

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PENDERITA GOUT  
DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA  
SUMBERANYAR PASURUAN**



**Oleh :**

**SINTA RAHMAWATI SUWARSO  
NIM. 1801133**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PENDERITA GOUT  
DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA  
SUMBERANYAR PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)  
Di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :**

**SINTA RAHMAWATI SUWARSO  
NIM. 1801133**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2021**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

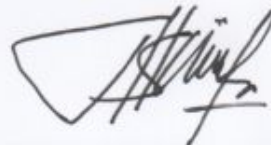
Nama : Sinta Rahmawati Suwarso  
NIM : 1801133  
Tempat, Tanggal Lahir : Pasuruan, 02 Desember 1999  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PENDERITA GOUT DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA SUMBERANYAR PASURUAN**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Pasuruan, 27 Mei 2021

Yang menyatakan,



**Sinta Rahmawati Suwarso**  
NIM. 1801133


Mengetahui,

Pembimbing I



**Ns. Riesmivatingdyah, S.Kep.,M.Kes**  
NIDN. 0725027901

Pembimbing 2



**Ns. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.,M.Kep**  
NIDN. 3430127601

## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Sinta Rahmawati Suwarso

Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Penderita Gout Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Pasuruan

Telat disetujui untuk di ujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 27 Mei 2021

Oleh :

Pembimbing I



Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,M.Kes  
NIDN. 0725027901

Pembimbing 2



Ns. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.,M.Kep  
NIDN. 3430127601

Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0703087801

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang Karya Tulis Ilmiah di  
Program StudiDIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal 27 Mei 2021


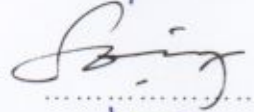
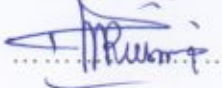
### TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns. Meli Diana, S.Kep.,M.Kes

Anggota :

1. Ns. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.,M.Kep
2. Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,M.Kes

  
.....  
  
.....  
  
.....

Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



  
Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

## **MOTTO**

“Kegagalan anda tidak final, maka jangan putus asa. Sukses anda juga tidak final, maka janganlah sombong”

-Mario Teguh-

“Sukses bukanlah hal yang kebetulan. Sebab, kesuksesan terbentuk dari kerja keras, pembelajaran, pengorbanan, dan cinta yang ingin kamu lakukan”

-Pele-

“Jika kau tak suka sesuatu, ubahlah. Jika tak bisa, maka ubahlah cara pandangmu tentangnya”

-Maya Angelou-

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah Hirobbilalamin saya ucapkan kepada Allah S.W.T karena atas ijinNya tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.

Tugas akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Untuk Ayah, ibu, kakak, dan adek saya ucapkan banyak terima kasih karena selama ini telah memberi dukungan, do'a, dan semangat. Semoga Allah S.W.T memberi saya kesempatan untuk membahagiakan kalian kelak.
2. Untuk bapak dan ibu dosen terutama ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, ibu Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,M.Kes, dan bapak Ns. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.,M.Kep. Terima kasih saya ucapkan atas ilmu, bimbingan dan pelajaran hidup yang telah diberikan kepada saya tanpa bapak dan ibu dosen semua ini tidak akan berarti.
3. Untuk teman saya (navia, firda, dinda, vika, mia, dihar, dian,) dan sahabat SMA saya ( risma, aulya, risma, nadia ), terima kasih karena hingga saat ini tetap mensupport dan saling memberi semangat. Semoga kebersamaan tetap terjalin erat.
4. Untuk teman seperjuangan saya yang tidak dapat disebutkan satu per satu saya ucapkan terima kasih, atas kebersamaan selama ini. Ada suka dan duka yang kita lewati. Tetapi tak apa semua itu untuk pendewasaan kita masing-masing. Semoga kita dapat meraih kesuksesan sesuai yang harapan kita. Aamiin.

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Penderita Gout Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Progam D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terimakasih kepada :

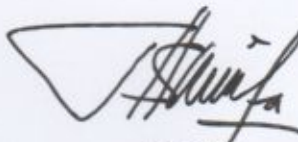
1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Untuk Orangtua Ayah Suwarso dan Ibu Suwarni, kakak saya Qorirotul Aini Suwarso dan adek saya Intan Andriani Suwarso yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari awal hingga akhir.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
4. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,Ns., M.Kep pembimbing I yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, doa, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.Ns., M.Kep pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah.
6. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu, teman – teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
7. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.



Penulisan sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Pasuruan, 02 Maret 2021



Penulis

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Surat Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Motto .....	vi
Lembar Persembahan .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.5.1 Metode .....	4
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	4
1.5.3 Sumber Data .....	5
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	5
1.6 Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA KONSEPTUAL, DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Penyakit Gout .....	6
2.1.1 Definisi Gout.....	6
2.1.2 Klasifikasi Gout .....	7
2.1.3 Etiologi Gout.....	8
2.1.4 Faktor Resiko Gout .....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis Gout.....	11
2.1.6 Patofisiologi Gout .....	11
2.1.7 Pathway Gout.....	13
2.1.8 Komplikasi Gout.....	14
2.1.9 Penatalaksanaan Gout .....	14
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang Gout .....	15
2.2 Konsep Klien.....	15
2.2.1 Definisi Keluarga .....	15
2.2.2 Bentuk Keluarga .....	16
2.2.3 Struktur Keluarga .....	17
2.2.4 Tingkat Keluarga .....	19
2.2.5 Fungsi Keluarga .....	25

2.3 Konsep Dampak Masalah .....	28
2.3.1 Konsep Solusi .....	28
2.3.2 Konsep Masalah Yang Sering Muncul .....	29
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	32
2.4.1 Pengkajian.....	32
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	36
2.4.3 Perencanaan .....	40
2.4.4 Pelaksanaan.....	42
2.4.5 Evaluasi.....	42
2.5 Kerangka Masalah.....	43
 <b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	45
3.2 Analisa Data .....	52
3.3 Diagnosa Keperawatan sesuai dengan prioritas masalah.....	52
3.4 Intervensi Keperawatan.....	55
3.5 Implementasi Keperawatan .....	57
3.6 Evaluasi Keperawatan.....	61
 <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian.....	63
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	70
4.3 Intervensi Keperawatan.....	72
4.4 Implementasi Keperawatan .....	73
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	74
 <b>BAB 5 PENUTUPAN</b>	
5.1 Simpulan .....	77
5.2 Saran.....	78
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	 <b>79</b>
 <b>LAMPIRAN.....</b>	 <b>80</b>

## LAMPIRAN DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Asam Urat Normal .....	36
Tabel 2.2	Skala Bailon Maglaya .....	37
Tabel 2.3	Intervensi Keperawatan Pada Penderita <i>Gout</i> .....	40
Tabel 3.1	Identitas Klien .....	45
Tabel 3.2	Komposisi Keluarga .....	45
Tabel 3.3	Tipe Keluarga .....	46
Tabel 3.4	Status Sosial Ekonomi Keluarga .....	47
Tabel 3.5	Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga .....	47
Tabel 3.6	Data Keluarga .....	48
Tabel 3.7	Struktur Keluarga .....	48
Tabel 3.8	Fungsi Keluarga .....	49
Tabel 3.9	Stress dan Koping Keluarga .....	50
Tabel 3.10	Pemeriksaan Keluarga .....	50
Tabel 3.11	Harapan Keluarga .....	51
Tabel 3.12	Analisa Data .....	52
Tabel 3.13	Diagnosa Keperawatan .....	52
Tabel 3.14	Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga .....	53
Tabel 3.15	Intervensi Keperawatan Keluarga .....	55
Tabel 3.16	Implementasi Keperawatan .....	57
Tabel 3.17	Evaluasi Keperawatan .....	61

## DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	<i>Pathway Gout</i> .....	14
Gambar 2.2	Kerangka Masalah.....	44
Gambar 3.1	Genogram Keluarga .....	46
Gambar 3.2	Denah Rumah .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Lembar Permohonan Izin Penelitian .....	80
Lampiran 2	Lembar <i>Informed Consent</i> .....	81
Lampiran 3	Lembar konsultasi pembimbing 1 .....	82
Lampiran 4	Lembar konsultasi pembimbing 2 .....	83

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit gout adalah salah satu penyakit inflamasi sendi yang paling sering ditemukan, ditandai dengan penumpukkan kristal monosodium urat di dalam ataupun di sekitar persendian. Monosodium urat ini berasal dari metabolisme lain (Zahara, 2013). Peningkatan kadar asam urat atau hiperurisemia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berkaitan, diantaranya resistensi insulin, sindrom metabolik, obesitas, insufisiensi ginjal, hipertensi, gagal jantung kongestif, dan transplantasi organ. Risiko kejadian gout meningkat pada orang yang banyak mengonsumsi makanan dengan kandungan purin tinggi seperti : daging dan makanan laut, etanol seperti : bir dan alcohol. Neomuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilitasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H. dan Kusuma. H, 2015). Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan muskuloskeletal, nyeri dan salah satu yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu osteoarthritis yang merupakan peradangan pada sendi yang menyebabkan nyeri pada sendi (PPNI,2016).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO), prevalensi gout di dunia sebanyak 34,2 persen. Gout sering terjadi di negara maju seperti Amerika. Prevalensi gout di negara Amerika sebesar 26,3 persen dari total penduduk.

Peningkatan kejadian gout tidak hanya terjadi di negara maju saja. Namun, peningkatan juga terjadi di negara berkembang, salah satunya di Negara Indonesia (WHO, 2017). Hasil Riskesdas tercatat bahwa prevalensi penyakit sendi di Indonesia berdasarkan wawancara diagnosa dokter (7,3%). Seiring dengan bertambahnya umur, demikian juga yang diagnosa dokter prevlensi tertinggi pada umur kurang dari 75 tahun (18,9%). Prevalensi berdasarkan umur yang di diagnosa dokter lebih tinggi pada perempuan (8,5%) di banding laki – laki (6,1%) (Riskesdas, 2018).

Penanganan gout difokuskan pada cara mengontrol nyeri, hal tersebut merupakan hal yang serng di alami oleh penderita gout, mengurangi kerusakan sendi, dan meningkatkan atau mempertahankan fungsi kualitas hidup. Penanganan meliputi terapi farmakologis dan non farmakologis, penatalaksanaan nyeri terdiri atas intervensi yang bersifat independen atau non farmakologis dan intervensi kolaboratif atau pendekatan secara individu salah satu tindakan nonfarmakologis untuk penderita gout diantaranya adalah kompres hangat. Peran perawat dalam menangani penderita gout yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada penderita seperti cara menangani asam urat yang kambuh, perawat memberikan informasi atau pengetahuan kepada penderita tentang penyebab dan penanganan penurunan skala nyeri gout (Mulfianda dan Nidia, 2019).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran Asuhan Keperawatan Keluarga pada penderita Gout dengan masalah Gangguan Mobilits Fisik di desa Sumberanyar.



### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gangguan Mobilitas Fisik pada Tn.S Gout di Desa Sumberanyar.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian keperawatan keluarga pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik pada Gout di desa Sumberanyar.
2. Menggambarkan masalah keperawatan pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik pada Gout di desa Sumberanyar.
3. Menggambarkan intervensi keperawatan pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik pada Gout di desa Sumberanyar.
4. Menggambarkan implementasi keperawatan pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik pada Gout di desa Sumberanyar.
5. Menggambarkan evaluasi perkembangan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik pada Gout di desa Sumberanyar.

### **1.4 Manfaat**

#### 1.4.1 Bagi penulis

Penulis ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai sarana untuk mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman khususnya dibidang keluarga pada penderita Gout.

#### 1.4.2 Bagi keluarga

Sebagai masukan bagi keluarga yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan keluarga pada Gout.

#### 1.4.3 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan peningkatan mutu pendidikan serta sebagai bahan kepustakaan.

#### 1.4.4 Bagi institusi

Dapat memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi peningkatan penyakit Gout karena gangguan mobilitas fisik di wilayah desa Sumberanyar Pasuruan sehingga dapat menjadi bahan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

### **1.5 Metode Penulisan**

#### 1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan sudi pendekatan proses keperawatandengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

##### 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

##### 2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

##### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### 1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien dan hasil – hasil pemeriksaan.

3. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

### 1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, kata pengantar, daftar isi.

### 1.6.2 Bagian inti

Bagian ini terdiri dari dua bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub-bab berikut ini :

1. Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat
2. Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan dengan diagnosa Gout, serta kerangka masalah.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit Gout**

##### **2.1.1 Definisi Gout**

Gout adalah gangguan metabolisme dimana protein berbasis purin tidak dapat di metabolisme tubuh dengan baik. Sebagai hasilnya, ada peningkatan jumlah asam urat, yang adalah hasil akhir metabolisme purin. Sebagai hasil dari hiperurisemia, kristal asam urat berkumpul di dalam sendi, yang paling umum ibu jari kaki (podagra), menyebabkan sakit ketika sendi bergerak. Asam urat dibersihkan dari tubuh melalui ginjal. Pasien dapat juga dapat berpotensi ke arah penyakit batu ginjal ketika asam urat mengkristal di dalam ginjal.

