

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN NYERI
AKUT PADA DIAGNOSA MEDIS GOUT ARTHRITIS
DI DESA SUMBERDAWESARI
GRATI PASURUAN**



**Oleh :
MILA ANTIKA SUCI
NIM. 1801072**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN NYERI
AKUT PADA DIAGNOSA MEDIS GOUT ARTHRITIS
DI DESA SUMBERDAWESARI
GRATI PASURUAN**

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



**Oleh :
MILA ANTIKA SUCI
NIM. 1801072**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mila Antika Suci

Nim : 1801072

Tempat, Tanggal Lahir : Pasuruan, 21 Maret 2000

Insitusi : Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN NYERI AKUT PADA DIAGNOSA MEDIS GOUT ARTHRITIS DI DESA SUMBERDAWESARI GRATI PASURUAN”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebut sumbernya.

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

Pasuruan, 24 Mei 2021

Yang menyatakan,



Mila Antika Suci

Mengetahui

Pembimbing 1



Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS
NIDN : 0708078606

Pembimbing 2



Ns. Erik Kusuma, S. Kep., M. Kes
NIDN : 3428098001

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Mila Antika Suci

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN NYERI AKUT
PADA DIAGNOSA MEDIS GOUT ARTHRITIS DI DESA
SUMBERDAWESARI GRATI PASURUAN**

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Seminar Karya Tulis
Ilmiah pada tanggal : 24 Mei 2021

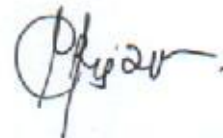
Oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS
NIDN : 0708078606



Ns. Erik Kusuma, S. Kep.,M.Kes
NIDN : 3428098001

Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



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

HALAMAN PENGESAHAN

Telah di uji dan di setuju oleh tim penguji pada sidang di program D3
Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

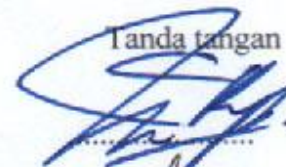
Tanggal : 24 Mei 2021

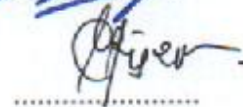
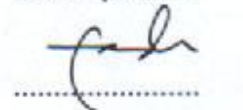
TIM PENGUJI

Ketua : Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS

Anggota :

1. Ns. Erik Kusuma, S. Kep., M.Kes
2. Ns. Faida Annisa, S.Kep., MNS

Tanda tangan


Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

"Barangsiapa belajar sesuatu semata-mata karena Allah, mencari ilmu yang ada bersama-Nya, maka dia akan menang. Dan barangsiapa yang belajar sesuatu karena selain Allah, maka dia tidak akan mencapai tujuannya, juga pengetahuan yang diperolehnya tidak akan membawanya lebih dekat kepada Allah".
(Hasan al-Basri)

"Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.
(Q.S Al-Mujadilah: 11).

"Barang siapa yang mengikuti jalan untuk menuntut ilmu, maka Allah akan mempermudah jalannya menuju surga."
(H.R Muslim).

LEMBAR PERSEMBAHAN

Syukur alhamdulillah senantiasa saya panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

Isi pikiran yang tersampaikan dalam karya ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya (ayah dan ibu), terima kasih kalian selalu memberikan saya kekuatan dalam menjalani studi ini dan selalu mendoakan saya dalam segala hal urusan Dunia dan Akhirat saya.
2. Terima kasih kepada bapak ibu dosen yang selalu membimbing saya dalam penyelesaian tugas akhir dan masukan serta saran yang dapat membangun untuk penyelesaian tugas akhir saya.
3. Terima kasih kepada teman saya dan sahabat saya (Yaya, Dwy, Nana, Annisa, Ariska) kalian yang selalu memberikan semangat, kekuatan, serta dukungan dan semoga dilancarkan semua yang kalian inginkan, Aamiin.
4. Saudara – saudara saya seangkatan terima kasih kalian telah melalui hal yang sama dan kita bersama – sama menjalani studi, penyelesaian tugas akhir sehingga berada di titik ini semoga ilmu yang kita dapatkan selama kita menjalani studi ini menjadi ilmu yang berokah dan di ridhoi Allah SWT.

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 Pada Ny.L Dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam penyelesaian Program 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 terima kasih kepada :

1. Untuk ayah dan ibu yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
3. Ns. Faida Annisa, S.Kep., MNS selaku pembimbing 1 yang selalu bijaksana dalam memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, do'a, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Erik Kusuma, S. Kep.,M. Kes selaku pembimbing 2 yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Untuk Ny. L selaku responden terimakasih atas kesediaan dan kerjasamanya yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.
6. Para sahabat yang telah mendukung untuk menyelesaikan 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 penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis 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, 24 Mei 2021



Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	5
1.5.4 Studi Kepustakaan	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit Gout Arthritis.....	8
2.1.1 Definisi Gout Arthritis	8
2.1.2 Klasifikasi Gout Arthritis.....	9
2.1.3 Etiologi Gout Arthritis	10
2.1.4 Patofisiologi Gout Arthritis.....	11
2.1.5 Pathway Gout Arthritis	13
2.1.6 Tanda dan Gejala Gout Arthritis.....	14
2.1.7 Faktor Risiko Gout Arthritis	14
2.1.8 Komplikasi Gout Arthritis	16
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Gout Arthritis.....	16
2.1.10 Penatalaksanaan Gout Arthritis	18
2.1.11 Upaya Pencegahan Gout Arthritis	22
2.2 Konsep Lansia.....	22
2.2.1 Definisi Lansia	22
2.2.2 Karakteristik Lansia	23
2.2.3 Tipe Lansia.....	23
2.2.4 Batasan Lansia	24
2.2.5 Perubahan pada Lansia.....	26
2.3 Konsep Nyeri Akut	29

2.3.1 Definisi Nyeri Akut.....	29
2.3.2 Penyebab Nyeri Akut.....	29
2.3.3 Tanda dan Gejala Nyeri Akut	29
2.3.4 Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut	30
2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri Akut	31
2.3.6 Pengukuran Intensitas Nyeri	32
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gout Arthritis.....	34
2.4.1 Pengkajian	34
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	43
2.4.3 Intervensi Keperawatan	44
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	49
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	50
2.5 Kerangka Masalah.....	51
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	52
3.1 Pengkajian	52
3.1.1 Identitas	52
3.1.2 Struktur Keluarga	53
3.1.3 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi.....	53
3.1.4 Riwayat Kesehatan	54
3.1.5 Riwayat Alergi	56
3.1.6 Riwayat Penggunaan Obat	56
3.1.7 Riwayat Tempat Tinggal	56
3.1.8 Rekreasi	57
3.1.9 Pola Fungsi Kesehatan	57
3.1.10 Tinjauan Sistem	60
3.1.11 Pengkajian status fungsional, kognitif, afektif, psikologis dan sosial	62
3.1.12 Pemeriksaan Penunjang.....	69
3.2 Analisa Data	70
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	72
3.4 Intervensi Keperawatan.....	73
3.5 Implementasi Keperawatan	75
3.6 Evaluasi Keperawatan.....	79
BAB 4 PEMBAHASAN	81
4.1 Pengkajian	81
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
4.3 Intervensi Keperawatan.....	83
4.4 Implementasi Keperawatan	85
4.5 Evaluasi Keperawatan	86
BAB 5 PENUTUP.....	88
5.1 Simpulan	88
5.2 Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN.....	93

