BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1. Definisi Lansia

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Lansia adalah seseorang yang telah berusia 55-65 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari. pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia 55-65 tahun, mengalami penurunan kemampuan beradaptasi, dan tidak berdaya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seorang diri Menua atau menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri mengganti diri untuk mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang di derita (Syafridahlia, 2022).

2.1.2. Klasifikasi Lansia

a. Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO, ada empat tahap yakni:
    1. Usia Pertengahan (middle age) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
    2. Lanjut Usia (elderly) ialah antara 60 dan 74 tahun.
    3. Lanjut Usia Tua (old) ialah antara 75 dan 90 tahun.
    4. Usia Sangat Tua (very old) ialah di atas 90 tahun.

b. Referensi lain mengklasifikasikan lansia sebagai berikut : (Depkes RI, 2003) :

1. Pra lansia (prasenilis)

   Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

2. Lansia

   Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih

3. Lansia resiko tinggi

   Berusia 70 tahun atau lebih atau usia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

4. Lansia potensial

   Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.

5. Lansia tidak potensial

   Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Hamdayani, 2012).

2.1.3. Tipe Lansia

Tipe lansia tergantung pada karakter,pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, sosial dan ekonominya. Tipe tersebut di antaranya :

1. Tipe arif bijaksana

   Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe Mandiri

   Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

3. Tipe tidak Puas

   Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit di layanu, pengkritik, dan banyak menuntut

4. Tipe pasrah

   Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

5. Tipe Bingung

   Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh. Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, konstruktif, dependen (tergantung), defensive (bertahan), militant dan serius, tipe pemarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri) (Kurniawan, 2015).

2.1.4. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia menurut adalah:

1. Perubahan Fisik

   a. Sel

      Terjadi penurunan sel, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh serta berkurangnya cairan intraseluler. Proporsi protein di otak, ginjal darah dan hati menurun, jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%, lekukan otak menjadi lebih dangkal dan melebar.

   b. Sistem Persarafan

      Terjadi penurunan hubungan persarafan; menurunnya berat otak 10-20% waktu dan respon untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress, mengecilnya saraf panca-indra, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dan ketahan suhu dingin rendah, kurang sensitif terhadap sentuhan serta defisit memori.

c. Sistem Pendengaran

Terjadinya gangguan pendengaran; pendengaran pada telinga dalam menghilang, terutama pada bunyi suara ataupun nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, serta sulit mengerti kata-kata yang diucapkan sama orang lain; memberan timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, terjadi pengumpulan serumen dan dapat mengeras yang disebabkan meningkatnya keratin, menurunnya fungsi pendengaran pada lansia yang mengalami ketegangan atau stres, terjadi titanes, yaitu bising yang bersifat mengengung, bisa bernada rendah dan tinggi serta bisa terjadi secara terus-menerus.

d. Sistem Muskuloskeletal

1) Tulang akan kehilangan cairan dan tulang semakin rapuh.
2) Gangguan tulang, tulang akan mudah mengalami demineralisasi.
3) Menurunnya kekuatan dan stabilitas pada tulang, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat di area tulang tersebut.
4) Kartilago yang meliputi permukaan di sendi tulang penyangga rusak.
5) Kifosis.
6) Gangguan pada saat jalan.
7) Kekakuan jaringan penghubung
8) Diskus intervertebralis menipis dan akan menjadi pendek.
9) Persendian yang membesar dan sendi menjadi kaku serta nyeri.
10) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis, atrofi serabut otot, mengecilnya serabut-serabut otot hingga

gerakan akan menjadi lamban, otot kram dan menjadi tremor.

11) Berkurangnya aliran darah ke otot sejalannya dengan proses menua.

12) Otot polos tidak begitu terpengaruh (Mutmainah, 2022).