Menurut American Collage of Rheumatology (2012), gout adalah suatu penyakit dan potensi ketidakmampuan akibat radang sendi yang sudah dikenal sejak lama, gejalanya biasanya terdiri dari episodik berat dari nyeri inflamasi satu sendi. Gout tidak terbatas pada jempol kaki, dapat juga mempengaruhi sendi lain termasuk kaki, pergelangan kaki lutut, lengan, pergelangan tangan, siku dan kadang di jaringan lunak dan tendon. Biasanya hanya mempengaruhi satu sendi pada satu waktu, tapi bisa menjadi semakin parah dan dari waktu ke waktu dapat mempengaruhi beberapa sendi.

Gout merupakan istilah yang dipakai untuk sekelompok gangguan metabolik yang ditandai oleh meningkatnya konsentrasi asam urat. Penyakit gout merupakan penyakit akibat penimbunan kristal monosodium urat di dalam tubuh sehingga menyebabkan nyeri sendi disebut gout artritis.

Jadi dapat disimpulkan gout adalah suatu penyakit gangguan metabolik dimana tubuh tidak dapat mengontrol asam urat sehingga terjadi penumpukkan asam urat yang menyebabkan rasa nyeri pada tulang dan sendi.

### **2.1.2 Klasifikasi Gout**

Ada tiga klasifikasi berdasarkan manifestasi klinik :

#### **1. Gout arthritidis stadium akut**

Radang sendi timbul sangat cepat dalam waktu singkat. pasien tidur tanpa ada gejala apa – apa. Pada saat bangun pagi terasa sakit yang hebat dan tidak dapat berjalan. Biasanya bersifat monoartikular dengan keluhan utama berupa nyeri, bengkak, terasa hangat, merah dengan gejala sistemik berupa demam, menggigil dan merasa lelah. Apabila proses penyakit berlanjut, dapat terkena sendi lain yaitu pergelangan tangan atau kaki, lutut, dan siku. faktor pencetus serangan akut antara lain berupa trauma lokal, diet tinggi purin, kelelahan fisik, stress, pemakaian obat diuretic dan lain – lain.

#### **2. Stadium interkritikal**

Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut dimana terjadi periode interkritik. Walaupun secara klinik tidak dapat ditemukan tanda-tanda radang akut, namun pada aspirasi sendi ditemukan Kristal urat. Hal ini menunjukkan bahwa proses peradangan masih terus berlanjut, walaupun tanpa keluhan (Fatwa, 2014).

#### **3. Stadium arthritis gout kronik**

Stadium ini umumnya terdapat pada pasien yang mampu mengobati dirinya sendiri (self medication). Secara umum penanganan

gout arthritis adalah memberikan edukasi pengaturan diet, istirahat sendi dan pengobatan. Pengobatan dilakukan dini agar tidak terjadi kerusakan sendi ataupun komplikasi lainnya.

### **2.1.3 Etiologi Gout**

Berdasarkan penyebabnya, penyakit gout digolongkan menjadi 2, yaitu :

#### **1. Gout primer**

Penyebab kebanyakan belum diketahui (idiopatik). Hal ini di duga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan meningkatkan produksi gout. Hiperurisemia atau berkurangnya pengeluaran gout dari tubuh dikatakan dapat menyebabkan terjadinya gout primer. Hiperurisemia primer adalah kelainan molekular yang masih belum jelas diketahui. Berdasarkan data ditemukan bahwa 99% kasus adalah gout dan hiperurisemia primer. Gout primer yang merupakan akibat dari hiperurisemia primer, terdiri dari hiperirusemia karena penurunan ekskresi (80 – 90 %) dan karena produksi yang berlebih (10 – 20 %).

#### **2. Gout Sekunder**

Gout sekunder dibagi menjadi beberapa kelompok yaitu kelainan yang menyebabkan peningkatan biosintesis de novo, kelainan yang menyebabkan peningkatan degradasi ATP atau pemecahan asam nukleat dan kelainan yang menyebabkan sekresi menurun. Hiperurisemia sekunder karena peningkatan biosintesis de novo terdiri dari kelainan karena kekurangan menyeluruh enzim HPRT pada syndrome Lesh-Nyhan, kekurangan enzim glukosa – 6 phosphate pada glycogen storage disease

dan kelainan karena kekurangan enzim fructose – 1 phosphate aldolase melalui glikolisis anaerob. Hiperurusemia sekunder karena produksi berlebih dapat disebabkan karena keadaan yang menyebabkan peningkatan pemecahan ATP atau pemecahan asam nukleat dari intisel. Peningkatan pemecahan ATP akan membentuk AMP dan berlanjut membentuk IMP atau purine nucleotide dalam metabolisme purin, sedangkan hiperurisemia akibat penurunan ekskresi dikelompokkan dalam beberapa kelompok yaitu karena penurunan masa ginjal, penurunan filtrasi glomerulus, penurunan fractional uric acid clearance dan pemakaian obat – obatan.

#### **2.1.4 Faktor Resiko**

##### **1. Penyakit ginjal kronis**

Hiperurisemia dan penyakit ginjal memiliki hubungan sebab akibat. Gangguan fungsi ginjal pada ginjal bisa mengganggu ekskresi asam urat. Namun, kadar asam urat yang terlalu tinggi juga bisa mengganggu kinerja dan fungsi ginjal (Lingga, 2012).

##### **2. Faktor usia**

Gout umumnya dialami oleh pria dan wanita dewasa yang berusia diatas 40 tahun. Setelah memasuki masa pubertas, pria memiliki resiko gout lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Ketika memasuki usia paruh baya, jumlahnya menjadi sebanding antara pria dan wanita. Dalam sebuah kajian di Amerika, prevalensi berlipat ganda dalam populasi usia 40 – 75 tahun. Dalam kajian kedua, prevalensi gout pada populasi dewasa di Inggris diperkirakan sebesar 1,4%, dengan puncaknya lebih dari 7% pada pria usia 40 – 75 tahun. Menurut survey yang diadakan oleh National

Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), rasio penderita hiperurisemia sebagai berikut :

- 1) Usia diatas 20 tahun : 24%
- 2) Usia 50 – 60 tahun : 30%
- 3) Usia lebih tua dari 60 tahun : 40%
- 4) Rata – rata penduduk Asia : 5 – 6%

Resiko serangan gout mencapai puncaknya pada saat seseorang berusia 75 tahun, setelah berusia di atas 75 tahun, resiko gout semakin menurun, bahkan tidak ada resiko sama sekali. Kecuali, jika penyakit tersebut merupakan perkembangan dari penyakit gout kronis yang sebelumnya telah di alami (Lingga, 2012).

### 3. Dehidrasi

Kekurangan cairan di dalam tubuh akan menghambat ekskresi gout. Pada dasarnya semua cairan itu adalah pelarut. Air yang memiliki daya larut paling tinggi adalah air putih. Air putih dapat melarutkan semua zat yang larut di dalam cairan, termasuk asam urat. Air diperlukan sebagai pelarut gout yang dibuang atau diekskresi melalui ginjal bersama urine.

### 4. Makan berlebihan

Asupan purin dari makanan akan menambah jumlah purin yang beredar di dalam tubuh. Secara teknis, penambahan purin yang beredar di dalam darah tergantung pada jumlah purin yang berasal dari makanan. Artinya, semakin banyak , mengkonsumsi purin semakin tinggi kadar asam urat (produk akhir metabolisme purin) dalam tubuh (Lingga, 2012).



## 5. Konsumsi alcohol

Sejumlah studi mengatakan konsumsi alcohol memiliki pengaruh sangat besar dalam meningkatkan prevalensi gout pada penggemar alcohol. Dampak buruk alcohol akan semakin nyata pada individu yang mengalami obesitas. Dikatakan bahwa penderita obesitas yang gemar mengkonsumsi alcohol dipastikan mengalami gout (Lingga, 2012).

### 2.1.5 Manifestasi Klinis Gout

Manifestasi klinis menurut Naga (2013) sebagai berikut :

- 1) Hiperurisemia
- 2) Arthritis pirai atau gout akut, bersifat eksplosif, nyeri hebat, bengkak, merah, teraba panas pada persendian, dan akan sangat terasa pada waktu bangun tidur di pagi hari.
- 3) Terdapat kristal urat yang khas dalam cairan sendi.
- 4) Terdapat tofi dengan pemeriksaan kimiawi.
- 5) Telah terjadi lebih dari satu serangan akut.
- 6) Adanya serangan pada satu sendi, terutama pada sendi ibu jari kaki.
- 7) Sendi terlihat kemerahan.
- 8) Terjadi pembengkakan asimetris pada satu sendi.
- 9) Tidak ditemukan bakteri pada saat serangan dan inflamasi.
- 10) Kista subkortikal tanpa erosi (radiologi).
- 11) Kultur mikroorganisme negatif pada cairan sendi.

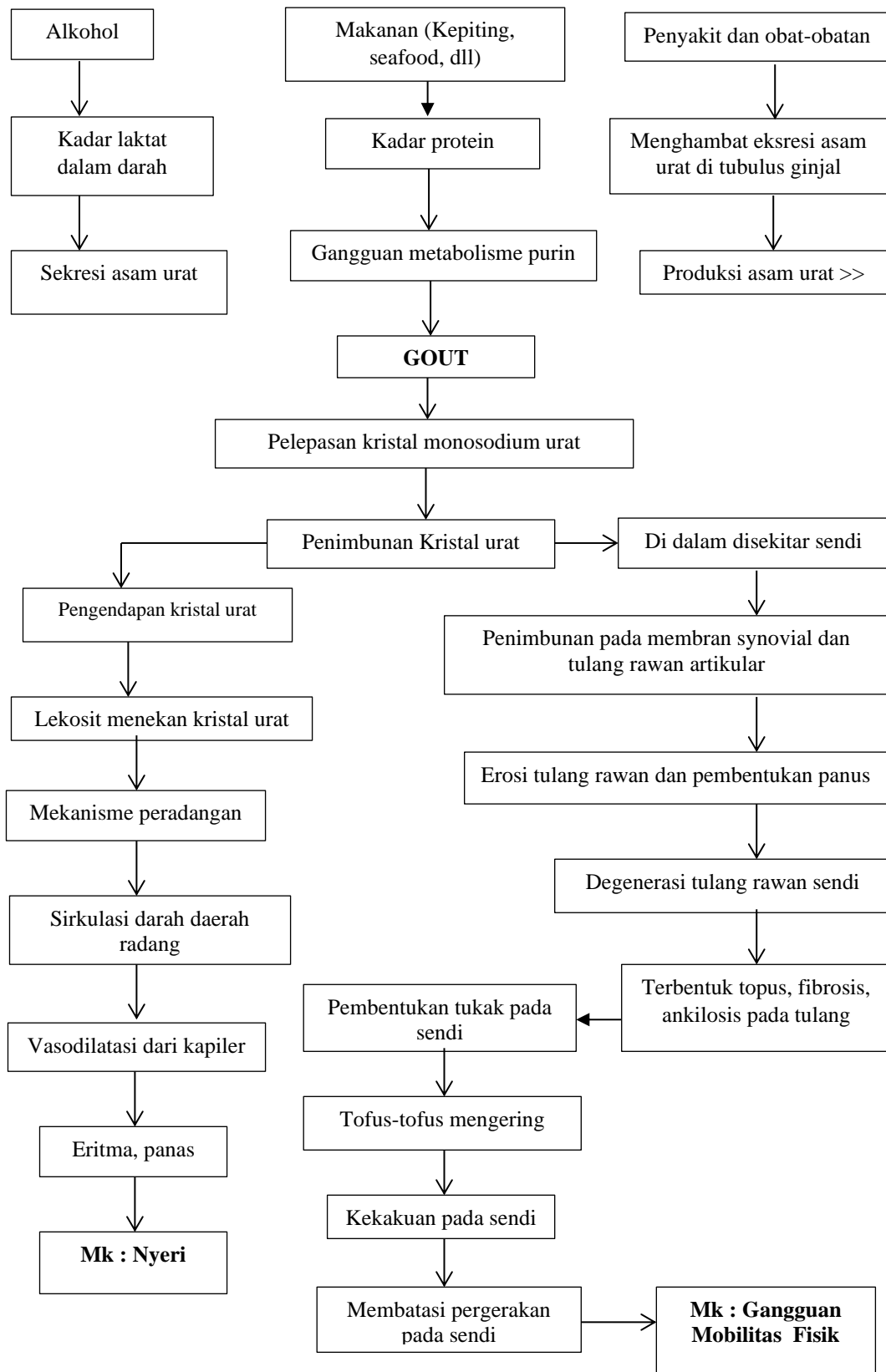
### 2.1.6 Patofisiologi

Dalam keadaan normal, kadar asam urat di dalam darah pada pria dewasa kurang dari 7 mg/dl, dan pada wanita kurang dari 6 mg/dl. Apabila konsentrasi

asam urat dalam serum lebih besar dari 7 mg/dl dapat menyebabkan penumpukan kristal monosodium urat. Serangan gout tampaknya berhuban dengan peningkatan atau penurunan secara mendadak kadar asam urat dalam serum. Jika kristal asam urat mengendap dalam sendi, akan terjadi respon inflamasi dan diteruskan dengan terjadinya serangan gout. Dengan adanya serangan yang berulang – ulang, penumpukan kristal monosodium urat yang dinamakan thopi akan mengendap dibagian perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan dan telinga. Akibat penumpukan Nefrolitiasis urat (batu ginjal) dengan di sertai penyakit ginjal kronis.