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Index Katz	37
Tabel 2.2	Short Portable Mental Status Quesioner	39
Tabel 2.3	Geriatric Depression Scale	40
Tabel 2.4	Apgar Keluarga	41
Tabel 2.5	Skala Norton	42
Tabel 2.6	Screening Fall	43
Tabel 2.7	Intervensi Keperawatan	45
Tabel 3.1	Struktur Keluarga	53
Tabel 3.2	Index Katz	62
Tabel 3.3	Short Portable Mental Status Quesioner	64
Tabel 3.4	Geriatric Depression Scale	65
Tabel 3.5	Apgar Keluarga	66
Tabel 3.6	Screening Fall	67
Tabel 3.7	Skala Norton	69
Tabel 3.8	Pemeriksaan Penunjang	69
Tabel 3.9	Analisa Data	70
Tabel 3.10	Diagnosa Keperawatan	72
Tabel 3.11	Rencana Asuhan Keperawatan	73
Tabel 3.12	Implementasi Keperawatan	75
Tabel 3.13	Evaluasi Keperawatan	79

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Patofisiologi Gout Arthritis	11
Gambar 2.2	Pathway Gout Arthritis	13
Gambar 2.3	Skala Nyeri Deskriptif Sederhana	32
Gambar 2.4	Skala Intensitas Nyeri Numerik	33
Gambar 2.5	Skala Intensitas Nyeri Visual Analog Scale	33
Gambar 2.6	Skala Nyeri Wajah (<i>Oucher</i>)	34
Gambar 2.7	Kerangka Masalah Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut	51
Gambar 3.1	Genogram Keluarga Ny.L	55

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Surat Pengantar Studi Penelitian	94
Lampiran 2	Informed Consent	95
Lampiran 3	Lembar Konsultasi (Pembimbing 1)	96
Lampiran 4	Lembar Konsultasi (Pembimbing 2)	98

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gout Arthritis adalah penyakit sendi yang diakibatkan oleh gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan tingginya kadar asam urat dalam darah. Kadar asam urat yang tinggi di dalam darah melebihi batas normal dapat menyebabkan penumpukan asam urat di dalam persendian dan organ tubuh lainnya. Penumpukan asam urat ini yang membuat persendian menjadi nyeri. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Susanto, 2017). Nyeri mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, konsentrasi dan kegiatan yang biasa dilakukan. Hal ini akan dapat semakin buruk jika tidak segera diatasi. Untuk itu perlu penanganan yang lebih efektif untuk meminimalkan nyeri pada penderita gout arthritis.

Berdasarkan laporan *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2020 sekitar 335 juta orang di dunia mengidap penyakit gout arthritis. Pada tahun 2020 hampir 8% orang yang berusia 50 tahun keatas mempunyai keluhan nyeri sendi, yang disebabkan oleh penyakit gout arthritis. Gout arthritis menduduki urutan kedua setelah osteoarthritis. Prevalensi di Indonesia sendiri diperkirakan 1,6-13,6/100.000 orang, prevalensi ini meningkat seiring dengan meningkatnya umur (Lumunon, Bidjuni, & Hamel, 2015). Prevalensi gout arthritis di Jawa Timur sebesar 17%. Penyakit gout arthritis berdasarkan diagnosis lebih banyak diderita oleh perempuan yaitu 8,5% dan laki-laki 6,1% (RISKESDAS 2018). Berdasarkan

data studi pendahuluan di Desa Sumberdawasari dari 3 orang penderita Gout Arthritis yang diwawancara, 2 diantaranya mengeluh nyeri.

Gout Arthritis merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya kandungan asam urat yang masuk dan tersimpan di dalam sendi. Masuknya asam urat ke dalam sendi ditandai dengan tingginya kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia) yang dapat menyebabkan penumpukan kristal asam urat dalam persendian. Sendi yang di serang biasanya terjadi di daerah lutut, jari tangan dan kaki serta tumit yang tampak merah dan panas. Hal tersebut diakibatkan oleh faktor genetik atau keturunan dan pola hidup yang sering mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat purin. Zat purin merupakan bagian inti protein, dan protein banyak diperoleh pada makanan jeroan, daging, dan kacang-kacangan (Nyoman Kertia, 2014). Kelebihan zat asam urat ini akhirnya menumpuk dan tertimbun pada persendian dalam bentuk kristal monosodium. Semakin lama penimbunan dari kristal monosodium urat, maka akan terjadi perubahan suasana lingkungan pada persendian yang menyebabkan terpecahnya kristal ini menjadi struktur yang lebih kecil dan akan mengaktifkan reseptor makrofag pada persendian sehingga terjadi reaksi inflamasi pada persendian. Dikarenakan terjadi proses peradangan maka akan timbul gejala salah satunya nyeri. Dampak apabila nyeri tidak diatasi dapat menyebabkan penderita tidak bisa berjalan, kelainan bentuk tulang, bahkan sampai menimbulkan kecacatan sendi (Susanto, 2017).

Pada dasarnya pengobatan gout arthritis dibagi menjadi dua yaitu pengobatan farmakologis dan non farmakologis. Untuk pengobatan farmakologis penderita asam urat diberikan Allopurinol, NSAID, probenesid dan sulfipyrazone. Untuk pengobatan non farmakologis dengan cara kompres air

hangat untuk mengurangi nyeri dan latihan ROM (*Range of Motion*) agar sendi tidak kaku dan sirkulasi darah lancar. Adapun upaya yang dilakukan dalam mencegah gout arthritis adalah dengan olahraga secara teratur misal dengan senam ergonomis, melakukan diet sehat yaitu mengurangi konsumsi makanan atau minuman yang banyak mengandung zat purin yang berlebihan seperti pada makanan sarden, jeroan, kacang-kacangan, mengkonsumsi alkohol yang berlebihan. (Utami & Sahar, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Ny.L dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menggambarkan pengkajian keperawatan pada Ny.L dengan Nyeri Akut

Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.3.2.2 Menggambarkan diagnosa keperawatan pada Ny.L dengan Nyeri Akut

Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.3.2.3 Menggambarkan intervensi keperawatan pada Ny.L dengan Nyeri Akut

Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.3.2.4 Menggambarkan implementasi keperawatan pada Ny.L dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.3.2.5 Menggambarkan evaluasi keperawatan pada Ny.L dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis Di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat menambah pengetahuan dan bermanfaat bagi dunia pendidikan dalam mengembangkan ilmu keperawatan gerontik khususnya mengenal pada asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada diagnosa medis gout arthritis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi klien dan keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga tentang penyakit gout arthritis agar mampu merawat penyakit tersebut. Sehingga tercipta peningkatan status dan derajat kesehatan klien dan keluarga yang optimal.