2.2 Konsep Nyeri Sendi

2.2.1 Definisi Nyeri Sendi

Nyeri sendi merupakan suatu peradangan sendi yang ditandai dengan pembengkakan sendi, warna kemerahan, panas, nyeri dan terjadinya gangguan gerak. Nyeri sendi paling banyak di jumpai terutama pada sendi yang menopang beban tubuh seperti sendi lutut dan sendi panggul (Adelia et al., 2023). Nyeri sendi merupakan keluhan yang sering dijumpai pada usia pra lansia dan lansia serta sering menimbulkan disabilitas. Nyeri sendi merupakan sekumpulan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan pada satu atau lebih persendian . Nyeri sendi sebagai gejala yang umum terjadi pada gout arthritis, osteoarthritis maupun rheumatoid arthritis. Tanda-tanda peradangan seperti tumor, kalor, dolor, rubor dan fungsio laesa sering nampak tetapi tidak semua tanda peradangan muncul, tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Nyeri sendi mempengaruhi kualitas hidup karena menyebabkan gangguan aktivitas fungsional(Suwarni & Astriana, 2022).

Nyeri sendi pada lansia walaupun tidak menimbulkan kematian, akan tetapi dapat mengganggu atau menghambat aktivitas sehari-hari pada lansia dikarenakan adanya gangguan rasa nyeri sendi yang tidak tertahankan pada lutut, kekakuan, serta bengkak dan menyebabkan terjadi keterbatasan gerak pada lansia, serta berdampak pada kemandirian dari lansia dalam melakukan perawatan dirinya dan juga akan berdampak buruk pada kualitas hidupnya (Suryantini et al., 2022).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri Sendi

Menurut Wardani, (2017) berdasarkan sumber nyeri, maka nyeri dibagi menjadi :

a. Nyeri somatik luar Nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Nyeri biasanya dirasakan seperti terbakar, jatam dan terlokalisasi.
b. Nyeri somatik dalam Nyeri tumpul (dullness) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.
c. Nyeri viseral Nyeri karena perangsangan organ viseral atau membran yang menutupinya (pleura parietalis, perikardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi lagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.

Berdasarkan timbulnya nyeri dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktivitas saraf otonom seperti : takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis dan perubahan wajah : menyeringai atau menangis Bentuk nyeri akut dapat berupa:
   1) Nyeri somatik luar : nyeri tajam di kulit, subkutis dan mukosa
   2) Nyeri somatik dalam : nyeri tumpul pada otot rangka, sendi dan jaringan ikat
   3) Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ viseral
b. Nyeri kronik adalah nyeri berkepanjangan dapat berbulan-bulan tanpa tanda2 aktivitas otonom kecuali serangan akut. Nyeri tersebut dapat berupa nyeri yang tetap bertahan sesudah penyembuhan luka (penyakit/operasi) atau awalnya berupa nyeri akut lalu menetap sampai melebihi 3 bulan. Nyeri ini disebabkan oleh :

1) kanker akibat tekanan atau rusaknya serabut saraf
2) non kanker akibat trauma, proses degenerasi dll

Berdasakan derajat nyeri dikelompokan menjadi:

a. Nyeri ringan adalah nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari hari dan menjelang tidur.
b. Nyeri sedang nyeri terus menerus, aktivitas terganggu yang hanya hilan apabila penderita tidur.
c. Nyeri berat adalah nyeri terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan dering terjaga akibat nyeri.

2.2.3 Etiologi Nyeri Sendi

Nyeri sendi pada lanjut usia terjadi karena proses degeneratif, akibatnya akan terjadi pengurangan pada massa tulang, ada pun beberapa penyebab yang mempengaruhi adalah determinan penurunan massa tulang, yaitu:

1) Faktor genetik

   Faktor ini disebabkan oleh adanya perbedaan genetik pada setiap orang, seseorang dapat terlahir dengan memiliki tulang yang cukup besar atau tulang. Pada seseorang dengan tulang yang kecil akan lebih mudah mendapat risiko fraktur dari pada seseorang dengan tulang yang besar. Begitu juga pada lansia dengan tulang yang besar, saat mengalami penurunan massa tulang sehubungan dengan proses degeneratif, lansia tersebut relatif masih memiliki tulang lebih banyak dibandingkan dengan lansia yang memiliki tulang kecil.

