Operatif :

- Program penatalaksanaan mandiri (self-management programs): modifikasi gaya hidup.
- Bila berat badan berlebih (BMI > 25), program penurunan berat badan, minimal penurunan 5% dari berat badan, dengan target BMI 18,5-25.
- Program latihan aerobik
- Terapi fisik meliputi latihan perbaikan lingkup gerak sendi, penguatan otot-otot (quadrisept/pangkal paha) dan alat bantu gerak sendi
- Terapi okupasi meliputi proteksi sendi dan konservasi energi

Farmakologi: NSAID (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug) atau asetaminofen (parasetamol).

Operasi



DAFTAR PUSTAKA

- Swandari Atik., Siwi Ken., Putri F., Waritsu C., Abdullah K., (2022). *BUKU AJAR TERAPI LATIHAN PADA OSTEOARTHRITIS LUTUT. Penulis : Editor : 1–60.*
- Atari, S. P., Febiana, N. F., (2023). STUDI LITERATUR: DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA OSTEOARTHRITIS. *Page 3184 of 11. 10(11), 3184–3194.*
- Siti Nur Aisyah Pratama Bintang., Popi Sopiah., Rafika Rosyda., (2023). TERAPI KOMPLEMENTER YOGA PADA LANSIA PENDERITA OSTEOARTHRITIS: ANALISIS BIBLIOMETRIK. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional. 5, 997–1006.*
- Winda Puspita Sari., Fitria Saftarina., (2022). PENATALAKSANAAN HOLISTIK WANITA USIA 57 TAHUN DENGAN OSTEOARTHRITIS MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional. 4 (November), 1235–1245.*
- Nurrasyida., Patimah Sari Siregar., Kaban, K. B., & Nababan, T. (2026). *Deteksi Dini dan Cara Pencegahan Osteoarthritis Lutut. 1(1), 39–45.*
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2021). *Diagnosis dan Pengelolaan Osteoarthritis Diagnosis dan Pengelolaan.*

Lampiran 2

DOKUMENTASI



Lampiran 3

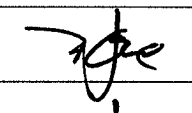
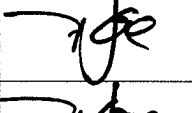
LEMBAR BIMBINGAN

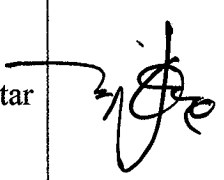
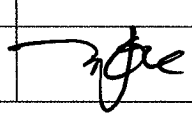
Nama : Camila Siti Sadiyah

NIM : KHGA2037

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Osteoarthritis pada KATZ indeks A Di Kampung Pogor Desa Cintarasa Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut.

Pembimbing : H. Mohamad Ridwan R., S. Kep., M. Pd

No	Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	17/06/2026	Bab I	- Perbaiki sesuai arahan - Bahasa asing di miringkan - Lengkapi data dan sumber		
2	22/06/2026	Bab I Bab II	- Perbaiki sesuai arahan - Tinjauan teoritis - Tulis dua pendapat tokoh kemudian simpulkan - Lanjutkan Bab III		
3	25/06/2026	Bab I Bab II	- Acc - Lanjut Bab III		
4	29/06/2026	Bab III	- Perbaiki sesuai arahan - Lanjut Bab IV		
5	01/07/2026	Bab III Bab IV	- Acc Bab III - Perbaiki Bab IV		
6	03/07/2026	Bab I Bab II Bab III Bab IV	- Abstrak, latar belakang perbaiki - Lembar persetujuan		

			- perbaiki - Kata pengantar - perbaiki - Daftar isi - perbaiki - Pembahasan - lengkapi - Daftar Pustaka - lengkapi		
7	06/07/2026	Draft	- Abstrak mencakup latar belakang, tujuan, metode, masalah, Kesimpulan - Kata pengantar disingkat - Kesimpulan menjawab tujuan khusus - Lengkapi daftar table, bagan dan lampiran - Lengkapi draft		
8	07/07/2026	Draft	- Acc sidang		

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA PRIBADI

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Nama | : Camila Siti Sadiyah |
| 2. Umur | : 21 Tahun |
| 3. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 06 Agustus 2004 |
| 4. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Status | : Mahasiswa |
| 7. Kewarganegaraan | : Indonesia |
| 8. Alamat Rumah | : Kp. Sindangreret Rt.03/Rw05
Desa Karangpawitan, Kec. Karangpawitan,
Kab Garut, Jawa Barat |

B. PENDIDIKAN FORMAL

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| SDN 01 KARANGPAWITAN | : Tahun 2011 s/d 2017 |
| SMP Negeri 02 KARANGPAWITAN | : Tahun 2017 s/d 2020 |
| SMA Negeri 18 Garut | : Tahun 2020 s/d 2023 |
| InKes Karsa Husada Garut | : Tahun 2023 s/d sekarang |