1.4.2.2 Bagi institusi

Diharapkan menjadi masukan sebagai acuan bacaan dalam penatalaksanaan pada lansia gout arthritis dengan masalah nyeri akut.

1.4.2.3 Bagi peneliti

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan mata kuliah keperawatan gerontik dan meningkatkan keterampilan berfikir kritis dalam menyelesaikan masalah gerontik berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada diagnosa medis gout arthritis.

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 menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Metode ini dilakukan dalam rentang waktu bulan Januari - Maret 2021.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

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

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku klien yang dapat diamati

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan pengamatan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga / orang terdekat dengan klien, catatan medik, perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah 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 dibagi menjadi tiga, yaitu :

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbingan, pengesahan, moto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran, serta abstrak.

1.6.2 Bagian inti

Terdiri dari empat bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB I: pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, teknik pengumpulan data dan sistematika penulisan KTI.

BAB II: landasan teori, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Gout Arthritis.

BAB III: hasil berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dan pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB IV: kesimpulan, saran, berisi tentang : simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Gout Arthritis

Penyakit *Gout Arthritis* adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh tingginya asam urat di dalam darah. Kadar asam urat yang tinggi di dalam darah melebihi batas normal menyebabkan penumpukan asam urat di dalam persendian dan organ tubuh lainnya. Penumpukan asam urat inilah yang membuat sendi sakit, nyeri dan peradangan. Pada kasus yang parah penderita penyakit ini tidak bisa berjalan, persendian terasa sangat sakit jika bergerak, mengalami kerusakan pada sendi, dan cacat (Sutanto, 2013).

Gout Arthritis merupakan penyakit yang diakibatkan oleh kelainan pada metabolisme yang dalam perkembangannya bermanifestasi terhadap peningkatan konsentrasi asam urat dalam serum. Normalnya, asam urat dikeluarkan melalui urine atau feses, namun karena ginjal sudah tidak mampu mengeluarkan asam urat yang ada, maka kadarnya pun akan meningkat pada tubuh. Jadi, gout arthritis adalah suatu penyakit metabolik dimana tubuh tidak dapat mengontrol asam urat sehingga terjadi penumpukan asam urat yang menyebabkan rasa nyeri pada tulang dan sendi (Rahmatul, 2015).

2.1.2 Klasifikasi Gout Arthritis

2.1.2.1 Gout Arthritis Asimptomatik

Pada stadium ini terjadi peningkatan kadar asam urat serum tanpa adanya gejala lain (Partan, 2014).

2.1.2.2 Gout Arthritis Akut

Pada stadium ini timbul radang sendi yang sangat akut yang muncul dalam waktu singkat. Serangan pada sendi ditandai dengan inflamasi yang jelas seperti merah, bengkak, sakit, terasa panas dan sakit bila digerakkan. Serangan yang ringan kadang-kadang berhenti setelah beberapa jam atau dapat terus terjadi selama beberapa hari. 13 Serangan akut yang berat biasanya berhenti dalam beberapa hari hingga beberapa minggu. Sesudah serangan akut sembuh pasien akan masuk ke stadium interkritikal (Partan, 2014).

2.1.2.3 Gout Arthritis Interkritikal

Pada stadium ini secara klinis tidak muncul tanda-tanda terjadinya radang akut, meskipun pada cairan sendi masih ditemukan kristal urat yang menunjukkan, bahwa proses kerusakan sendi terus berlangsung. Stadium ini dapat berlangsung beberapa tahun sampai 10 tahun tanpa serangan akut. Jika tanpa tatalaksana penyembuhan yang menunjang maka akan berlanjut ke stadium gout arthritis kronik (Partan, 2014).

2.1.2.4 Gout Arthritis Kronik

Pada stadium ini penumpukan asam urat terus meluas dan jika tidak dilakukan penatalaksanaan penyembuhan maka akan menyebabkan nyeri, sakit, dan kaku, serta pembesaran dan penonjolan pada sendi (Partan, 2014).

2.1.3 Etiologi Gout Arthritis

Secara garis besar penyebab terjadinya gout arthritis disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer belum diketahui (idiopatik). Hal ini diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi asam urat atau bisa juga disebabkan karena berkurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi asam urat, terganggunya proses pembuangan asam urat, dan kombinasi kedua penyebab tersebut (Sutanto, 2013).

Berikut beberapa penyebab munculnya gout arthritis :

2.1.3.1 Gout Arthritis Primer

Hal ini dicurigai berkaitan dengan faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme di dalam tubuh yang mengakibatkan terjadinya peningkatan produksi asam urat, atau bisa juga diakibatkan karena berkurangnya produksi asam urat tersebut di dalam tubuh (Rahmatul, 2015).

2.1.3.2 Gout Arthritis Sekunder

Meningkatnya produksi asam urat dipengaruhi oleh pola makan atau diet yang tidak terkontrol, yaitu dengan mengonsumsi makanan yang mengandung

kadar purin yang tinggi seperti (jeroan, melinjo). Purin merupakan senyawa organik yang menyusun asam nukleat dan termasuk kelompok asam amino yang merupakan unsur pembentukan protein. Bisa juga dari faktor kegemukan atau obesitas, penyakit kulit dan kadar trigliserida yang tinggi (Rahmatul, 2015).

2.1.4 Patofisiologi Gout Arthritis



Gambar 2.1 Patofisiologi Gout Arthritis

Sumber : (Serbaheer, 2018)

Adanya gangguan metabolisme purin dalam tubuh, intake bahan yang mengandung asam urat tinggi, dan sistem ekskresi asam urat yang tidak adekuat akan menghasilkan akumulasi asam urat yang berlebihan di dalam plasma darah atau biasa disebut dengan hiperurisemia (Muttaqin, 2017).