2) Faktor mekanis

   Faktor mekanis tentu berpengaruh terhadap penurunan pada massa tulang terutama pada lanjut usia. Lansia akan mengalami proses degeneratif yang umumnya menyebabkan aktivitas fisiknya menurun, maka hal tersebut juga akan mempengaruhi beban mekanis tubuh yang juga berpengaruh dalam menurunkan massa tulang.

3) Kalsium

Kalsium merupakan faktor yang ternyata memegang peranan penting pada proses penurunan massa tulang karena semakin bertambahnya usia seseorang kalsium dalam tubuhnya juga semakin berkurang. Bahkan wanita yang berada pada masa menopause keseimbangan kalsiumnya akan terganggu sebab masukan serta absorbsi yang kurang juga bertambahnya eksresi melalui urin. Wanita yang telah menopause setiap harinya akan kehilangan esterogen dan menyebabkan pengurangan kalsium sebanyak 25 mg per/hari.

4) Protein

Protein berperan dalam mempengaruhi penurunan massa tulang, sebab hasil akhir dari pecahan protein akan membantu terjadinya keseimbangan kalsium yang negative. Akan tetapi, jika protein dikonsumsi bersama dengan fosfor, fosfor tersebut akan mengubah pengeluaran kalsium menjadi tinja.

5) Esterogen

Jika estrogen di dalam tubuh hilang ataupun berkurang maka akan menyebabkan gangguan keseimbangan pada kalsium karena menurunnya efisiensi absorbsi dan konservasi kalsium.

6) Rokok & Kopi

Rokok dan kopi dapat menyebabkan penurunan masa tulang apabila dikonsumsi dalam jumlah banyak. Kafein dalam kopi dapat memperbanyak eksresi kalsium melalui urin ataupun feses.

7) Alkohol

Seseorang yang mengkonsumsi alkohol umumnya memiliki masukan kalsium yang rendah pada tubuhnya dan eksresi melalui urinnya meningkat. Namun mekanisme ini belum diketahui dengan jelas (Wicaksana & Rachman, 2018).

2.2.4 Patofisiologi Nyeri Sendi

Pemahaman mengenai anatomi normal dan fisiologis persendian diartrodial atau sinovial merupakan kunci untuk memahami patofisiologi penyakit nyeri sendi. Fungsi persendian sinovial adalah gerakan. Setiap sendi sinovial memiliki kisaran gerak tertentu kendati masing-masing orang tidak mempunyai kisaran gerak yang sama pada sendi-sendi yang dapat digerakkan. Pada sendi sinovial yang normal. Kartilago artikuler membungkus ujung tulang pada sendi dan menghasilkan permukaan yang licin serta ulet untuk gerakan. Membran sinovial melapisi dinding dalam kapsula fibrosa dan mensekresikan cairan kedalam ruang antara tulang. Cairan sinovial ini berfungsi sebagai peredam kejut (shock absorber) dan pelumas yang memungkinkan sendi untuk bergerak secara bebas dalam arah yang tepat. Sendi merupakan bagian tubuh yang sering terkena inflamasi dan degenerasi yang terlihat pada penyakit nyeri sendi. Meskipun memiliki keaneka ragaman mulai dari kelainan yang terbatas pada satu sendi hingga kelainan multi sistem yang sistemik, semua penyakit reumatik meliputi inflamasi dan degenerasi dalam derajat tertentu yang biasa terjadi sekaligus. Inflamasi akan terlihat pada persendian yang mengalami pembengkakan. Pada penyakit reumatik inflamatori, inflamasi merupakan proses primer dan degenerasi yang merupakan proses sekunder yang timbul akibat pembentukan pannus (proliferasi jaringan sinovial). Inflamasi merupakan akibat dari respon imun. Sebaliknya pada penyakit nyeri sendi degeneratif dapat terjadi proses inflamasi yang sekunder.pembengkakan ini biasanya lebih ringan serta menggambarkan suatu proses reaktif, dan lebih besar kemungkinannya untuk terlihat pada penyakit yang lanjut. Pembengkakan dapat berhubungan dengan pelepasan proteoglikan tulang rawan yang bebas dari karilago artikuler yang mengalami degenerasi kendati faktor-faktor imunologi dapat pula terlibat (Kurniawan, 2015).