Penurunan urat serum dapat mencetuskan pelepasan kristal monosodium urat dari depositnya dalam tofi (crystal shedding). Pada beberapa pasien gout atau dengan hiperurisemia asimptomatik kristal urat ditemukan pada sendi metatarsofalangeal dan patella yang sebelumnya tidak pernah mendapat serangan akut. Dengan demikian, gout dapat timbul pada keadaan asimptomatik. Terdapat peranan temperatur, pH, dan kelarutan urat untuk timbul serangan gout. Menurunnya kelarutan sodium urat pada temperatur lebih rendah dari sendi perifer seperti kaki dan tangan, dapat menjelaskan mengapa kristal monosodium urat di endapkan kepada kedua tempat tersebut. Predileksi untuk pengendapan kristal monosodium urat pada metatarsofalangeal – 1 (MTP – 1) berhubungan juga dengan trauma ringan yang berulang – ulang pada daerah tersebut.

### 2.1.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gout

### **2.1.8 Komplikasi**

Menurut Rotschild (2013) komplikasi dari gout meliputi severe degenerative arthritis, infeksi sekunder, batu ginjal dan fraktur pada sendi. Setokin, kemokin, protease, dan oksigen yang berperan dalam proses inflamasi akut juga berperan pada proses inflamasi kronis, dekstruksi kartilago, dan erosi tulang. Kristal monosodium urat dapat mengaktifkan kondrosit untuk mengeluarkan Interleukin – 1, merangsang sintesis nitric oxide dan matriks metaloproteinase yang nantinya menyebabkan dekstruksi kartilago. Kristal monosodium urat mengaktifasi osteoblas sehingga mengeluarkan sitokin dan menurunkan fungsi anabolik yang nantinya berkontribusi terhadap kerusakan juxta artikular tulang. Gout telah lama diasosiasikan dengan peningkatan resiko terjadinya batu ginjal. Penderita dengan gout membentuk batu ginjal karena urin memiliki pH rendah yang mendukung terjadinya asam urat yang tidak terlarut.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Secara umum, penanganan gout adalah memberikan edukasi, pengaturan diet, istirahat sendi dan pengobatan. Pengobatan dilakukan secara dini agar tidak terjadi kerusakan sendi ataupun komplikasi lain. Pengobatan gout arthritis akut bertujuan menghilangkan keluhan nyeri sendi dan peradangan dengan obat – obat, antara lain : kolkisin, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), kortikosteroid atau hormon ACTH. Obat penurun gout seperti alupurinol atau obat urikosurik tidak dapat diberikan pada stadium akut. Namun, pada pasien yang secara rutin telah mengkonsumsi obat penurun gout, sebaiknya tetpa diberikan. Pada

stadium interkritik dan menahun, tujuan pengobatan adalah menurunkan kadar asam urat, sampai kadar normal, guna mencegah kekambuhan. Penurunan kadar asam urat dilakukan dengan pemberian diet rendah purin dan pemakaian obat alupurinol bersama obat urikosurik yang lain.

#### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

1. Didapatkan kadar asam urat yang tinggi dalam darah yaitu : > 6 mg % normalnya pada pria 8 mg % dan pada wanita 7 mg %.
2. Pemeriksaan cairan tofi sangat penting untuk pemeriksaan diagnose yaitu cairan berwarna putih seperti susu dan sangat kental sekali.
3. Pemeriksaan darah lengkap.
4. Pemeriksaan ureum dan kreatinin :
  - a. Kadar ureum darah normal : 5 -20 mg/dl
  - b. Kadar kreatinin darah normal : 0,5 – 1 mg/dl

## **2.2 Konsep Keluarga**

### **2.2.1 Definisi Keluarga**

Menurut Friedman (dalam Setiana, I.A, 2016), keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Menurut Effendy (dalam Bangga D.F., 2015), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling bergantung.

Menurut Padila (2012), keluarga adalah kumpulan dua orang tau lebih yang hidup bersama dengan kerikatan aturan emosi dan emosional dan individu mempunyai peran masing – masing yang merupakan bagian dari keluarga.

### **2.2.2 Bentuk Keluarga**

Menurut Effendy (dalam Bangsa D.F., 2015), bentuk keluarga adalah :

1. Keluarga inti (*nuclear family*) merupakan keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang di rencanakan dan terdiri dari suami, istri, dan anak – anak, bak dilahirkan secara natural maupun adopsi.
2. Keluarga asal (*family of origin*) merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
3. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga ini yang ditambah dengan keluarga lain (karena ada hubungan darah) misalnya, kakek, nenek, bibi, paman, sepupu.
4. Keluarga modern adalah keluarga dengan orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*gay/lesbian family*).
5. Keluarga berantai (*serial family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga lain.
6. Keluarga duda atau janda (*single family*) keluarga yang terbentuk karena perceraian dan atau kematian pasangan yang dicintai.
7. Keluarga komposit (*composite family*) adalah keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama
8. Keluarga kohabitasi (*kohabitation*) adalah dua orang yang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak.

9. Keluarga inses (*incest family*) adalah seiring dengan masuknya nilai – nilai global dan pengaruh informasi dalam beberapa tempat, dijumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya perempuan menikah dengan ayah kandungnya.
10. Keluarga tradisional dan non tradisional adalah keluarga tradisional yang terikat oleh perkawinan, sedangkan non tradisional tidak terikat perkawinan.

### **2.2.3 Struktur Keluarga**

Menurut Friedman (dalam Harmoko hal 19. 2012), struktur keluarga digambarkan sebagai berikut :

#### **1. Struktur komunikasi**

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan hirarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik, dan valid.

Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup , adanya isu atau berita negative, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi,ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi,dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal dalam mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

1) Karakteristik pemberi pesan :

- (1) Yakin dalam mengemukakan suatu pendapat.
- (2) Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas.
- (3) Selalu menerima dan meminta timbal balik.

2) Karakteristik pendengar :

- (1) Siap mendengarkan.
- (2) Memberikan umpan balik.
- (3) Melakukan validasi.

2. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal. Posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai istri atau suami.

3. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain. Hak (legitimate power), ditiru (referent power), keahlian (expert power), hadiah (reward power), paksa (coercive power), dan efektif power.

4. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide – ide, sikap keyakinan yang mengikat anggotakeluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat disekitar keluarga.



- 1) Nilai adalah suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak dapat mempersatukan anggota keluarga.
- 2) Norma adalah pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.
- 3) Budaya adalah kumpulan dari pada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

#### **2.2.4 Tahap Perkembangan Keluarga**

Menurut Harmoko (2012), tahap perkembangan keluarga seperti berikut ini :

1. Tahap pertama pasangan baru atau keluarga baru (beginning family)

Keluarga baru dimulai pada saat masing – masing individu, yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah meninggalkan keluarga masing – masing secara psikologis keluarga tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan menyesuaikan peran fungsi sehari – hari. Masing – masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orangtuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial masing – masing. Masing – masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Misalnya, kebiasaan makan, tidur, bangun pagi, bekerja, dan sebagainya. Hal ini yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan berupa jumlah anak yang diharapkan.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Membina hubungan intim

- 2) Menetapkan hubungan bersama.
  - 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial.
  - 4) Merencanakan anak (KB).
  - 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan untuk menjadi orang tua.
2. Tahap kedua keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2,5 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu disiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberikan perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Masalah yang sering terjadi dengan kelahiran bayi adalah pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya. Tugas perkembangan pada masa ini antara lain :

- 1) Persiapan menjadi ruang tua.
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab.
- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suatu rumah yang menyenangkan.
- 4) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing.
- 5) Memfasilitas role learning anggota keluarga.
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.

7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

3. Tahap ketiga keluarga dengan anak pra sekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir pada saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan – kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap sangat sibuk dan anak sangat beruntung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa, sehingga kebutuhan anak, suami/istri, dan pekerjaan (punya waktu/paruh waktu) dapat terpenuhi. Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerja sama antara suami istri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan anak pada fase ini tercapai.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti : kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan anak yang barulahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahakan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)

- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot)
  - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
  - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
4. Tahap keempat keluarga dengan anak usia sekolah (families with children)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktifitas disekolah, masing – masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri demikian pula orang tua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerjasama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orang tua)perlu belajar berpisah dengan anak, memberikan kesempatan pada untuk bersosialisasi, baik aktifitas di sekolah maupun di luar sekolah. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antar lain :

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan dan semangat belajar.
- 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan.
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- 4) Menyediakan aktifitas untuk anak.
- 5) Menyesuaikan pada aktifitas komunikasi dengan mengikutseratakan anak.

5. Tahap kelima keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai usia 19 – 20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuannya keluarga melepas anak remaja dan memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dan meningkat otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan.
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

6. Tahap keenam keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*lowsching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung pada banyaknya anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup mandiri. Saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak – anaknya sudah tidak tinggal serumah lagi. Guna mengatasi keadaan

ini orang tua perlu melakukan aktifitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
  - 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
  - 3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
  - 4) Mempersiapkan untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak.
  - 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
  - 6) Berpergian sebagai suami, istri, kakek, nenek.
  - 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak – anaknya.
7. Tahap ketujuh keluarga usia pertengahan (*muddle age families*)

Tahap ini dimulai pada saat yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pension atau salah satu pasangan meninggal. Pada saat ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktifitas. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi tua.
- 4) Keakraban dengan pasangan.
- 5) Memelihara hubungan atau kontak dengan anak dan keluarga.

6) Persiapan masa atau pension dengan meningkatkan keakraban pasangan.

#### 8. Tahap kedelapan keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal. Proses usia lanjut dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktifitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Usia lanjut umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal dirumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Tugas perkembangan tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan.
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- 4) Melakukan life review.
- 5) Menerima kematian pasangan, kawan, dan mempersiapkan kematian.

#### **2.2.5 Fungsi keluarga**

Menurut Widyanto (2014), fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. Adapun sebuah keluarga mempunyai fungsi antara lain :

### 1. Fungsi afektif

Fungsi ini berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarganya.

### 2. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Fungsi sosialisasi dapat ditunjukkan dengan membina sosialisasi pada anak, membentuk norma – norma tingkah laku sesuai tingkat perkembangan anak, serta meneruskan nilai – nilai budaya keluarga.

### 3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan memelihara dan membesarkan anak. Fungsi ini dibatasi oleh adanya program KB, dimana setiap rumah tangga dianjurkan hanya memiliki dua orang anak.

### 4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga dengan mencari sumber – sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga seperti kebutuhan makanan, tempat tinggal, pakaian, dan lain sebagainya. Fungsi



ini juga termasuk pengaturan pemakaian penghasilan keluarga serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.

#### 5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan dengan melaksanakan praktik asuhan keperawatan yaitu keluarga mempunyai tugas untuk memelihara kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing – masing. Fungsi perawatan kesehatan ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan. Adapun tugas kesehatan keluarga (Friedman et al, 2010) :

##### 1) Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun dialami keluarga, maka secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua atau keluarga.

##### 2) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan dari luar.

### 3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri.

### 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk mendayagunakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit.

### 5) Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

## **2.3 Konsep Dampak Masalah**

### 2.3.1 Konsep Solusi

Solusi adalah cara atau jalan yang digunakan untuk memecahkan atau menyelesaikan masalah tanpa adanya tekanan.

Dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik dapat menggunakan teknik nonfarmakologis meliputi :

1. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan penderita, seperti memiringkan, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
2. Ambulasi dini seperti, melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur.
3. Melakukan aktivitas sehari – hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi agar mudah bergerak.
4. Latihan Range of Motion (ROM) aktif dan pasif.

### 2.3.2 Konsep Masalah Yang Sering Muncul

#### 1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Ada lagi yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan geraknya secara total (Ernawati, 2012). Kemudian, Widuri (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau imobilitas merupakan keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

## 2. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi.

Mengenai etiologi gangguan mobilitas fisik, yaitu intoleransi aktivitas, kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat, penurunan ketahanan tubuh, depresi, *disuse*, kurang dukungan lingkungan, fisik tidak bugar, serta gaya hidup kurang gerak. Pendapat lain menurut Setiati, Harimurti, dan Roosheroe (dalam Setiati, Alwi, Sudoyo, Stiyohadi, dan Syam, 2014) mengenai penyebab gangguan mobilitas fisik adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan, masalah psikologis, kelainan postur, gangguan perkembangan otot, kerusakan sistem saraf pusat, atau trauma langsung dari sistem muskuloskeletal dan neuromuskular.