Hiperurisemia merupakan hasil :

2.1.4.1 Meningkatnya produksi asam urat akibat metabolisme purin abnormal

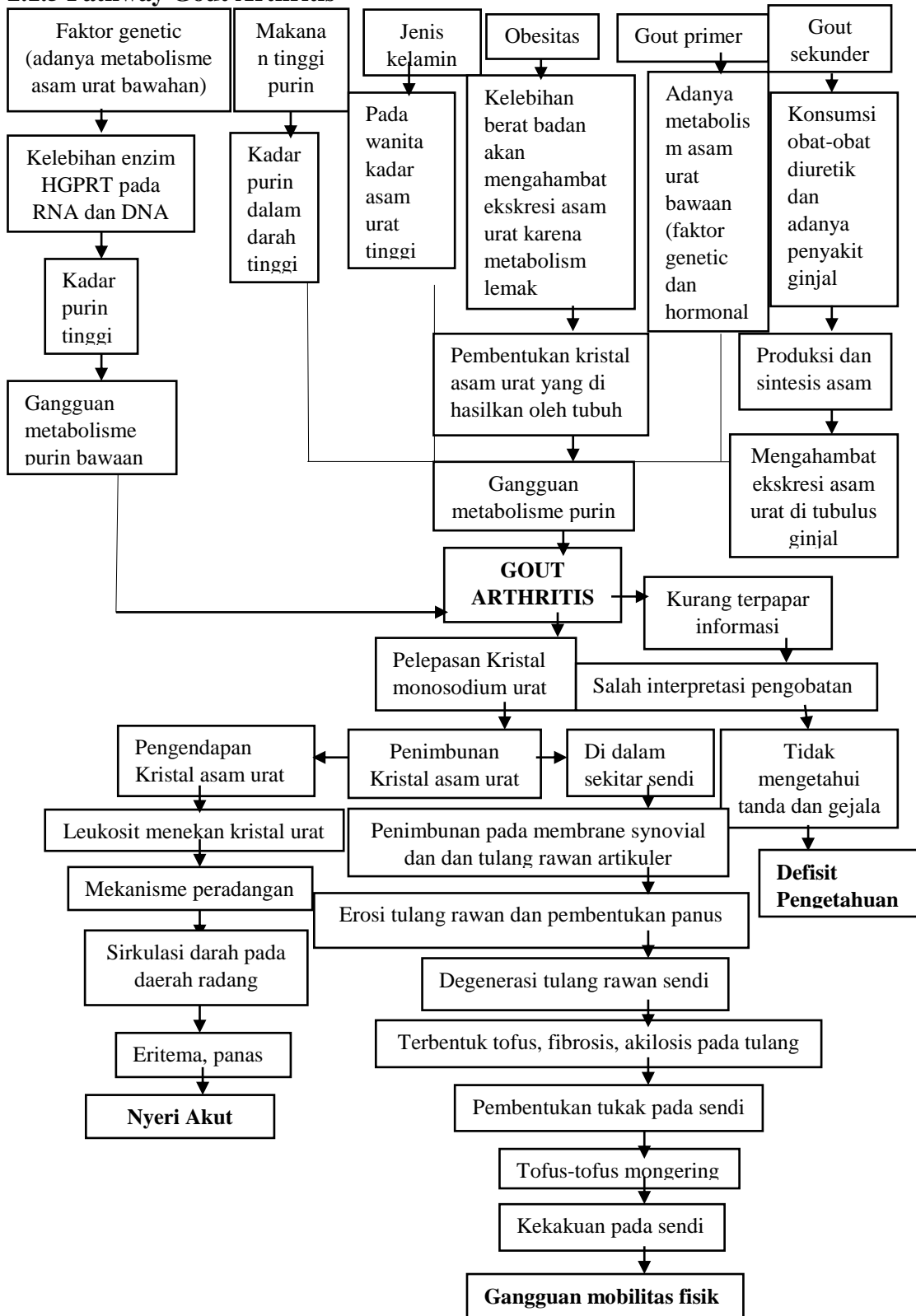
2.1.4.2 Menurunnya ekskresi asam urat

2.1.4.3 Kombinasi keduanya

Penyakit gout arthritis dapat timbul karena adanya beberapa faktor yang mempengaruhi, yaitu diet tinggi purin, penyakit ginjal, obesitas, genetik, usia

diatas 40 tahun, dan wanita menopause. Keadaan-keadaan tersebut akan menyebabkan terjadinya peningkatan produksi asam urat dan penurunan ekskresi asam urat sehingga terjadi penumpukan kadar asam urat darah. Kristal yang berbentuk jarum akan mengaktifkan faktor XII dengan menghasilkan kemoatraktan dan mediator inflamasi. Sel-sel neutrofil dan makrofag berkumpul dalam persendian dan memfagositosis kristal urat sehingga terjadi pelepasan enzim lisosom, prostaglandin dan leukotrin yang secara efektif menimbulkan sinovitis akut. Arthritis kronik timbul akibat presipitasi progresif senyawa urat ke dalam dinding sinovial persendian setelah terjadi serangan arthritis yang akut (Mitchell, 2016). Serangan artritis berulang-ulang, penumpukan kristal natrium urat yang dinamakan tofus akan mengendap di perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan dan telinga (Muttaqin, 2017).

2.1.5 Pathway Gout Arthritis



Gambar 2.2 Pathway Gout Arthritis
Sumber : (WOC, 2015)

2.1.6 Tanda dan Gejala Gout Arthritis

Menurut Dwi Sunar (2013) berikut beberapa tanda dan gejala gout arthritis :

2.1.6.1 Sendi terasa nyeri, ngilu, linu, kesemuatan, bahkan membengkak berwarna kemerahan (meradang).

2.1.6.2 Biasanya persendian terasa nyeri saat pagi hari (baru bangun tidur) atau malam hari.

2.1.6.3 Rasa nyeri pada sendi terjadi berulang-ulang.

2.1.6.4 Yang diserang biasanya sendi jari kaki, jari tangan, lutut, tumit, pergelangan tangan, dan siku.

2.1.6.5 Pada kasus parah, persendian terasa sangat sakit saat bengkak, bahkan penderita sampai tidak bisa jalan. Tulang di sekitar sendi juga bisa keropos atau mengalami pengapuran tulang.

2.1.7 Faktor Risiko Gout Arthritis

Berikut ini yang merupakan faktor risiko dari gout arthritis :

2.1.7.1 Suku Bangsa /Ras

Suku bangsa yang paling tinggi prevalensinya pada suku maori di Australia. Prevalensi suku Maori terserang penyakit gout arthritis tinggi sekali. Sedangkan Indonesia prevalensi yang paling tinggi pada penduduk pantai dan yang paling tinggi di daerah Papua (Asmadi, 2015).

2.1.7.2 Konsumsi Ikan Laut

Ikan laut merupakan makanan yang memiliki kadar purin yang tinggi. Konsumsi ikan laut yang tinggi mengakibatkan asam urat (Susanto, 2013)

2.1.7.3 Penyakit

Penyakit-penyakit yang sering berhubungan dengan hiperurisemia. Misalnya Obesitas, diabetes melitus, penyakit ginjal, hipertensi, dislipidemia. Adipositas tinggi dan berat badan merupakan faktor resiko yang kuat untuk gout pada laki-laki, sedangkan penurunan berat badan adalah faktor pelindung (Doherty, 2013).