2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri Sendi

Penatalaksanaan nyeri sendi dibedakan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis.

1) Penatalaksanaan farmakologis yaitu adanya obat-obatan yang digunakan pada penyakit ini adalah untuk mengendalikan inflamasi dan ada sebagian kasus untuk memodifikasi penyakit. Ada tiga kategori dasar obat yang berkasiat untuk mengobati reumatik yaitu: kelompok salisilat, kelompok obat anti inflamasi non steroid (NSAID) dan preparat anti reumatik yang kerjanya lambat. Obat-obatan non opioid kerapkali digunakan untuk penanganan nyeri, khususnya sampai pada tahap awal dalam program therapi, sampai tindakan lainnya dapat dikerjakan secara efektif.
2) Penatalaksanaan nonfarmakologis terdiri dari berbagai tindakan penanganan nyeri berdasarkan stimulasi fisik maupun perilaku kognitif. Penanganan fisik meliputi stimulasi kulit, stimulasi elekktrik saraf kulit transkutan (TENS, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), akupuntur dan pemberian placebo. Intervensi perilaku kognitif meliputi tindakan distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, umpan balik biologis, hypnosis, dan sentuhan terapeutik. Penanganan nyeri dengan tindakan fisik dilakukan dengan tujuan sebagai berikut: Meningkatkan kenyamanan, memperbaiki adanya disfungsi fisik, mengubah respons fisiologik menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan imobilitas karena nyeri atau karena adanya pembatasan aktivitas. Adapun penanganan nyeri secara non-farmakologi yaitu:
    a. Stimulasi Kontralateral. Stimulasi kontralateral adalah memberi stimulasi pada daerah kulit di sisi yang berlawanan dari daerah terjadinya nyeri. Stimulasi kontralateral dapat berupa garukan pada daerah yang berlawanan jika terjadi gatal, menggosok (masase) jika kram (kejang) atau

pemberian kompres dingin atau panas serta pemberian balsam atau obat gosok.

b. Acupressure (Pijat Refleksi). Acupressure dikembangkan dari ilmu pengobatan kuno Cina dengan menggunakan system akupuntur. Terapi memberi tekanan jari- jari pada berbagai titik organ tubuh seperti pada akupuntur. Tindakan ini merupakan tindakan sederhana dan mudah dipelajari.

c. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). Stimulasi saraf elektris transkutan unit peralatan yang dijalankan dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, getaran, atau mendengung pada area kulit tertentu.

d. Imobilisasi. Imobilisasi terhadap organ tubuh yang mengalami nyeri hebat mungkin dapat meredakan nyeri. Kasus seperti arthritis rheumatoid mungkin memerlukan teknik untuk mengatasi nyeri.

e. Distraksi. Distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Macam-macam distraksi yaitu Distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernapasan, distraksi intelektual, teknik pernapasan, imajinasi terbimbing.

f. Relaksasi. Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan mereleksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Relaksasi memberikan efek secara langsung terhadap fungsi tubuh, seperti: Penurunan tekanan darah, nadi, dan frekwensi pernapasan, penurunan ketegangan otot, meningkatkan kemampuan konsentrasi, dan menurunkan perhatian terhadap stimulus lingkungan.

g. Kompres panas. Pengertian pemberian kompres panas memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada tubuh yang memerlukannya. Tujuannya memperlancar sirkulasi darah,

mengurangi rasa nyeri, merangsang peristaltic usus, memperlancar penguluaran getah radang (eksudat), member rasa nyaman dan tenang (Hamdayani, 2012).