## 3. Patofisiologi

Neuromuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilisasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi

dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Tipe kontraksi otot ada dua, yaitu isotonik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek pada kontraksi isotonik. Selanjutnya, pada kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak terjadi pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya menganjurkan pasien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter merupakan gerakan kombinasi antara kontraksi isotonik dan kontraksi isometrik. Perawat harus memperhatikan adanya peningkatan energi, seperti peningkatan kecepatan pernapasan, fluktuasi irama jantung, dan tekanan darah yang dikarenakan pada latihan isometrik pemakaian energi meningkat.

#### 4. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala pada gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

##### 1) Tanda dan gejala mayor

Tanda dan gejala mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Kemudian, untuk tanda dan gejala mayor objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun.

##### 2) Tanda dan gejala minor

Tanda dan gejala minor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Kemudian, untuk tanda dan gejala minor objektifnya, yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan

fisik lemah. Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik, antara lain gangguan sikap berjalan, penurunan keterampilan motorik halus, penurunan keterampilan motorik kasar, penurunan rentang gerak, waktu reaksi memanjang, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan, *dispnea* setelah beraktivitas, tremor akibat bergerak, instabilitas postur, gerakan lambat, gerakan spastik, serta gerakan tidak terkoordinasi.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan keperawatan yang meliputi pengkajian keluarga, diagnosa keperawatan keluarga, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan (Abi Muslihin, 2012).

Tahap – tahap proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut :

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya (Andarmoyo, 2012).

Menurut Padila (2012), hal – hal yang perlu dikumpulkan datanya dalam pengkajian keluarga adalah :

## 1. Data umum

Identitas penderita yang dikaji meliputi : nama, umur, alamat, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status sosial ekonomi ( biasanya sering terjadi pada status sosial ekonomi menengah )

### 1) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.

### 2) Suku bangsa

Penyakit Gout ini mengenal suku bangsa, dan Ras

### 3) Agama

Penyakit Gout mengenal agama

### 4) Status sosial ekonomi

Biasanya terjadi pada status sosial ekonomi keluarga menengah keatas.

### 5) Aktivitas rekreasi keluarga

Dengan nyeri dibagian jari-jari kaki akan mengganggu pola aktivitas penderita.

## 2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini
- b. Meliputi keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini nyeri dan kesemutan
- c. tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.
- d. Riwayat keluarga inti
- e. Riwayat keluarga sebelumnya

### 3. Lingkungan

Penyakit ini biasanya banyak ditemukan pada pasien yang tinggal di daerah yang penduduknya kebanyakan lansia.

### 4. Struktur Keluarga

Tidak merasa dikucilkan, dapat berkomunikasi dengan baik,, biasanya pada keluarga menengah keatas.

### 5. Fungsi Keluarga :

#### a. Fungsi Afektif

Kelurga maupun penderita belum mengerti atau kurangnya pengetahuan masalah penyakit Gout

#### b. Fungsi Sosialisasi

Penderita biasanya belum atau kurang sosialisasinya dengan tetangga, saudara maupun orang lain disekitarnya.

#### c. Fungsi Perawatan kesehatan

Keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan tentang penyakit Gout , keluarga kurang menyadari masalah penyakitnya, penyebab serta tanda gejala penyakit Gout.

#### d. Fungsi reproduksi

Pola reproduksi dan seksual pada penderita Gout akan berubah karena kelemahan dan nyeri kaki.

#### e. Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga :

- Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan



- Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

#### 6. Stres dan coping keluarga

##### 1) Stresor jangka pendek dan panjang

Biasanya penderita merasa ketakutan jika penyakitnya tidak sembuh dan mengulang pengobatan dari awal.

##### 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stresor

Biasanya penderita hanya bisa pasrah dan sabar dengan keadaannya

##### 3) Strategi coping yang digunakan

Dalam menghadapi masalah biasanya keluarga saling berunding

##### 4) Strategi adaptasi disfungsional

Penderita TB Paru mengalami perasaan khawatir saat nyeri kambuh  
 Karena tidak dapat menjalani aktivitas.

#### 7. Pemeriksaan fisik (head to toe).

Keadaan umum: biasanya KU sedang atau buruk

Tekanan darah : Normal ( kadang rendah karena kurang istirahat)

Nadi : Pada umumnya nadi pasien meningkat

Pernafasan : biasanya nafas pasien meningkat (normal : 16-20x/i)

Suhu : Biasanya kenaikan suhu ringan pada malam hari.

Suhu mungkin tinggi atau tidak teratur. Seiring kali tidak ada

Demam.

Kadar asam urat normal :

Tabel 2.1 Asam Urat Normal

Umur dan Jenis Kelamin	Batas Bawah	Batas Atas
Pria dewasa	2 mg/dL	7,5 mg/dL
Wanita dewasa	2 mg/dL	6,5 mg/dL
Pria usia >40tahun	2 mg/dL	8,5 mg/dL
Wanita usia >40tahun	2 mg/dL	8 mg/dL
Anak - anak	2 mg/dL	5,5 mg/dL

#### 8. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga kepada keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

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

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit gout dibuktikan dengan gangguan musculoskeletal.
- 2) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dibuktikan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga klien dengan anggota keluarga yang mengalami gastritis.

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (Skala Baylon dan Maglaya).

Tabel 2.2 Skala Bailon Maglaya

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat masalah :		
(1) Aktual (tidak atau kurang sehat)	3	1
(2) Ancaman kesehatan	2	
(3) Keadaan sejahtera	1	
Kemungkinan masalah yang dapat di ubah		
(1) Mudah	2	2
(2) Sebagian	1	
(3) Tidak dapat	0	
Potensial masalah dapat dicegah		
(1) Tinggi	3	1
(2) Cukup	2	
(3) Rendah	1	
Menonjolnya masalah		
(1) Masalah berat harus segera ditangani	2	1
(2) Ada masalah tetapi tidak perlu segera	1	
(3) Masalah tidak dirasakan	0	

(Sumber : Wahit Iqbal Mubarak, 2011)

Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Menurut Padila (2012), dalam menentukan prioritas banyak faktor yang mempengaruhi untuk kriteria yang pertama yaitu sifat masalah, skor yang lebih besar 3, diberikan pada tidak atau kurang sehat karena kondisi ini biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga, ancaman kesehatan skor 2 dan keadaan sejahtera 1. Untuk kriteria kedua yaitu kemungkinan

masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan faktor – faktor berikut :

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- 2) Sumber daya keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan maupun tenaga.
- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi masyarakat dan dukungan masyarakat.

Untuk kriteria ketiga yaitu potensi masalah dapat dicegah, perawat perlu memperhatikan faktor – faktor berikut :

- 1) Kepelikan masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- 3) Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan – tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- 4) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok sangat peka menambah masalah.

Untuk kriteria keempat yaitu menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

### 1.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawatn yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan terdiri dari indikiator – indikator atau kriteria – kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan pada penderita Gout

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit gout dibuktikan dengan gangguan musculoskeletal</p>	<p>Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas dari cukup menurun menjadi cukup meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot dari cukup menurun menjadi cukup meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) dari cukup menurun menjadi cukup meningkat</li> <li>4. Kaku sendi dari cukup meningkat menjadi cukup menurun</li> <li>5. Nyeri dari cukup meningkat menjadi cukup menurun</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilitas</p> <p>Tindakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu penderita dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ol>

<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dibuktikan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga klien dengan anggota keluarga yang mengalami gastritis.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 × 24 jam, maka manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kemampuan keluarga menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat.</li> <li>2) Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</li> <li>3) Gejala penyakit anggota keluarga menurun.</li> </ol>	<p>Dukungan keluarga merencanakan perawatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan</li> <li>2) Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gunakan sarana dan fasilitas yang ada di dalam keluarga</li> <li>2) Ciptakan perubahan dan lingkungan rumah secara optimal</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga</li> <li>2) Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada</li> <li>3) Anjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</li> </ol>
--	--	---

(Sumber: SDKI PPNI, (2016)).

#### 2.4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

#### 1.4.4 Evaluasi Keperawatan

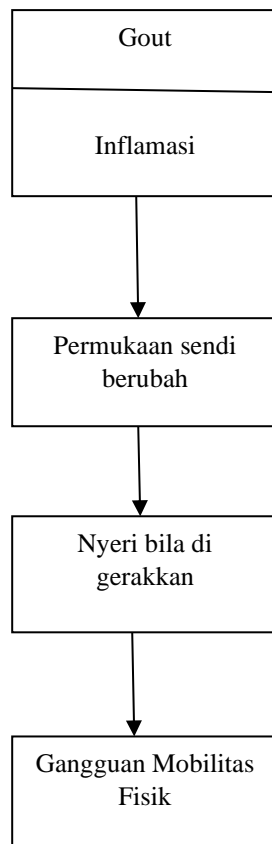
Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2010).

Evaluasi asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawatan menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan, dan yang terakhir adalah P (*Planing*) merupakan rencana tindakan berdasarkan



analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Dinarti dkk, 2013).

## 2.4 Kerangka Masalah



Gambar 2.2 Kerangka masalah gout

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gout maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 2 Maret 2021 sampai dengan 4 Maret 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 2 Maret 2021 pada pukul 10.00 WIB. Anamnesa di peroleh dari klien dan

#### 3.1 Pengkajian

##### 1. Identitas Pasien

Tabel 3.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien
1. Nama kepala keluarga	Tn. S
2. Umur	55
3. Alamat	Jl H Imam no 7 rt/rw 004/002 Sumurwaru Barat
4. Pekerjaan	Supervisor
5. Pendidikan	SLTA
6. No telepon	

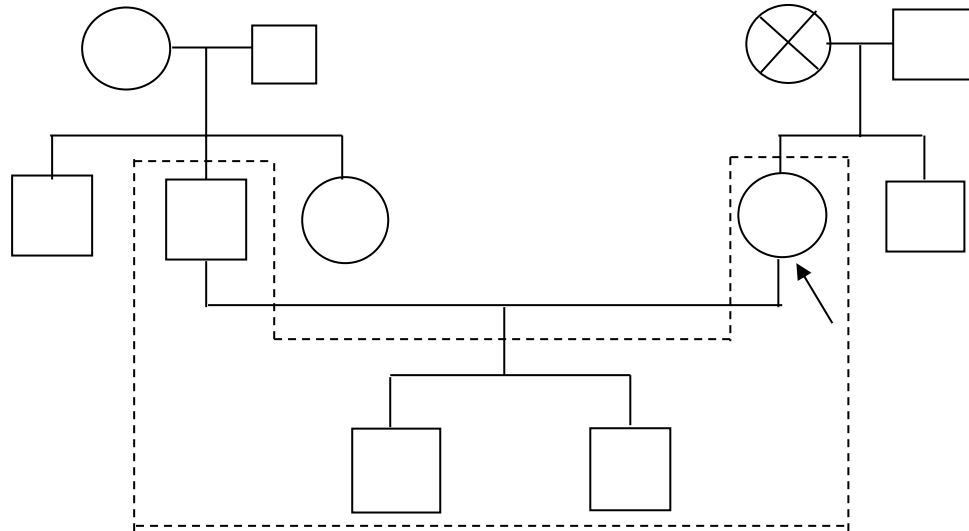
##### 2. Komposisi Keluarga

Tabel 3.2 Komposisi Keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan Keluarga	Umur	Pekerjaan	pendidikan
1.	Tn.S (klien)	Laki-laki	Suami	55 th	Swasta	SLTA
2.	Ny. S	Perempuan	Istri	48 th	Irt	SLTA
3.	Nn. S	Perempuan	Anak	20 th	Mahasiswa	D3
4.	Nn. I	Perempuan	Anak	14 th	Pelajar	SMP

## 1. Genogram :

Gambar 3.1 Genogram pasien



## Keterangan :

○ : Laki-laki

X : Meninggal

□ : Perempuan

--- : Tinggal serumah

➤ : Pasien

Tabel 3.3 Tipe Keluarga

	<b>Pasien</b>
<b>Tipe Keluarga</b>	Tn.S memiliki tipe keluarga <i>nuclear family</i> (keluarga inti) : ibu, anak tinggal dalam satu rumah
<b>Suku Bangsa</b>	Tn.S mengatakan keluarganya berasal dari suku jawa dan berbahasa jawa
<b>Agama</b>	Islam