2.1.7.4 Obat-obatan

Beberapa obat-obat yang turut mempengaruhi terjadinya hiperurisemia. Misalnya Diuretik, antihipertensi, aspirin. Obat-obatan juga mungkin untuk memperparah keadaan. Diuretik sering digunakan untuk menurunkan tekanan darah, meningkatkan produksi urin, tetapi hal tersebut juga dapat menurunkan kemampuan ginjal untuk membuang asam urat. Hal ini pada gilirannya, dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah dan menyebabkan serangan gout. Gout yang disebabkan oleh pemakaian diuretik dapat disembuhkan dengan menyesuaikan dosis. Serangan gout juga bisa dipicu oleh kondisi seperti cedera dan infeksi. Hal tersebut dapat menjadi potensi memicu asam urat. Hipertensi dan penggunaan diuretik juga merupakan faktor risiko penting independen untuk gout. Aspirin memiliki 2 mekanisme kerja pada asam urat, yaitu: dosis rendah menghambat ekskresi asam urat dan meningkatkan kadar asam urat, sedangkan dosis tinggi (> 3000 mg / hari) adalah uricosurik (Doherty, 2013).

2.1.7.5 Jenis Kelamin

Laki - laki lebih beresiko terhadap penyakit gout arthritis, sedangkan pada perempuan presentasinya lebih kecil dan baru muncul setelah menopause. Kadar asam urat laki - laki cenderung meningkat sejalan dengan peningkatan usia (pubertas). Oleh karena itu, gout lebih cenderung dialami oleh laki - laki, sebab pada perempuan memiliki hormon esterogen yang ikut membantu pembuangan asam urat lewat urin (Doherty, 2013).

2.1.8 Komplikasi Gout Arthritis

Menurut Muttaqin (2017) komplikasi yang sering terjadi akibat Gout Arthritis antara lain :

2.1.8.1 Erosi, deformitas dan ketidakmampuan aktivitas karena inflamasi kronis dan tofi yang menyebabkan degenerasi sendi.

2.1.8.2 Hipertensi dan albuminuria

2.1.8.3 Kerusakan tubuler ginjal yang menyebabkan gagal ginjal kronik

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Gout Arthritis

2.1.9.1 Serum asam urat

Umumnya meningkat, diatas 7,5 mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasikan hiperurisemia, akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi (Suratun, 2015).

2.1.9.2 Leukosit

Menunjukkan peningkatan yang signifikan mencapai 20.000/mm³ selama serangan akut. Selama periode asimtomatik angka leukosit masih dalam batas normal yaitu 5000-10000/mm³ (Aspiani, 2014).

2.1.9.3 Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Meningkat selama serangan akut. Peningkatan kecepatan sedimen rate mengindikasikan proses inflamasi akut, sebagai akibat deposit asam urat di persendian (Suratun, 2015).

2.1.9.4 Urin specimen 24 jam

Urin dikumpulkan dan diperiksa untuk menentukan produksi dan ekskresi. Jumlah normal seorang mengekskresikan 250-750 mg/24/jam asam urat di dalam urin. Ketika produksi asam urat meningkat maka level asam urat urin meningkat. Kadar kurang dari 800 mg/24 jam mengindikasikan gangguan ekskresi pada pasien dengan peningkatan serum asam urat. Intruksikan pasien untuk menampung semua urin dengan feses atau tisu toilet selama waktu pengumpulan. Biasanya diet purin normal direkomendasikan selama pengumpulan urin meskipun diet bebas purin pada waktu itu diindikasikan (Suratun, 2015).

2.1.9.5 Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis cairan aspirasi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum kristal urat yang tajam, memberikan diagnosis definitif gout (Aspiani, 2014).

2.1.9.6 Pemeriksaan radiografi

Pada sendi yang terserang, hasil pemeriksaan menunjukkan tidak terdapat perubahan pada awal penyakit, tetapi setelah penyakit berkembang progresif maka akan terlihat jelas/area terpukul pada tulang yang berada di bawah sinavial sendi (Aspiani, 2014).

2.1.10 Penatalaksanaan Gout Arthritis

Secara umum penatalaksanaan gout arthritis adalah dengan memberikan edukasi, pengaturan diet, istirahatkan sendi dan pengobatan. Penatalaksanaan gout arthritis ada dua macam, yaitu penatalaksanaan farmakologi dan penatalaksanaan non farmakologi (Junaidi, 2012).

2.1.10.1 Farmakologis

1) Stadium I (Asimptomatik)

- (1) Biasanya tidak membutuhkan pengobatan.
- (2) Turunkan kadar asam urat dengan obat-obat urikosurik dan penghambat xanthin oksidase.

2) Stadium II (Artritis Gout akut)

- (1) Kalkisin diberikan 1 mg (2 tablet) kemudian 0,5 mg (1 tablet) setiap 2 jam sampai serangan akut menghilang.
- (2) Indometasin 4 x 50 mg sehari.
- (3) Fenil butazon 3 x 100-200 mg selama serangan, kemudian diturunkan.

(4) Penderita ini dianjurkan untuk diet rendah purin, hindari alkohol dan obat-obatan yang menghambat ekskresi asam urat.

3) Stadium III (Interkritis)

(1) Hindari faktor pencetus timbulnya serangan seperti banyak makan lemak, alkohol dan protein, trauma dan infeksi.

(2) Berikan obat profilaktik (Kalkisin 0,5-1 mg indometasin tiap hari).

4) Stadium IV (Gout Kronik)

(1) Alopurinol 100 mg 2 kali/hari menghambat enzim xantin oksidase sehingga mengurangi pembentukan asam urat.

(2) Obat-obat urikosurik yaitu prebenesid 0,5 g/hari dan sulfipyrazone (Anturane) pada pasien yang tidak tahan terhadap benemid.

(3) Tofi yang besar atau tidak hilang dengan pengobatan konservatif perlu dieksisi (Aspiani, 2014).

2.1.10.2 Non Farmakologis

Penyakit gout arthritis memang sangat erat kaitannya dengan pola makan seseorang. Pola makan yang tidak seimbang dengan jumlah protein yang sangat tinggi merupakan penyebab penyakit ini. Meskipun demikian, bukan berarti penderita gout arthritis tidak boleh mengonsumsi makanan yang mengandung protein asalkan jumlahnya dibatasi. Selain itu, pengaturan diet yang tepat bagi penderita asam urat mampu mengontrol kadar asam dan urat dalam darah. Berkaitan dengan diet tersebut, berikut ini beberapa prinsip diet yang harus dipatuhi oleh penderita asam urat (Junaidi, 2012).