2.2.6 Pengkajian Keperawatan Nyeri

Menurut Fatkuriyah, (2022) pengkajian nyeri yang akurat adalah esensial untuk penatalaksanaan nyeri yang efektif karena nyeri bersifat subjektif dan merupakan pengalaman yang unik bagi setiap individu. Pengkajian nyeri dalam keperawatan dikenal dengan istilah PQRST, penjelasannya mengenai PQRST adalah sebagai berikut:

1. P (Provokes)
   Pertanya.an mcliputi: apa yang menimbulkan nyeri (aktivitas, spontan, stress, setelah makan dll)?, apa yang dapat memperburuk dan mengurangi nyeri?
2. Q (Quality) Pertanyaan meliputi: apakah nyeri dirasakan tumpul, tajam, tertekan, berdenyut, seperti diiris, seperti tercekik, terbakar?
3. R (Region) Pertanyaan meliputi: dimanakah nyeri tersebut?, ~pakah nyeri menyebar atau menetap pada suatu tempat?
4. S (Severity) Pertanyaan meliputi: seberapa berat nyen dirrasakan? Apakah nyen nngan, sedang atau berat?
5. T (Time) : Pertanyaan meliputi : berapa lama nyeri dirasakan? Apakah nyeri terns menerus atau atau kadang-kadang? Apakah nyeri terjadi secara mendadak atau berangsur- angsur?

2.2.7 Penilaian Skala Nyeri

Menurut Mardana & Tjahya, (2019) ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi, unidimensional:

a. Hanya mengukur intensitas nyeri
b. Cocok (appropriate) untuk nyeri akut

c. Skala yang biasa digunakan untuk evaluasi pemberian analgetik

d. Skala assessment nyeri unidimensional ini meliputi :

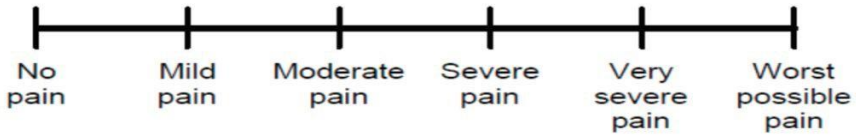
1. Visual Analog Scale (VAS) Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 1). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

Gambar 2. 1 *Visual Analog Scale (VAS)*

2. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka

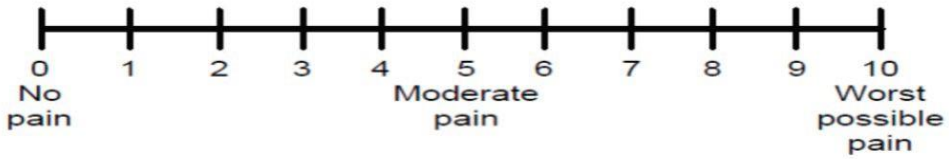
untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2. 2 *Verbal Rating Scale (VRS)*

3. Numeric Rating Scale (NRS)

   Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gambar 2. 3 *Numeric Rating Scale (NRS)*

4. Wong Baker Pain Rating Scale

   Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Gambar 4)

Gambar 2. 4 *Wong Baker Pain Rating Scale*

2.3 Konsep Pemberian Kompres Hangat Jahe Merah

2.3.1. Definisi Kompres Hangat Jahe Merah

Kompres jahe merah sangat efektif untuk mengurangi nyeri. Kompres jahe adalah salah satu kombinasi antara terapi hangat dan terapi relaksasi yang bermanfaat pada penderita nyeri sendi. Jahe mengandung senyawa Phenol yang terbukti memiliki efek anti radang dan diketahui ampuh mengusir penyakit sendi juga ketegangan yang dialami otot sehingga dapat memperbaiki sistem musculoskeletal yang menurun. Selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku dan spasme otot serta terjadinya vasodilatasi pembuluh darah (Hasim, 2017).

2.3.2. Manfaat Kompres Hangat Jahe Merah

Manfaat pemberian kompres hangat jahe merah sebagai berikut :

1. Memperlancar sirkulasi darah.
2. Mengurangi rasa sakit.
3. Memberi rasa hangat, nyaman dan tenang pada pasien.
4. Merangsang peristaltik.
5. Mencegah peradangan meluas (Wali, 2019).