Tabel 3.4 Status Sosial Ekonomi Keluarga

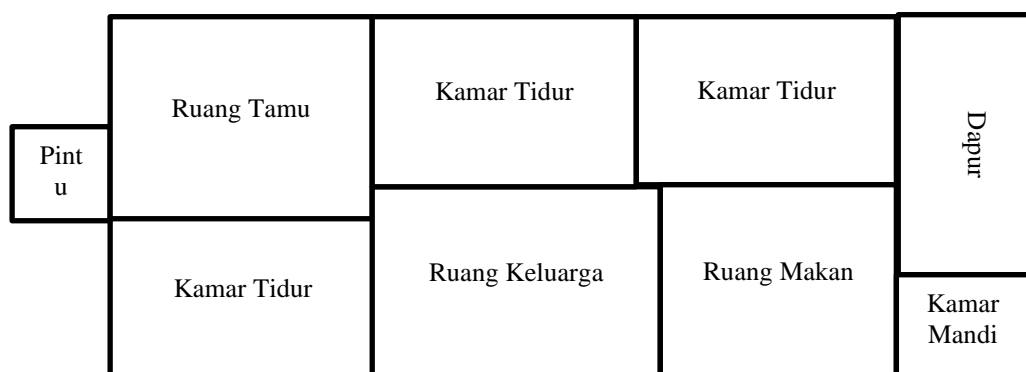
Status Sosial Ekonomi Keluarga	Pasien
a. <i>Jumlah perbulan pendapatan</i>	± Rp. 5.000.000
b. <i>Sumber perbulan pendapatan</i>	Bekerja sebagai supervisor
c. <i>Jumlah perbulan pengeluaran</i>	± Rp. 2.500.000 sesuai kebutuhan
<b>Aktivitas Rekreasi Keluarga</b>	Pasien mengatakan kalau waktu libur bisanya dibuat untuk istirahat dan menonton tv bersama

### 3. Riwayat dan Tahapa Perkembangan Keluarga

Tabel 3.5 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan	Pasien
Tahap perkembangan keluarga saat ini	Tugas perkembangan keluarga saat ini adalah dengan anak usia dewasa
Tugas perkembangan keluarga yang belum tepenuhi	Keluarga Tn.S belum memenuhi tugas perkembangan sesuai tahap perkembangan
Riwayat kesehatan keluarga saat ini	Saat ini keluarga pasien tidak memiliki riwayat penyakit
Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya	Yang memiliki riwayat penyakit <i>Gout</i> hanya Tn. S

### 4. Data Lingkungan



Tabel 3.6 Data Lingkungan

<b>Pasien</b>	
<b>Karakteristik rumah</b>	Rumah keluarga Tn.S berukuran kurang lebih 13,5 x 7,5 meter. Terdapat satu ruang tamu, satu ruang keluarga, tiga kamar tidur, satu ruang makan, satu dapur dan satu kamar mandi beserta jamban yang dipakai secara bersama. Rumah Keluarga Tn. S merupakan tipe rumah permanen. Ventilasi baik di setiap ruangan, menggunakan listrik (lampu) untuk penerangan di malam hari. Sumber air keluarga Tn. S berasal dari sumur yang digunakan untuk mandi, mencuci, memasak. Karakteristik tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa. Penataan ruangan rapi sesuai dengan tempat atau ruangan masing-masing.
<b>Karakteristik tetangga dan komunitasnya</b>	Tn. S mengatakan sebagian besar tetangganya warga asli Pasuruan, tetapi ada juga yang pendatang misalnya ada yang dari Ngawi dan Jember. Tn. S mengatakan sering berkumpul dengan tetangganya hanya untuk berbincang atau yang lainnya. Mayoritas mata pencaharian tetangga sekitar Tn. S adalah pegawai swasta, perawat, wirausaha dan PNS. Fasilitas umum yang terdapat di lingkungan rumah Tn. S yaitu terdapat POSYANDU dan musholla.
<b>Mobilitas geografis keluarga</b>	Tn. S mengatakan sudah tinggal di rumahnya yang sekarang selama kurang lebih 23 tahun.
<b>Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat</b>	Tn. S mengatakan sering mengikuti kegiatan pengajian di sekitar daerah rumahnya. Tn. S juga sering mengikuti kegiatan muslimatan di lingkungannya. Tn. S juga mengatakan sering berkumpul dengan anak dan saudara – saudaranya pada hari raya. Interaksi yang terjalin antara keluarga Tn. S dengan tetangganya sangat baik.
<b>System pendukung keluarga</b>	Tn. S mengatakan bahwa didalam keluarganya semua anggota keluarga mempunyai kartu jaminan kesehatan yaitu BPJS.

## 5. Struktur Keluarga

Tabel 3.7 Struktur Keluarga

<b>Pasien</b>	
<b>Struktur peran</b>	Pasien memiliki peran dalam keluarga sebagai kepala keluarga, suami dan ayah
<b>Nilai atau norma keluarga</b>	Keluarga Tn. S mengatakan keluarga menganut agama Islam dan norma yang berlaku di masyarakat. Keluarga Tn. S juga selalu memegang teguh nilai – nilai agama Islam, keluarga juga ditekankan untuk menjaga silaturahmi dengan saudara – saudara dan tetangga setempat.
<b>Pola komunikasi keluarga</b>	Tn. S mengatakan keluarga biasa berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa, jika ada permasalahan dalam satu keluarga, maka anggota keluarga akan berdiskusi tentang masalah tersebut dan mencari pemecahannya dan Tn S yang bertindak dalam pengambilan keputusan setelah pemecahan masalah selesai.
<b>Struktur kekuatan keluarga</b>	Ny. S mengatakan bahwa yang biasanya mengambil keputusan dalam segala hal diserahkan kepada Tn. S karena di rumah Ny. S yang paling bias untuk memecahkan masalah adalah suaminya.

## 6. Fungsi Keluarga

Tabel 3.8 Fungsi Keluarga

		<b>Pasien</b>
<b>Fungsi Ekonomi</b>		Ny. S mengatakan dalam keluarga sumber penghasilan berasal dari suaminya.
<b>Fungsi mendapatkan status sosial</b>		Seluruh anggota keluarga Tn. S biasanya sering membantu ketika tetangganya ada yang mempunyai hajatan atau sebagainya, keluarga Tn. S dapat bersosialisasi, toleransi antar sesama dan anak pertama biasanya sering mengikuti kegiatan pemuda di lingkungannya atau yang biasa disebut karang taruna remaja.
<b>Fungsi pendidikan</b>		Tn. S menempuh pendidikan sampai SMA saja, Ny. S hanya menempuh pendidikan SMA saja, sedangkan untuk anak yang pertama masih menempuh pendidikan D3 dan anak kedua masih menempuh pendidikan di SMP
<b>Fungsi Kesehatan</b>	<b>Pemenuhan</b>	5 tugas keluarga dalam fungsi kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengenal masalah kesehatan keluarga: keluarga Tn.S mampu mengenal masalah kesehatan dimana keluarga mengerti kalau Tn.S mempunyai penyakit <i>gout</i></li> <li>2) Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga: keluarga Tn.S mampu memutuskan tindakan kesehatan keluarga dengan tepat</li> <li>3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan: keluarga Tn.S tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit, bila ada anggota keluarga ada yang sakit hanya minum jamu saja</li> <li>4) Memodifikasi lingkungan keluarga: mampu memodifikasi lingkungan dimana kondisi rumah bersih ,dan pencahayaan sinar matahari cukup</li> <li>5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan: keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana bila ada anggota keluarga yang sakit dibawah ke puskesmas</li> </ol>
<b>Fungsi Religious</b>		Tn.S mengatakan bahwa keluarga selalu berpegang teguh kepada agamanya yaitu islam dan selalu berdoa ketika sedang mengalami musibah serta selalu bersyukur atas apa yang telah diberikan
<b>Fungsi Rekreasi</b>		Tn.S mengatakan keluarganya kadang akhir pekan pergi jalan – jalan dan biasanya juga setiap malam hari keluarga Tn.S menonton TV serta berbincang – bincang ringan mengenai kegiatan yang sudah dilakukan. Jika ada hari – hari besar seperti Idul Fitri keluarga Tn.S pergi kerumah saudara serta pergi berlibur
<b>Fungsi Reproduksi</b>		Ny.S mengatakan menggunakan KB Ny.S mempunyai 2 anak perempuan
<b>Fungsi Afektif</b>		Keluarga Tn.S selalu memberikan kasih sayang kepada anak – anaknya tanpa membeda – bedakan, semuanya saling menyayangi satu sama lain. Hubungan keluarga terlihat harmonis dan ikatan kekeluargaan sangat erat.

## 7. Stress dan Koping Keluarga

Tabel 3.9 Stress dan Koping Keluarga

		<b>Pasien</b>
<b>Stressor jangka pendek dan panjang</b>		1. Stressor Jangka Pendek : Tn.S mengatakan bila makan – makanan yang tidak dianjurkan maka penyakitnya bias kambuh 2. Stressor Jangka Panjang : Tn.S mengatakan bila sakitnya tidak kunjung sembuh, biasanya minum obat
<b>Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor</b>		Tn.S mengatakan khawatir dengan penyakitnya karena jika salah makanan seperti sarden, jeroan (hati, ginjal, jantung, dan limpa), makanan laut (kerang, keoting, dan udang) dan stress berlebihan Tn.S dapat merasakan nyeri pada kaki dan kadang tidak dapat digerakkan
<b>Strategi koping yang digunakan</b>		Tn.S mengatakan beliau hanya berpasrah diri kepada Allah SWT, tetap berdoa dan ikhtiar terhadap penyakit yang di derita dan berusaha untuk tetap menjaga kesehatannya
<b>Strategi adaptasi disfungsional</b>		Bila mendapatkan masalah keluarga Tn.S memecahkan secara bersama - sama dan masalah terselesaikan dengan baik

## 8. Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

Tabel 3.10 Pemeriksaan Kesehatan

Data	Tn.S (Klien)		Ny.S		Nn.S		Nn.I	
Kepala dan rambut	Bentuk simetris, rambut sedikit penyebaran rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	kepala warna hitam, putih, merata, lesi, nyeri tekan	Bentuk simetris, rambut penyebaran rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	kepala warna hitam, merata, lesi, nyeri tekan	Bentuk simetris, rambut penyebaran rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	kepala warna hitam, merata, lesi, nyeri tekan	Bentuk simetris, rambut penyebaran rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	kepala warna hitam, merata, lesi, nyeri tekan
Mata	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak ikretik, pupil isokor, kornea tidak keruh	simetris, tidak sklera ikretik, isokor, tidak	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak ikretik, pupil isokor, kornea tidak keruh	simetris, tidak sklera ikretik, kornea	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak ikretik, pupil isokor, kornea tidak keruh	simetris, tidak sklera ikretik, kornea	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak ikretik, pupil isokor, kornea tidak keruh	simetris, tidak sklera ikretik, kornea
Telinga	Bentuk simetris, ukuran sedang tidak ada perdarahan, tidak ada serumen, tidak ada benjolan pada telinga	telinga ukuran tidak ada serumen, pada	Bentuk simetris, ukuran sedang tidak ada perdarahan, tidak ada serumen, tidak ada benjolan pada telinga	telinga ukuran tidak ada serumen, pada	Bentuk simetris, ukuran sedang tidak ada perdarahan, tidak ada serumen, tidak ada benjolan pada telinga	telinga ukuran tidak ada serumen, pada	Bentuk simetris, ukuran sedang tidak ada perdarahan, tidak ada serumen, tidak ada benjolan pada telinga	telinga ukuran tidak ada serumen, pada
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,	ada tiroid,	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,	ada tiroid,	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,	ada tiroid,	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,	ada tiroid,



	tidak ada pembesaran vena jugularis	ada vena	tidak ada pembesaran vena jugularis	ada vena	tidak ada pembesaran vena jugularis	ada vena	tidak ada pembesaran vena jugularis	ada vena
Dada	Bentuk dada simetris dan tidak dapat suara nafas tambahan		Bentuk dada simetris dan tidak dapat suara nafas tambahan		Bentuk dada simetris dan tidak dapat suara nafas tambahan		Bentuk dada simetris dan tidak dapat suara nafas tambahan	
Abdomen	Abdomen datar, simetris, tidak ada nyeri tekan		Abdomen datar, simetris, tidak ada nyeri tekan		Abdomen datar, simetris, tidak ada nyeri tekan		Abdomen datar, simetris, tidak ada nyeri tekan	
Tanda – tanda vital	TD : 130/110mmHg S: 36,5 °C N : 80x/menit RR : 18x/menit		TD : 120/100mmHg S: 36 °C N : 80x/menit RR : 18x/menit		TD : 120/90mmHg S: 36,7 °C N : 88x/menit RR : 18x/menit		TD: 110/90mmHg S: 36,5 °C N : 84x/menit RR : 18x/menit	
Ekstremitas	Ekstremitas atas tampak normal, ekstremitas bawah bagian kanan sulit untuk digerakkan, ekstremitas bawah bagian kiri normal Kekuatan otot : $\frac{5}{3} \quad \frac{5}{5}$		Ekstremitas atas tampak normal, ekstremitas bawah normal, ekstremitas kanan normal. Tidak ada oedem . Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \quad \frac{5}{5}$		Ekstremitas atas tampak normal, ekstremitas bawah normal, ekstremitas kanan normal. Tidak ada oedem . Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \quad \frac{5}{5}$		Ekstremitas atas tampak normal, ekstremitas bawah normal, ekstremitas kanan normal. Tidak ada oedem . Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \quad \frac{5}{5}$	