1) Membatasi asupan purin atau rendah purin

Pada diet normal, asupan purin biasanya mencapai 600-1000 mg per hari. Namun penderita asam urat harus membatasi menjadi 120-150 mg per hari. Purin merupakan salah satu bagian dari protein. Membatasi asupan purin berarti juga mengurangi konsumsi makanan yang berprotein tinggi. Asupan protein yang dianjurkan bagi penderita asam urat sekitar 50-70 gram bahan mentah per hari atau 0,8-1 gram/kg berat badan/hari (Junaidi, 2012).

2) Asupan energi sesuai dengan kebutuhan

Jumlah asupan energi harus disesuaikan dengan kebutuhan tubuh berdasarkan pada tinggi badan dan berat badan (Junaidi, 2012).

3) Mengonsumsi lebih banyak karbohidrat

Jenis karbohidrat yang dianjurkan untuk dikonsumsi penderita asam urat adalah karbohidrat kompleks seperti nasi, singkong, roti, dan ubi. Karbohidrat kompleks ini sebaiknya dikonsumsi tidak kurang dari 100 gram per hari, yaitu sekitar 65-75% dari kebutuhan energi total (Junaidi, 2012).

4) Mengurangi konsumsi lemak

Makanan yang mengandung lemak tinggi seperti jeroan, seafood, makanan yang digoreng, makanan yang bersantan, margarin, mentega, avokad, dan durian sebaiknya dihindari. Konsumsi lemak sebaiknya hanya 10-15% kebutuhan energi total (Junaidi, 2012).

5) Mengonsumsi banyak cairan

Penderita rematik dan asam urat disarankan untuk mengonsumsi cairan minimum 2,5 liter atau 10 gelas sehari. Cairan ini bisa diperoleh dari air putih, teh, kopi, cairan dari buah-buahan yang mengandung banyak air seperti: apel, pir jeruk, semangka, melon, blewah, dan belimbing (Junaidi, 2012).

6) Tidak mengonsumsi minuman beralkohol

Alkohol akan meningkatkan asam laktat plasma. Asam laktat ini bisa menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh. Karena itu, orang yang sering mengonsumsi minuman beralkohol memiliki kadar asam urat yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak mengonsumsinya (Junaidi, 2012).

7) Mengonsumsi cukup vitamin dan mineral

Konsumsi vitamin dan mineral yang cukup, sesuai dengan kebutuhan tubuh akan dapat mempertahankan kondisi kesehatan yang baik (Ode, 2012)

8) Kompres hangat air rendaman jahe

Kompres jahe hangat dapat menurunkan nyeri. Kompres jahe merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternatif untuk mengurangi nyeri. Kompres jahe hangat memiliki kandungan enzim siklo-oksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita asam urat, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas (Listyarini & Purnamasari, 2016) .

2.1.11 Upaya Pencegahan Gout Arthritis

Menurut Andarmoyo (2017) berikut ini merupakan upaya pencegahan Gout Arthritis antara lain :

2.1.11.1 Menghindari makanan memiliki zat purin tinggi.

2.1.11.2 Perbanyak minum air putih.

2.1.11.3 Tidak mengonsumsi minuman beralkohol.

2.1.11.4 Minum kopi secukupnya.

2.1.11.5 Konsumsi buah yang memiliki antioksidan tinggi.

2.1.11.6 Menghindari obesitas.

2.1.11.7 Rutin berolahraga.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Lanjut usia bukan merupakan suatu penyakit, melainkan suatu tahap lanjut dari suatu kehidupan dimana lansia berada pada fase akhir yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh dalam melakukan adaptasi dengan lingkungannya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi di dalam tubuhnya. Individu dikategorikan ke dalam lansia ketika telah memasuki usia diatas 60 tahun. Banyak lansia yang mengalami gangguan akibat penurunan fungsi tubuh seperti gangguan kardiovaskuler, pernafasan, pencernaan, panca indra, persarafan, endokrin, integument dan muskuloskeletal (Sunaryo, 2017).

Lanjut usia merupakan suatu bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi melalui proses tahapan atau perkembangan dari bayi, anak-anak, remaja, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Lansia merupakan proses alami yang diikuti dengan perubahan fisik dan perilaku. Semua individu akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup tahap akhir dari manusia, dimana mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Artinawati, 2017).

2.2.2 Karakteristik Lansia

Menurut Budi Anna Keliat (2018) lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

2.2.2.1 Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang Kesehatan).

2.2.2.2 Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.

2.2.2.3 Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.2.3 Tipe Lansia

2.2.3.1 Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan (Maryam dkk, 2017).

2.2.3.2 Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan (Maryam dkk, 2017).

2.2.3.3 Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut (Maryam dkk, 2017).

2.2.3.4 Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja (Maryam dkk, 2017).

2.2.3.5 Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh (Maryam dkk, 2017).

2.2.4 Batasan Lansia

2.2.4.1 Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) ada empat tahapan yaitu :

- 1) Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (very old) usia >90 tahun

2.2.4.2 Menurut Hurlock (2018)

- 1) Early old age (usia 60-70 tahun)
- 2) Advanced old age (usia >70 tahun)

2.2.4.3 Menurut Burnsie (2018)

- 1) Young old (usia 60-69 tahun)
- 2) Middle age old (usia 70-79 tahun)
- 3) Old-old (usia 80-89 tahun)
- 4) Very old-old (usia >90 tahun)

2.2.4.4 Menurut Bee (2018)

- 1) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
- 2) Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
- 3) Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)
- 4) Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
- 5) Masa dewasa sangat lanjut (usia >75 tahun)

2.2.4.5 Menurut Prof. Dr. Koesoemanto Setyonegoro

- 1) Usia dewasa muda (elderly adulthood) usia 18/20-25 tahun
- 2) Usia dewasa penuh (middle years) atau maturitas usia 25-60/65 tahun
- 3) Lanjut usia (geriatric age) usia > 65/70 tahun, terbagi atas :
 - (1) Young old (usia 70-75 tahun)

(2) Old (usia 75-80 tahun)

(3) Very old (usia >80 tahun)

2.2.4.6 Menurut sumber lain :

1) Elderly (usia 60-65 tahun)

2) Junior old age (usia >65-75 tahun)

3) Formal old age (usia >75-90 tahun)

4) Longevity old age (usia >90-120 tahun)

Di Indonesia batasan usia lanjut adalah 60 tahun ke atas, terdapat dalam UU no 13 tahun 2013 tentang kesejahteraan lanjut usia. Menurut UU tersebut di atas lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, baik pria maupun wanita (Padila, 2013).