Herbal jahe merah memiliki rasa pedas yang lebih dari pada jahe yang biasa, karena sifatnya yang pedas maka dapat juga menimbulkan rasa hangat dan kehangatan jahe merah bisa digunakan untuk meredakan nyeri sendi dan sakit encok serta obat gosok panas. Jahe merah juga memiliki kandungan minyak nutrisi

dan juga oleoresin. Kedua kandungan tersebut memiliki sifat hangat dan juga meredakan sakit. Untuk penggunaannya secara alami, jahe merah diparut dan di tempelkan pada tempat atau area yang sakit dan nyeri, akan tetapi gunakan secukupnya karena jahe merah cukup panas (Nurhasanah, 2021).

2.3.3. Prosedur Kompres Hangat Jahe Merah

Tabel 2. 1 *SOP Kompres Hangat Jahe Merah (Arisandy et al., 2023).*

SOP Kompres Hangat Jahe Merah		
1.	Persiapan Alat dan Bahan	Persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan dalam kompres hangat jahe merah sebagai berikut: 1. Parutan. 2. Pisau kecil. 3. Baskom kecil. 4. Termos untuk air panas. 5. Handuk kecil dengan ukuran 30x70cm, terdiri dari 2 handuk kecil. Bahan-bahannya yaitu: 1. Jahe merah 100 gram 2. Air hangat kuku 40-50 ˚C
2.	Cara Kerja	Prosedur pembuatan dan pelaksanaan kompres jahe merah dapat mengikuti langkah-langkah sebagai berikut: 1. Siapkan jahe merah 100 gram. 2. Cuci jahe merah sampai bersih. 3. Kemudian jahe merah diparut. 4. Siapkan baskom kecil dan isi air, isi dengan air hangat suhu 40-50 ˚C secukupnya untuk 100 gram jahe merah. Prosedur pelaksanaan : 1. Inform consent

		2. Bersihkan terlebih dahulu daerah nyeri yang akan dilakukan pengompresan. 3. Kemudian tuangkan air hangat yang ada pada termos ke dalam baskom kecil. 4. Kemudian masukkan handuk kecil kedalam air hangat tersebut, kemudian tunggu berapa menit sebelum handuk diperas. 5. Peraskan handuk dan tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri. 6. Tambahkan parutan jahe diatas handuk tersebut. 7. Angkat handuk kecil apabila sudah terasa dingin. 8. Lakukan pengukuran skala nyeri setelah dilakukan pengompresan tersebut (post test). 9. Pengompresan jahe merah dilakukan selama 15-20 menit dilakukan 1x dalam sehari, selama kurang lebih tujuh hari.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Asuhan keperawatan gerontik adalah suatu rangkaian kegiatan proses keperawatan yang ditunjukan kepada lanjut usia. Kegiatan tersebut meliputi pengkajian kepada lansia yang dengan memperhatikan kebutuhan bio/fisik, psikologis, sosial dan spiritual : menganalisi suatu masalah kesehatan/keperawatan dan membuat diagnosa keperawatan : membuat perencanaan : melaksanakan perencanaan dan melakukan evaluasi (Maisara, 2021).

2.4.1. Pengkajian

Tahap pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Proses pengumpulan data ini mencakup pengumpulan data dari sumber primer atau klien secara langsung.

a. Identitas

Data ini mencangkup nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan/ penghasilan, pendidikan terakhir.

b. Keluhan utama Pada umunya yang dirasakan penderita osteoarthritis adalah nyeri hebat di daerah persendian. Nyeri biasanya dirasakan pada saat malam hari atau bahkan saat bangun tidur pagi hari. Selain nyeri, terjadi juga pembengkakan pada ibu jari kaki. Kaji nyeri yang dirasakan klien menggunakan metode Provoking incident atau penyebab dari nyeri biasanya karena beraktifitas fisik terlalu lama dan kurang istirahat, Quality atau kualitas nyeri yang di rasakan pasien biasanya nyeri berdenyut-denyut, Regional atau lokasi nyeri yang di rasakan pasien biasanya di sendi lutut, punggung, pinggang, Scale atau skala nyeri yang di rasakan pasien osteoarthritis adalah dengan skala nyeri sedang 4-8, Time atau waktu nyeri yang di rasakan pasien tergantung dari yang di rasakan pasiennya ada yang nyeri berlangsung selama kurang lebih 1 jam ada juga yang nyeri nya yang terus menerus.