## 9. Harapan Keluarga

Tabel 3.11 Harapan Keluarga

	Pasien
Harapan Keluarga	Tn.S berharap agar keluarganya diberikan kesehatan sehingga dapat berkumpul dengan istri dan anak – anaknya hingga dapat melihat anak – anaknya sudah berumah tangga dan mempunyai anak. Ny.S berharap anak – anaknya bias mendapatkan kehidupan yang layak agar dapat hidup yang sejahtera dan bahagia dengan keluarganya. Tn.S juga berharap agar ppenyakitnya tidak sering kambuh dan diberikan kesehatan

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3.12 Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
<b>Ds</b> 1) Tn.S mengatakan kaki sebelah kanan susah digerakkan 2) Tn.S mengatakan merasa kesemutan	ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Gangguan Mobilitas Fisik
<b>Do:</b> 1) Keadaan umum lemah 2) Tn.S cemas 3) Tn.S tampak meringis 4) Tanda-tanda vital : TD : 130/110mmHg S: 36,5 °C N : 80x/menit RR : 18x/menit		
<b>Ds:</b> 1. Keluarga mengatakan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S	Ketidakmampuan dalam mengenal kesehatan	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif
<b>Do:</b> 1. Keluarga Tn.S tidak bisa untuk mengatasi masalah kesehatan yan di derita oleh Tn.S 2. Keluarga hanya membeli obat di apotik ketika penyakit Tn.S kambuh 3. Keadaan umum : lemah 4. Kesadaran : composmentis dengan GCS 4,5,6		

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.13 Daftar Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tanggal teratasi	TT
1	02-03-2021	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit gout d.d gangguan musculoskeletal.	04-03-2021	
2	02-03-2021	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif d.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	04-03-2021	

## 3.3.1 Skoring Prioritas Masalah

Tabel 3.14 Skoring Prioritas Masalah

Masalah: Gangguan Mobilitas Fisik

No	Kriteria	Skor	Bobot	perhitungan	Alasan/pembahasan
1	Sifat masalah Skala: 1) Aktual 2) Resiko 3) Keadaan sejahtera/diagnosis sehat	3 2 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	<b>Aktual:</b> ditandai dengan diagnosis keperawatan yang muncul dimana Tn.S mengatakan kaki kanan susah di gerakkan dan tampak gelisah
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : 1) Mudah 2) Sebagian 3) Tidak dapat	2 1 0	1	$1/2 \times 2 = 1$	<b>Sebagian:</b> ditandai dengan keluarga Tn.S tidak tahu bagaimana cara merawat Tn.S yang sedang sakit
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala: 1) Tinggi 2) Cukup 3) Rendah	3 2 1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	<b>Cukup:</b> ditandai dengan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dan ketika penyakit kambuh Tn.S minum persediaan obat yang sudah ada di rumah
4	Menonjolnya masalah Skala: 1) Masalah dirasakan dan harus segera ditangani 2) Ada masalah, tapi tidak perlu ditangani 3) Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	<b>Masalah dirasakan dan harus segera ditangani:</b> ditandai dengan keluarga Tn.S menginginkan Tn.S cepat sembuh dan bisa beraktivitas normal kembali
Jumlah skor				11/3	

Masalah: Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

No	Kriteria	Skor	Bobot	perhitungan	Alasan/pembahasan
1	Sifat masalah Skala: 1) Aktual 2) Resiko 3) Keadaan sejahtera/diagnosis sehat	3 2 1	1	$1/3 \times 1 = 1$	<b>Keadaan sejahtera/diagnosis sehat :</b> ditandai dengan diagnosis keperawatan yang muncul dimana keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan yang muncul
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala :		1	$1/2 \times 2 = 1$	<b>Sebagian:</b> ditandai dengan kurangnya perhatian keluarga dimana keluarga

	1) Mudah	2			membawa Tn.S ke dokter atau rumah sakit ketika penyakitnya sudah parah
	2) Sebagian	1			
	3) Tidak dapat	0			
3	Potensi masalah untuk dicegah		1	$2/3 \times 1 = 2/3$	<b>Cukup:</b> ditandai dengan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
	Skala:				
	1) Tinggi	3			
	2) Cukup	2			
	3) Rendah	1			
4	Menonjolnya masalah		1	$0/2 \times 1 = 0$	<b>Masalah dirasakan :</b> ditandai dengan keluarga tidak memahami masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S
	Skala:				
	1) Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2			
	2) Ada masalah, tapi tidak perlu ditangani	1			
	3) Masalah tidak dirasakan	0			
	Jumlah skor			2	

#### Prioritas Masalah :

1. Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit d.d tampak gelisah, TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, diaforesis, bersikap protektif.
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif d.d ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dihadapi oleh

## 3.4 Intervensi Keperawatan

Table 3.15 Intervensi Keperawatan Keluarga

DIAGNOSA KEPERAWATAN		SLKI		SIKI
Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Intervensi
D.0054	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit gout d.d gangguan musculoskeletal.	L.05042 L.05041	<p>Luaran Utama : Mobilitas Fisik</p> <p>Luaran Tambahan : Koordinasi Pergerakan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan data mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Kekuatan otot meningkat</li> <li>• Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>• Kecemasan menurun</li> </ul>	<p>Intervensi Utama : Dukungan Ambulasi Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</li> <li>• Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>• Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung : Edukasi Teknik Ambulasi</p>
D.0115	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita</li> <li>2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang di tetapkan</li> <li>3. Gejala penyakit anggota keluarga semakin berat</li> </ol>	L.12105	<p>Luaran Utama : Manajemen Kesehatan Keluarga</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 × 24 jam, diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>Intervensi Utama :</b> Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan</li> <li>2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan</li> </ol>

---

<p>4. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat</p> <p>5. Gagal dalam melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan</li> <li>2. Kompleksitas program perawatan/pengobatan</li> <li>3. Konflik pengambilan keputusan</li> <li>4. Kesulitan ekonomi</li> <li>5. Banyak tuntutan</li> <li>6. Konflik keluarga</li> </ol> <p>Kondisi klinis terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PPOK</li> <li>2. Sklerosis multipel</li> <li>3. Arthritis rheumatoid</li> <li>4. Gagal ginjal/ hati tahap terminal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat</li> <li>2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</li> <li>3. Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat</li> <li>4. Gejala penyakit anggota keluarga menurun</li> </ol>	1.12383	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga</li> <li>3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga</li> <li>2. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada</li> <li>3. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung :</b> Edukasi Kesehatan</p>
---	---	---------	--

---

## 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.16 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	TTD				
1.	02-03-2021	1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan pasien dan menerapkan prinsip 5S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun)</li> <li>2. Memperkenalkan diri kepada klien dan keluarganya</li> <li>3. Melakukan kontrak waktu dengan pasien sebelum melakukan tindakan</li> <li>4. Memonitor TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 120/100mmHg</li> <li>• S: 36,5 °C</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul> </li> <li>5. Memonitor kekuatan otot <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table> </div> </li> <li>6. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tidak mampu berjalan jika jaraknya terlalu jauh</li> </ul> </li> <li>7. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu seperti kruk</li> <li>8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi seperti keluarga membantu pasien dalam berjalan menggunakan kruk.</li> <li>9. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan mempromosikan kesehatan mengenai ambulasi kepada pasien dan keluarga</li> </ol>	5	5	3	5	
5	5							
3	5							
		2.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan edukasi mengenai penyakit <i>gout</i> mulai dari pengertian, penyebab, gejala, dan cara pencegahan dan diet untuk penderita <i>gout</i> dengan</li> </ol>					

			<p>memberikan media berupa leaflet</p> <p>2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan apa saja yang dapat digunakan untuk penyakit <i>gout</i> yang dialami oleh Tn.S seperti puskesmas atau rumah sakit</p> <p>3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga dirumah ketika penyakit Tn.S kambuh seperti memberikan makanan yang rendah purin dan mengontrol stress</p> <p>4. Memberikan kesempatan bertanya kepada keluarga Tn.S terkait masalah kesehatan yang di derita Tn.S</p>				
2.	03-03-2021	1.	<p>1. Melakukan kontrak waktu dengan pasien sebelum melakukan tindakan</p> <p>2. Memonitor TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 130/110mmHg</li> <li>• S: 36 °C</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul> <p>3. Memonitor kekuatan otot</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>4. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sudah bisa berjalan jarak jauh</li> </ul> <p>5. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu seperti kruk</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi seperti keluarga membantu pasien dalam berjalan menggunakan kruk.</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan mempromosikan kesehatan mengenai ambulasi kepada pasien dan keluarga</p>	5	5	4	5
5	5						
4	5						



- 
- 2.
1. Memberikan edukasi mengenai penyakit *gout* mulai dari pengertian, penyebab, gejala, dan cara pencegahan
  2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan apa saja yang dapat digunakan untuk penyakit *gout* yang dialami oleh Tn.S seperti puskesmas atau rumah sakit
  3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga dirumah ketika penyakit Tn.S kambuh seperti memberikan makanan yang rendah purin dan mengontrol stress
  4. Memberikan kesempatan bertanya kepada keluarga Tn.S terkait masalah kesehatan yang di derita Tn.S

- 
3.            04-03-2021            1.
1. Melakukan kontrak waktu dengan pasien sebelum melakukan tindakan
  2. Memonitor TTV :
    - TD : 130/100mmHg
    - S: 35,5 °C
    - N : 80x/menit
    - RR : 18x/menit
  3. Memonitor kekuatan otot
 

5	5
5	5
  4. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
    - Klien sudah bisa berjalan jarak jauh
  5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi seperti keluarga membantu pasien dalam
-

- 
- berjalan menggunakan kruk.
6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan mempromosikan kesehatan mengenai ambulasi kepada pasien dan keluarga
- 2.
1. Memberikan edukasi mengenai penyakit *gout* mulai dari pengertian, penyebab, gejala, dan cara pencegahan
  2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan apa saja yang dapat digunakan untuk penyakit *gout* yang dialami oleh Tn.S seperti puskesmas atau rumah sakit
  3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga dirumah ketika penyakit Tn.S kambuh seperti memberikan makanan yang rendah purin dan mengontrol stress
  4. Memberikan kesempatan bertanya kepada keluarga Tn.S terkait masalah kesehatan yang di derita Tn.S
-

## 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.17 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal 02 – 03 - 2021	Tanggal 03 – 03 - 2021	Tanggal 04 – 03 - 2021																		
1.	<p>S : Klien mengatakan kaki sebelah kanan sulit digerakkan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran : compos mentis dengan GCS 4, 5, 6</li> <li>2. Keadaan umum : lemah</li> <li>3. Gerakkan Tn.S terbatas untuk kaki kanannya</li> <li>4. Tn.S tampak bisa berdiri dengan bantuan orang lain</li> <li>5. Tn.S susah berjalan jika jaraknya terlalu jauh</li> <li>6. Tn.S tampak gelisah</li> <li>7. TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 120/100mmHg</li> <li>• S: 36,5 °C</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul> </li> <li>8. Kekuatan : <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> </table> </li> </ol>	5	5			3	5	<p>S : Klien mengatakan kaki sebelah kanan sudah bisa digerakkan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran : compos mentis dengan GCS 4, 5, 6</li> <li>2. Keadaan umum : cukup baik</li> <li>3. Tn.S tampak bisa berdiri tanpa bantuan orang lain</li> <li>4. Tn.S sudah bisa berjalan jarak jauh</li> <li>5. TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 130/110mmHg</li> <li>• S: 36 °C</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul> </li> <li>6. Kekuatan : <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> </table> </li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	5	5			4	5	<p>S : Klien mengatakan kaki sebelah kanan sudah bisa digerakkan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran : compos mentis dengan GCS 4, 5, 6</li> <li>2. Keadaan umum : baik</li> <li>3. Tn.S tampak bisa berdiri tanpa bantuan orang lain</li> <li>4. Tn.S sudah bisa berjalan</li> <li>5. TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 130/110mmHg</li> <li>• S: 35,5 °C</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul> </li> <li>6. Kekuatan : <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-left: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> </table> </li> </ol> <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>	5	5			5	5
5	5																				
3	5																				
5	5																				
4	5																				
5	5																				
5	5																				
	A : Masalah belum teratasi																				

P : Lanjutkan intervensi			
2.	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S</li> <li>2. Keluarga mengatakan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan seperti mengenai masalah diet untuk penderita <i>gout</i></li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn.S tidak bisa untuk mengatasi masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S</li> <li>2. Keluarga hanya membeli obat di apotik ketika penyakit Tn.S kambuh</li> </ol> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan hanya memahami sebagian dari masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S</li> <li>2. Keluarga mengatakan masih kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan seperti mengenai masalah diet untuk penderita <i>gout</i></li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn.S tidak bisa untuk mengatasi masalah kesehatan yang diderita oleh Tn.S</li> <li>2. Keluarga membeli obat di apotek sesuai dengan resep dari dokter</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan sudah memahami masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S</li> <li>2. Keluarga mengatakan sudah mampu menjalankan perawatan yang ditetapkan seperti mengenai masalah diet untuk penderita <i>gout</i></li> <li>3. Keluarga mengatakan merasa senang karena dapat merawat anggota keluarganya yang sakit dengan cara yang tepat</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn.S sudah mampu untuk mengatasi masalah kesehatan yang diderita oleh Tn.S seperti bagaimana cara mencegah kekambuhan penyakit tersebut</li> <li>2. Keluarga membeli obat di apotek sesuai dengan resep dari dokter</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan keluarga pada pasien *gout* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Desa Sumberanyar yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang di binanya (Andarmoyo, 2012).