2.2.5 Perubahan pada Lansia

Menurut Meldawati (2017) perubahan pada lansia sebagai berikut :

2.2.5.1 Perubahan fisik

1) Sel : jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan intraseluler menurun.

2) Kardiovaskular : katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta tekanan darah meningkat.

3) Respirasi : otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat.

- 4) Persarafan : lambatnya dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres. Berkurangnya respons motorik dan refleksi.
- 5) Muskuloskeletal : cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, persendian menjadi kaku, kram, pecahnya komponen kapsul sendi dan kolagen. Implikasi dari hal ini adalah nyeri, inflamasi, penurunan mobilitas sendi dan deformitas
- 6) Gastrointestinal : esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik juga menurun.
- 7) Vesika urinaria : otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urin.
- 8) Vagina : selaput lendir mengering dan sekresi menurun.
- 9) Pendengaran : membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran.
- 10) Penglihatan : respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, dan katarak.
- 11) Endokrin : produksi hormon menurun.
- 12) Kulit : keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Rambut dalam hidung dan telinga menebal, kuku keras dan rapuh.
- 13) Belajar dan memori : kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun, memori menurun.
- 14) Intelegensi : secara umum tidak berubah.
- 15) Personality dan adjustment (pengaturan) : tidak banyak perubahan.
- 16) Pencapaian : sains, filosofi, seni, dan musik sangat memengaruhi.

2.2.5.2 Perubahan sosial

- 1) Peran : post power syndrome, single woman, dan single parent.
- 2) Keluarga : kesendirian, kehampaan.
- 3) Teman : ketika lansia meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal.
- 4) Abuse : kekerasan bentuk verbal dan non verbal.
- 5) Masalah hukum : berkaitan dengan perlindungan aset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda.
- 6) Pensiun : kalau PNS akan ada tabungan.
- 7) Ekonomi : kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia.
- 8) Rekreasi : untuk ketenangan batin.
- 9) Keamanan : jatuh dan terpeleset.
- 10) Politik : kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku .
- 11) Pendidikan : berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap belajar.
- 12) Agama : melakukan ibadah.
- 13) Panti jompo : merasa dibuang atau dasingkan.

2.2.5.3 Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi short term memory, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan (Maryam dkk, 2017).

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Definisi Nyeri Akut

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung hingga 3 bulan.

2.3.2 Penyebab Nyeri Akut

Penyebab terjadinya nyeri akut menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :

2.3.2.1 Agen cedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)

2.3.2.2 Agen cedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)

2.3.2.3 Agen cedera fisik (abses, terbakar, terpotong, trauma)

2.3.3 Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Gejala dan Tanda menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :

2.3.3.1 Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

(1) Mengeluh nyeri

2) Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Bersikap protektif (mis.waspaa, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

2.3.3.2 Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif : tidak tersedia

2) Objektif

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) Pola napas berubah
- (3) Nafsu makan berubah
- (4) Proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri
- (7) Diaforesis

2.3.4 Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut

Kondisi klinis yang terkait menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :

2.3.4.1 Kondisi pembedahan

2.3.4.2 Cedera traumatis

2.3.4.3 Infeksi

2.3.4.4 Sindrom koroner akut

2.3.4.5 Glaukoma

2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri Akut

Menurut Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk mengurangi nyeri akut pada pasien Gout Arthtritis maka dilakukan intervensi pencegahan nyeri yaitu salah satunya dengan manajemen nyeri :

2.3.5.1 Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Monitor TTV

2.3.5.2 Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri

2.3.5.3 Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2.3.5.4 Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik

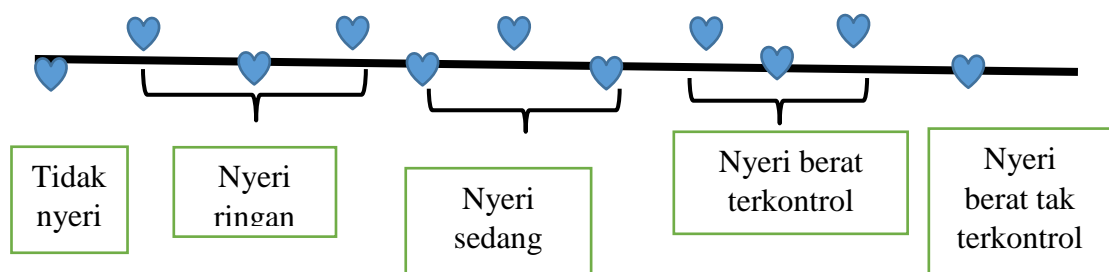
2.3.6 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2017).

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Andarmoyo, 2017).

Beberapa skala intensitas nyeri:

2.3.6.1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



Gambar 2.3 Skala Nyeri Deskriptif Sederhana

Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor scale, VDS*) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari "tidak nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan" (Andarmoyo, 2017). Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2017).

2.3.6.2 Skala Intensitas Nyeri Numerik

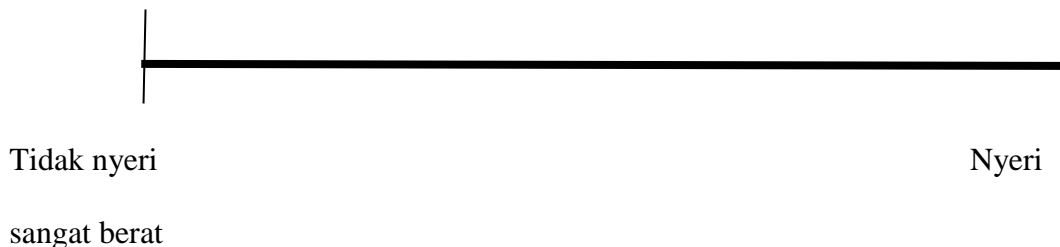


Gambar 2.4 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah

intervensi (Andarmoyo, 2017).



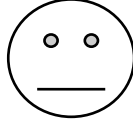
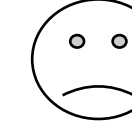
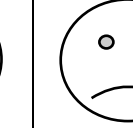
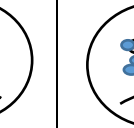
2.3.6.3 Skala Intensitas Nyeri Visual Alanog Scale



Gambar 2.5 Skala Intensitas Nyeri Visual Alanog Scale

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya (Andarmoyo, 2017).

2.3.6.4 Skala Nyeri Wajah (*Oucher*)

					
0	2	4	6	8	10
Tidak sakit	Sedikit sakit	Agak mengganggu	Mengganggu aktivitas	Sangat mengganggu	Tak tertahan

Gambar 2.6 Skala Nyeri Wajah (*Oucher*)

Skala wajah terdiri dari enam wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa sakit) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan. Biasanya skala nyeri ini digunakan untuk anak – anak (Andarmoyo, 2017).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gout Arthritis

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien (Iqbal, 2017).