1. Riwayat penyakit sekarang

   Kaji keadaan kesehatan klien saat ini. Biasanya terjadi nyeri hebat pada sendi serta pembengkakan. Pada umumnya akan mengalami pembengkakan pada sendi lutut, kulit berwarna merah, permukaan sendi teraba panas, mudah lelah dan gangguan dalam beraktifitas.

2. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apa sebelumnya klien pernah mengalami nyeri yang sama dalam bebebrapa bulan terakhir. Selain itu perlu dikaji juga apakah klien menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan ginjal. Masalah lain yang perlu ditanyakan adalah apakah klien pernah dirawat dengan masalah yang sama. Kaji adanya pemakaian alkohol yang berlebihan dan penggunaan obat diuretik. Biasanyan osteoarthritis disebabkan oleh kerusakan tulang rawan atau kartilago, Kerusakan kartilago ini bisa disebabkan oleh stress mekanik atau perubahan biokimia pada tubuh.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah dalam keluarga ada anggota keluarga yang lain menderita penyakit yang sama seperti yang di derita klien. Apakah klien mempunyai riwayat penyakit keturunan.

c. Pemeriksaan fisik

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui sistem tubuh:

1. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami nyeri biasanya lemah.

2. Kesadaran

Kesadaran klien composmentis

3. Tanda-tanda vital

Pada umumnya, lansia dengan osteoarthritis mengalami peningkatan tekanan darah, nadi biasanya meningkat, suhu biasanya terjadi peningkatan.

4. Pola aktivitas dan istirahat

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari hari karena kelemahan akibat nyeri.

5. Pola tidur dan istirahat Klien

   Klien mengalami nyeri kesulitan memulai tidur, terbangun dalam waktu yang lama.

6. Pengkajian psikososial

   Kaji respon terhadap penyakit yang dideritanya dan penyakit klien dalam keluarga dan masyarakat. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentang variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri, dan ketidak ketahuan akan program pengobatan dan prognosis penyakit serta peningkatan asam urat terhadap sirkulasi. Adanya perubahan peran dalam keluarga akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptive pengkajian status psikologi meliputi pengkajian fungsi kognitif dan pengkajian psikososial (mental, emosional). Bagian yang popular dan sederhana adalah yang di sebut minimetal state examination (MMSE). Pemeriksaan ini dilakukan untuk dapat menentukan pikiran serta proses mental, apakah lansia dapat memperlihatkan fungsi yang optimal. Pada pengkajian tingkat keseimbangan dan resiko jatuh/injuri didapatkan hasil Time Up and Go Test yaitu 14 detik yang artinya lansia memiliki resiko jatuh yang lebih tinggi.

7. Perubahan spiritual, data yang dikaji:

   Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agama, apakah terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa dan sholat, dalam menghadapi cobaan lansia terlihat tabah dan tawakal.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (Danamcor, 2022). Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi.
   Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

a. Gejala dan tanda mayor.
   1) Subjektif
      a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
   2) Objektif
      b) Kekuatan otot menurun.
      c) Rentang gerak (ROM) menurun.

b. Rentang gerak (ROM) menurun.
   1) Subjektif
      a) Nyeri saat bergerak.
      b) Enggan melakukan pergerakan.
      c) Merasa cemas saat bergerak.
   2) Objektif
      a) Sendi kaku.
      b) Gerakan tidak terkoordinasi.
      c) Gerakan terbatas.
      d) Fisik lemah

2. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis.
   Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintesitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

a. Gejala dan tanda mayor.
   1) Subjektif
      a) Mengeluh nyeri.
      b) Merasa depresi (tertekan).
   2) Objektif
      a) Tampak meringis.
      b) Gelisah.
      c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas.
b. Gejala dan tanda minor.
   1) Subjektif
      a) Merasa takut mengalami cedera berulang.
   2) Objektif
      a) Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri).
      b) Waspada
      c) Pola tidur berubah
      d) Anoreksia
      e) Fokus menyempit
      f) Berfokus pada diri sendiri.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

   Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.