##### **4.1.1 Identitas Klien**

Pada tinjauan pustaka ada beberapa hal yang perlu dikaji pada identitas klien meliputi kartu keluarga (KK), alamat dan telepon, pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan komposisi keluarga. Pada tinjauan kasus identitas klien yang dikaji sesuai dengan pada tinjauan pustaka, hanya menambahkan umur kepala keluarga. Dalam data pengkajian didapatkan hasil seperti nama kepala keluarga adalah Tn.S yang berusia 55 tahun dengan alamat di Desa Sumberanyar RT/RW 004/002 Kec. Nguling yang berprofesi sebagai supervisor dengan pendidikan terakhir SLTA. Komposisi keluarga Tn.S (klien) meliputi anggota keluarga pertama yaitu Tn.S yang berjenis kelamin laki – laki dengan usia 55 tahun, berperan sebagai suami, berprofesi sebagai

supervisor dengan pendidikan terakhir SLTA. Anggota keluarga kedua yaitu Ny.S yang berjenis kelamin perempuan dengan usia 48 tahun, berperan sebagai istri dan ibu, berprofesi sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SLTA. Anggota keluarga ketiga yaitu Nn.S yang berjenis kelamin perempuan dengan usia 20 tahun, berperan sebagai anak, berprofesi sebagai mahasiswa dengan pendidikan D3. Anggota keluarga terakhir yaitu Nn. I yang berjenis kelamin perempuan dengan usia 14 tahun, berperan sebagai anak, berprofesi sebagai anak, berprofesi sebagai pelajar dengan pendidikan SMP.

#### 4.1.2 Tipe Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian tipe keluarga yang perlu dikaji meliputi tipe keluarga yang menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga, suku bangsa yang menjelaskan asal suku bangsa dan keluarga dan agama yang dianut oleh anggota keluarga. Pada tinjauan kasus di dapatkan hasil pengkajian untuk tipe keluarga yaitu tipe keluarga Tn.S adalah *nuclear family* (keluarga inti), suku bangsa di keluarga Tn.S adalah suku Jawa dan biasanya untuk komunikasi sehari – hari menggunakan bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, untuk agama semua anggota keluarga Tn.S menganut agama Islam.

#### 4.1.3 Status Sosial Ekonomi

Pada tinjauan pustaka pengkajian status sosial ekonomi yang perlu dikaji meliputi status sosial ekonomi ditentukan oleh pendapatan dari kepala keluarga. Selain status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh

keluarga ti tentukan oleh kebutuhan – kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang – barang yang dimiliki oleh keluarga serta aktivitas rekreasi keluarga. Pada tinjauan kasus di dapatkan hasil pengkajian data bahwa sumber pendapatan perbulan berasal dari Tn.S yang bekerja sebagai supervisor dengan jumlah Rp 5.000.000 dan untuk pengeluaran per bulan dengan jumlah Rp 2.500.000 sesuai dengan kebutuhan, sedangkan aktivitas rekreasi keluarga biasanya keluarga Tn.S digunakan untuk menonton televisi bersama dan pergi jalan – jalan.

#### 4.1.4 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian riwayat dan tahapan keluarga yang perlu dikaji meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini, tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat kesehatan keluarga saat ini dan riwayat kesehatan keluarga sebelumnya. Pada tinjauan kasus tahap perkembangan keluarga Tn.S saat ini adalah keluarga dengan anak usia remaja (*families wih teenagers*) dan keluarga Tn.S belum memenuhi tugas perkembangan keluarga sesuai tahap perkembangan yaitu melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Riwayat kesehatan keluarga Tn.S yaitu Tn.S sendiri yang mempunyai penyakit *gout*. Tn.S sering merasakan kaki susah digerakkan dan rasa nyeri, keluarga hanya membelikan obat di apotik untuk menghilangkan rasa sakitnya. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya tidak ada riwayat penyakit menular di keluarganya dan hanya Tn.S yang mempunyai riwayat penyakit *gout*.

#### 4.1.5 Data Lingkungan

Pada tinjauan pustaka pengkajian untuk data lingkungan yang perlu dikaji meliputi karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas, mobilitas geografi keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat dan sistem pendukung keluarga. Pada tinjauan kasus di dapatkan karakteristik rumah Tn.S yaitu tipe rumah permanen yang mempunyai ukuran 13,5 x 7,5 meter dengan satu ruang tamu, satu ruang keluarga, tiga kamar tidur, satu ruang makan, satu dapur, dan satu kamar mandi beserta jamban. Karakteristik tetangga dan komunitas di lingkungan rumah keluarga Tn.S sebagian besar merupakan penduduk asli Pasuruan dan ada yang pendatang dari Ngawi dan Jember dengan mayoritas berprofesi sebagai pegawai swasta, perawat, wirausaha dan PNS dan terdapat fasilitas umum seperti POSYANDU dan musholla. Mobilitas geografis keluarga Tn.S sudah menempati rumahnya selama 23 tahun. Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat di lingkungan keluarga Tn.S seperti adanya pengajian, muslimatan, dan arisan PKK. Sistem pendukung keluarga Tn.S menggunakan kartu jaminan kesehatan yaitu BPJS.

#### 4.1.6 Struktur Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian untuk data struktur keluarga meliputi struktur peran, nilai atau norma keluarga, pola komunikasi keluarga, dan struktur kekuatan keluarga. Pada tinjauan kasus struktur peran di dalam keluarga Tn.S, khususnya untuk klien (Tn.S) berperan



sebagai kepala keluarga dan ayah. Nilai atau norma di keluarga Tn.S yaitu dengan menganut agama Islam dan norma yang berlaku di masyarakat. Pola komunikasi keluarga Tn.S biasanya menggunakan bahasa Jawa dan bahasa Indonesia serta jika ada permasalahan di keluarga Tn.S akan didiskusikan dan mencari pemecahan masalah tersebut. Struktur kekuatan keluarga di keluarga Tn.S biasanya yang mengambil keputusan dalam segala hal diserahkan kepada Tn.S

#### 4.1.7 Fungsi Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian untuk fungsi keluarga meliputi fungsi ekonomi, fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi perawatan kesehatan, dan fungsi reproduksi. Pada tinjauan kasus dikaji sesuai dengan tinjauan pustaka, hanya menambahkan fungsi mendapatkan status sosial, religious, dan rekreasi. Pada data pengkajian di dapatkan hasil fungsi ekonomi yang sumber pendapatan berasal dari Tn.S. Fungsi mendapatkan status sosial dilakukan dengan cara sering membantu ketika ada tetangga yang mempunyai hajatan atau lainnya dan mengikuti kegiatan pemuda di lingkungan masyarakat. Fungsi pendidikan untuk Tn.S dan Ny.S pendidikan terakhir adalah SLTA, Nn.S pendidikan masih D3, dan Nn.I pendidikan masih SM. Fungsi sosialisasi keluarga Tn.S terhadap masyarakat di lingkungan sekitarnya baik. Fungsi pemenuhan kesehatan yang mengarah kelima tugas keluarga yaitu untuk mengenal masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit keluarga Tn.S masih belum mampu untuk memenuhinya. Fungsi religious keluarga Tn.S selalu berpegang kepada agama Islam dan selalu berdoa ketika sedang

mengalami musibah serta selalu mengucap syukur. Fungsi rekreasi Tn.S tiap akhir pekan mereka pergi jalan – jalan dan menonton televisi bersama serta waktu hari raya atau lainnya selalu pergi kerumah saudara. Fungsi reproduksi untuk keluarga Tn.S yaitu mempunyai dua orang anak dan menggunakan KB. Fungsi afektif keluarga Tn.S yaitu dengan selalu memberikan kasih sayang kepada anak – anaknya tanpa adanya perbedaan dan hubungan antar keluarga terlihat harmonis.

#### 4.1.8 Stress dan Koping Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian stress dan koping keluarga perlu adanya pengkajian mengenai stress jangka pendek, stress jangka panjang, kemampuan keluarga dalam berespon terhadap stressor, strategi koping yang digunakan dan strategi adaptasi disfungsional. Pada tinjauan kasus untuk stress dan koping di dapatkan stressor jangka pendek yaitu jika Tn.S mngkonsusmsi makanan yang mengandung purin dan merasa strss maka penyakitnya akan kambuh dan hanya minum obat dari apotik untuk mengatasinya, sedangkan untuk stressor jangka panjang Tn.S akan pergi ke dokter jika penyakit yang di derita brtambah parah. Kemampuan keluarga Tn.S berespon terhadap stressor yaitu Tn.S merasa khawatir terhadap penyakitnya dan Tn.S merasakan nyeri dan susah digerakkan. Strategi koping yang digunakan di keluarga Tn.S adalah berpasrah kepada Allah SWT, tetap berdoa, dan ikhtiar terhadap penyakitnya serta tetap menjaga kesehatannya. Strategi adaptasi fungsional di keluarga Tn.S adalah bila mendapatkan masalah keluarga Tn.S memecahkan masalah tersebut secara bersama – sama.

#### 4.1.9 Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

Pada tinjauan pustaka pengkajian pemeriksaan fisik perlu adanya pengkajian meliputi status kesehatan umum seperti tanda – tanda vital dan pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan kepala, kulit, leher, dada, abdomen, dan ekstremitas. Pada tinjauan kasus di dapatkan pemeriksaan fisik untuk keluarga Tn.S adalah semua anggota keluarga Tn.S tidak ada kelainan pada saat pemeriksaan kecuali Tn.S sendiri yang terdapat kelainan di pemeriksaan fisik bagian ekstremitas yaitu kaki susah digerakkan pada sebelah kanan.

#### 4.1.10 Harapan Keluarga

Pada tinjauan pustaka pada akhir pengkajian perawat menanyakan keluarga terhadap kesehatan dan kesembuhan anggota keluarganya. Pada tinjauan kasus didapatkan harapan keluarga Tn.S yaitu agar keluarganya tetap diberikan kesehatan sehingga dapat berkumpul dengan istri dan anak – anaknya hingga dapat melihat anak – anaknya sudah berumah tangga dan mempunyai anak. Tn.S berharap anak – anaknya bisa mendapatkan kehidupan yang layak agar dapat hidup bahagia dan sejahtera dengan keluarganya. Tn.S juga berharap agar penyakitnya tidak sering kambuh dan diberi kesehatan.

#### 4.1.11 Analisa Data

Pada tinjauan kasus didapatkan Tn.S mengatakan kaki sebelah kanan susah digerakkan ±3 hari karena terlalu banyak mengonsumsi makanan tinggi purin. Tn.S tampak gelisah terhadap lingkungan. Tanda –

tanda vital Tn.S didapatkan dengan hasil tekanan darah 130/100 mmHg, suhu : 36,5 °C, nadi : 80x/menit, respirator rate : 18x/menit.

Menurut American Collage of Rheumatology (2012), gout adalah suatu penyakit dan potensi ketidakmampuan akibat radang sendi yang sudah dikenal sejak lama, gejalanya biasanya terdiri dari episodik berat dari nyeri inflamasi satu sendi. Gout tidak terbatas pada jempol kaki, dapat juga mempengaruhi sendi lain termasuk kaki, pergelangan kaki lutut, lengan, pergelangan tangan, siku dan kadang di jaringan lunak dan tendon. Biasanya hanya mempengaruhi satu sendi pada satu waktu, tapi bisa menjadi semakin parah dan dari waktu ke waktu dapat mempengaruhi beberapa sendi.

Pada tinjauan kasus didapatkan keluarga Tn.S mengatakan tidak memahami kesehatan yang di derita oleh Tn.S dan kesulitan dalam menjalankan perawatan yang ditetapkan seperti mengenai masalah diet untuk penderita *gout* serta keluarga tidak bisa mengatasi masalah kesehatan yang di derita oleh Tn.S. Keluarga hanya membeli obat di apotik dan terkadang Tn.S minum jamu ketika penyakitnya kambuh. Permasalahn tersebut dapat menyebabkan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit d.d tampak gelisah, TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif d.d

ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang menderita gout.

Pada analisa data didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

4.2.1 Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit d.d tampak gelisah, TD meningkat, diafloresis, dan bersikap protektif.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

Etiologi diangkat berdasarkan 5 tugas keluarga dalam fungsi kesehatan yaitu ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dimana dalam kasus ini keluarga Tn.S tidak mampu dalam merawat anggota keluarga yang menderita *gout*.

Penulis memilih gangguan mobilitas fisik menjadi diagnosa keperawatan dengan *high priority* (prioritas pertama) yang harus diselesaikan dikarenakan pada tahap skoring prioritas masalah gangguan mobilitas fisik memiliki jumlah skor 11/3 lebih tinggi dari pada manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dengan nilai 2. Bila keluarga tidak bisa merawat klien maka sakit yang diderita akan semakin parah dan tidak kunjung sembuh. Maka, keluarga harus bisa merawat anggota keluarga yang sakit.

4.2.2 Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif d.d ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang menderita *gout*.

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (Fadilla dkk, 2017).

Penulis memilih manajemen kesehatan keluarga tidak efektif menjadi diagnosa keperawatan yang kedua dikarenakan nilai skoring prioritas manajemen kesehatan keluarga tidak efektif 2 lebih rendah dari nilai skoring prioritas masalah gangguan mobilitas fisik dengan jumlah skor 11/3 dan keluarga Tn.S tidak terlalu mempermasalahkan masalah tentang rasa sakitnya,tetap keluarga harus mampu memahami masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang menderita *gout*.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan masalah yang dialami oleh klien sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Rencana asuhan keperawatan pada Tn.S diambil dalam tinjauan pustaka berdasarkan teori asuhan keperawatan keluarga dengan *gout*. Dalam asuhan keperawatan keluarga Tn.S terdapat intervensi keperawatan yang direncanakan sebagai berikut.

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang Range Of Motion (ROM)
5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing)
6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
7. Fasilitas istirahat dan tidur
8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Pada kasus ini didapatkan kesenjangan antara fakta dan teori dimana ada intervensi keperawatan menurut teori yang tidak dicantumkan pada intervensi keperawatan untuk tinjauan kasus yaitu kolaborasi pemberian analgetik. Hal ini dikarenakan penulis tidak berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian analgetik dan penulis hanya mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pada tahap implementasi keperawatan mampu dilaksanakan sesuai perencanaan yang sudah disusun, manajemen nyeri dan latihan merawat anggota keluarga yang sakit dan keluarga yang lain bekerja sama seperti mau menerima pendidikan kesehatan dan membantu memfasilitasi tindakan yang dilakukan. Keluarga yang kooperatif merupakan faktor pendukung, sehingga implementasi bisa dilakukan sesuai perencanaan yaitu tiga kali kunjungan. Tidak ada hambatan dalam melakukan implementasi pada Tn.S, klien mampu mengikuti arahan dan latihan sampai selesai. Implementasi

yang dilakukan berdasarkan intervensi yang direncanakan pada tinjauan pustaka sebagai berikut :

1. Bina hubungan saling percaya (BHSP) dan tetap menggunakan prinsip 5S (Senyum, Sapa, Salam, Sopan, Santun)
2. Memperkenalkan diri kepada keluarga Tn.S dan menjelaskan tentang kedatangan ke rumah Tn.S
3. Membuat kontrak waktu dengan keluarga Tn.S
4. Mengobservasi TTV :  
TD : 130/100mmHg  
S : 36,5<sup>0</sup>C  
N : 80×/menit  
RR : 18×/menit
5. Mengajarkan gerakan – gerakan ROM
6. Mengajarkan dan mendemonstrasikan bagaimana cara mengurangi nyeri dengan cara terapi nonfarmakologis seperti terapi relaksasi nafas dalam.

Implementasi yang dilakukan penulis mulai dari awal hingga akhir sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan pada tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan klien dan keluarga mampu kooperatif dan mau memfasilitasi tindakan yang akan dilakukan dan di ajarkan. Tidak ada hambatan dalam melakukan implementasi Tn.S, klien mampu mengikuti arahan dan latihan sampai selesai juga merupakan faktor penting dalam terlaksananya intervensi keperawatan yang telah direncanakan.



#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi keperawatan diatas selama tiga kali kunjungan rumah, didapatkan catatan perkembangan pada evaluasi hari terakhir sebagai berikut :

Perkembangan yang muncul pada saat evaluasi pasien yaitu Tn.S terdapat data subyektif:

1. Tn.S mengatakan nyeri pada perut bagian atas sebelah kiri sudah tidak terasa lagi
2. Tn.S mengatakan tubuhnya sudah terasa lebih sehat

Data objektif:

1. Kesadaran compos mentis dengan GCS 4, 5, 6
2. Keadaan umum : baik
3. Tn.S sudah tidak gelisah, dan sudah tidak protektif lagi terhadap lingkungannya
4. Tidak ada dhiaforesis pada Tn.S
5. TTV:

TD : 130/110mmHg

S : 35,5<sup>0</sup>C

N : 80×/menit

RR : 18×/menit

Menurut teori kriteria hasil yang diharapkan untuk perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan sebagai berikut:

1. Keluhan nyeri menurun

2. Sikap protektif menurun
3. Gelisah menurun
4. Diafhoresis menurun
5. Frekuensi nadi membaik
6. Pola napas membaik
7. Tekanan darah membaik

Evaluasi keperawatan yang muncul setelah dilakukan tindakan selama tiga hari sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Keluhan gangguan mobilitas fisik menurun setelah dilakukan tindakan klien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri. Hari pertama klien bersikap protektif, gelisah, dan mengalami diafhoresis, tapi setelah dilakukan tindakan keperawatan gejala tersebut sudah tidak tampak. Frekuensi nadi membaik. Tekanan darah membaik dari 130/100mmHg menjadi 130/110mmHg. Pola napas tetap 18×/menit. Berdasarkan data subjektif dan objektif diatas penulis menyimpulkan bahwa pada masalah gangguan mobilitas fisik sudah teratasi sehingga intervensi selanjutnya dapat dihentikan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pembahasan “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Kabupaten Pasuruan” diatas, maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **5.1.1 Pengkajian**

Pada pengkajian asuhan keperawatan keluarga, mendapatkan keluhan susah digerakkan pada kaki sebelah kiri, Tn.S tampak gelisah, bersikap protektif terhadap lingkungan, dan mengalami diafhoresis.

##### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa prioritas pada kasus ini yaitu nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit d.d tampak gelisah, tampak meringis, TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, diafhoresis, dan bersikap protektif.

##### **5.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang disusun pada diagnosa utama untuk Tn.S Penulis berusaha semaksimal mungkin merencanakan tindakan keperawatan keluarga sesuai dengan teori yang didapat, intervensi yang dilakukan antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, berikan terapi nonfarmakologis seperti terapi relaksasi napas dalam.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan pada Tn.S dengan gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi aktifitas kreatif yang tepat, mengidentifikasi aktifitas yang diinginkan, dan mengidentifikasi kelemahan dalam aktifitas tertentu.

#### 5.1.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn.S pada diagnosa utama yaitu gangguan mobilitas fisik masalah keperawatan sudah teratasi dengan data yaitu klien sudah bisa beraktifitas dengan baik, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, tidak mengalami diaforesis, tidak tampak gelisah, serta tidak bersifat protektif terhadap lingkungan.

### 5.1 **Saran**

#### 5.2.1 Bagi Institusi

Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan untuk memberikan pelayanan pada klien dengan diagnosa medis *gout* yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan terkini.

#### 5.2.2 Bagi Klien

Diharapkan klien dan keluarga mengerti serta mampu dalam merawat keluarga yang sakit dan mengenal masalah kesehatan yang diderita salah satu anggota keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulisty. (2012). *Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bangga, D. F., (2015). Studi Kasus Asuhan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Pajantan Kecamatan Singkawang Timur Tahun 2015. [http://www.academia.edu/1577026/Studi Kasus Asuhan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Pajantan Kecamatan Singkawang Timur Tahun 2015](http://www.academia.edu/1577026/Studi_Kasus_Asuhan_Keluarga_Pada_Pasien_Hipertensi_Di_Puskesmas_Pajantan_Kecamatan_Singkawang_Timur_Tahun_2015). Diunduh pada tanggal 6 Januari 2019
- Dinarti. *et al.* (2013) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: CV.Trans Info Medika.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke 5. Jakarta: EGC
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Penerbit: Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Lanny Lingga. 2012. *Health Secret Of Pepper (Cabai)*. Elex Media Komputindo: Jakarta
- Mulfianda, R., & Nidia, S. (2019). *Perbandingan Kompres Air Hangat dengan Rendam Air Garam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Penderita Arthritis Gout*. Jurnal SEMDI UNAYA, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Abulyatama Aceh, 217-225.
- Muslihin. (2012). *Keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Naga, S. S. (2013). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Diva Press.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.
- Padila. (2012). *Buku Ajar keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Rothschild, B. M. (2013, Juli 16). *emedicine Medscape.com.Retrieved September 7, 2013, from medscape : http://emedicine.medscape.com/article/329958-overview*
- Widuri, Hesti. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia di Tatanan Klinik*. Yogyakarta: Penerbit Fitra Maya
- Widyanto. (2014). *Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta : Sorowajan
- Zahara, R. (2013). *Arthritis Gout Metakarpal dengan Perilaku Makan Tinggi Purin di Perberat Oleh Aktivitas Mekanik pada Kepala Keluarga dengan Posisi Menggenggam Statis*. Medula, 1(3).

## Lampiran 1



## YAYASAN KERTA CENDEKIA POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232 Telepon: 031-8961496; Faximile : 031-8961497 Email :  
akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 218/BAAK/III/2021

Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Desa Sumberanyar Kabupaten Pasuruan  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Desa Sumberanyar Kabupaten Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	: Sinta Rahmawati Suwarso
NIM	: 1801133
Alamat	: Dusun Sumurwaru Barat Desa Sumberanyar RT/RW 002/004 Nguling Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	: Pasuruan, 02 Desember 1999
No. Hp	: 0895803017987
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Penderita Gout Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Pasuruan

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Amis Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

Lampiran 2

### INFORMED CONSENT

Judul : "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA GOUT DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA SUMBERANYAR PASURUAN".

Tanggal pengambilan studi kasus 21 Januari 2021

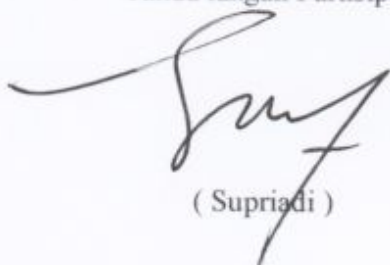
Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Sinta Rahmawati Suwarso** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Supriadi,

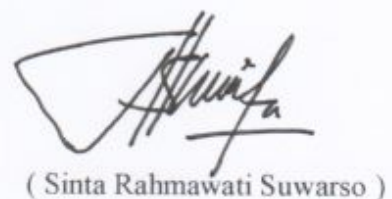
Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan Partisipan



( Supriadi )

Tanda tangan Peneliti











( Sinta Rahmawati Suwarso )



## Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama : Sinta Rahmawati Suwarso  
 NIM : 1801133  
 Pembimbing : Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep., M.Kes  
 Judul studi kasus : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Penderita Gout Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Pasuruan








Tanggal	Keterangan Konsul	Paraf
20 Januari 2021	Konsul Judul + Acc Judul	
25 Januari 2021	Konsul BAB 1 (Revisi)	
27 Januari 2021	Konsul BAB 1 (Revisi) Konsul BAB 2 (Revisi)	
29 Januari 2021	Konsul BAB 1 Acc Konsul BAB 2 (Revisi)	
01 Februari 2021	Konsul BAB 2 Acc Acc Proposal	
15 Maret 2021	ACC Ujian	
18 Mei 2021	Konsul BAB 3 - 5	
19 Mei 2021	Acc BAB 3 - 5	



## Lampiran 4

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama : Sinta Rahmawati Suwarso  
 NIM : 1801133  
 Pembimbing : Ns. Mokh. Sujarwadi, S.Kep.,M.Kep.  
 Judul studi kasus : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Penderita Gout Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Sumberanyar Pasuruan

Tanggal	Keterangan Konsul	Paraf
20 Januari 2021	Konsul Judul + Acc Judul	
25 Januari 2021	Konsul BAB 1 (Revisi)	
27 Januari 2021	Konsul BAB 1 (Revisi) Konsul BAB 2 (Revisi)	
29 Januari 2021	Konsul BAB 1 Acc Konsul BAB 2 (Revisi)	
01 Februari 2021	Konsul BAB 2 Acc Acc Proposal	
15 Maret 2021	ACC Ujian	
18 Mei 2021	Konsul BAB 3 - 5	
19 Mei 2021	Acc BAB 3 - 5	