Fokus pengkajian pada Lansia dengan Gout Arthritis:

2.4.1.1 Data umum

Penyakit gout arthritis timbul karena proses penuaan. Rata-rata penderita gout pada perempuan pada usia 52 tahun, sedangkan pada laki-laki banyak terjadi pada usia 30-59 tahun (Carlioglu, 2013).

2.4.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama yang menonjol pada klien Gout Arthritis adalah nyeri dan terjadi peradangan sehingga dapat mengganggu aktivitas klien (Iqbal, 2017).

2.4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal/di tusuk-tusuk/panas/di tarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak, terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada Gout Arthritis Kronis didapatkan benjolan atau Tofi pada sendi atau jaringan sekitar (Iqbal, 2017).

2.4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita oleh klien, apakah keluhan penyakit Gout Arthritis sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien Gout Arthritis disertai dengan Hipertensi (Iqbal, 2017).

2.4.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adakah riwayat Gout Arthritis dalam keluarga (Iqbal, 2017).

2.4.1.6 Riwayat Psikososial

Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit klien dalam lingkungannya. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentan variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri dan

kurang pengetahuan akan program pengobatan dan perjalanan penyakit. Adanya perubahan aktivitas fisik akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptif (Meldawati, 2017).

2.4.1.7 Riwayat Nutrisi

Kaji riwayat nutrisi klien apakah klien sering mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi purin (Meldawati, 2017).

2.4.1.8 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (*head to toe*). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal (Meldawati, 2017).

2.4.1.9 Pengkajian Status Fungsional, Kognitif, Afektif, Psikologis dan Sosial

1) Pengkajian Status Fungsional

Tabel 2.1 Index Katz

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p>Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
6	<p>Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>		

Sumber : Buku Panduan Keperawatan Gerontik (2018)

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- Nilai A** :Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B** :Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G** : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut
- Lain – lain** : ketergantungan sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, G

2) Pengkajian Status Kognitif dan Afektif

Tabel 2.2 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab :		
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab:		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab:		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab :		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab :		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab :		
JUMLAH			

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual Berat

3) Pengkajian Status Psikologis

Tabel 2.3 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Pertanyaan	
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Tidak
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak Kegiatan dan minat/kesenangan anda	Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik Setiap saat?	Tidak
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk Akan terjadi pada anda?	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian Besar hidup anda?	Tidak
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Ya
9	Apakah anda lebih sering dirumah daripada pergi Keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah Dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	Ya
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda Sekarang menyenangkan?	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti Perasaan anda saat ini?	Ya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak Ada harapan?	Ya
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik Keadaannya daripada anda?	Ya

Sumber : Buku Panduan Keperawatan Gerontik (2018)

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

Skor 1 – 4 : Tidak depresi

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih : Depresi

4) Pengkajian Status Sosial

Tabel 2.4 Apgar Keluarga

NO	Items penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon			
JUMLAH				

Sumber : Buku Panduan Keperawatan Gerontik (2018)

Penilaian :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : Fungsi keluarga baik

Tabel 2.5 Skala Norton

No	Item	Skor	Jawaban
1	Kondisi Fisik Umum		
	Baik	4	
	Lumayan	3	
	Buruk	2	
	Sangat Buruk	1	
2.	Kesadaran		
	Composmentis	4	
	Apatis	3	
	Sopor	2	
	Koma	1	
3.	Aktivitas		
	Dapat berpindah	4	
	Berjalan dengan bantuan	3	
	Terbatas di kursi	2	
	Terbatas di tempat tidur	1	
4.	Mobilitas		
	Bergerak bebas	4	
	Sedikit terbatas	3	
	Sangat terbatas	2	
	Tidak bisa bergerak	1	
5.	Inkontinensia		
	Tidak ngompol	4	
	Kadang – kadang	3	
	Sering inkontinensia urine	2	
	Sering inkontinensia alvi dan urine	1	

Sumber buku : Pedoman Keperawatan Gerontik (2018)

Keterangan :

Skor < 14 : Resiko tinggi terjadinya ulkus decubitus

Skor < 12 : Peningkatan resiko 50× lebih besar terjadinya ulkus dekubitus

Skor 12 – 13 : Resiko sedang

Skor > 14 : Resiko kecil

Tabel 2.6 Screening Fall

Reach Test (FR test)	Hasil
1. Minta lansia untuk menempel ditembok	
2. Minta lansia untuk mencondongkan badannya ke depan tanpa melangkahkan kakiknya.	
3. Ukur jarak condong antara tembok dengan punggung lansia dan biarkan kecondongan terjadi selama 1 – 2 menit.	

KESIMPULAN

Sumber : Buku Panduan Keperawatan Gerontik (2018)

2.4.1.10 Pemeriksaan Diagnosis

- 1) Asam urat meningkat dalam darah dan urin.
- 2) Sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut).
- 3) Pada aspirasi cairan sendi ditemukan kiral urat.
- 4) Pemeriksaan Radiologi.

(Meldawati, 2017).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian, diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan

masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial) (Iqbal, 2017).

Menurut SDKI (2017) diagnosa yang dapat muncul pada klien Gout Arthritis adalah :

2.4.2.1 Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077).

2.4.2.2 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111).

2.4.2.3 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054).

2.4.3 Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. (Iqbal dkk, 2017).

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan pada Lansia Gout Arthritis berdasarkan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung hingga 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen cedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen cedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen cedera fisik (abses, terbakar, terpotong, trauma) <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif : Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif : -</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Luaran Utama</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 	<p>Manajemen nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6) Identifikasi skala nyeri 7) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 8) Monitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4) Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri 6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik

<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas beubah 3. Nafsu makan berubah 4. Pola berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis 	<ol style="list-style-type: none"> 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik 	
<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p> <p>Definisi :</p> <p>Ketidaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. 	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.</p> <p>Luaran Utama</p> <p>Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik 	<p>Edukasi Kesehatan (1.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : -

Objektif :

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolise
3. Penurunan kendali otot
4. Penurunan kekuatan otot
5. Kekakuan sendi
6. Keengganan melakukan pergerakan program pembatasan gerak
7. Malnutrisi
8. Ketidakbugaran fisik
9. Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
10. Gangguan musculoskeletal

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan **mobilitas fisik meningkat**.

Luaran Utama

Mobilitas fisik (L.05042)

1. Pergerakan ekstremitas meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang gerak (ROM) meningkat
4. Nyeri menurun
5. Kecemasan menurun
6. Kaku sendi menurun
7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun
8. Gerakan terbatas menurun
9. Kelemahan fisik menurun

Dukungan mobilisasi

(1.05173)

Observasi :

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi.
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Terapeutik :

1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu
2. Fasilitasi melakukan pergerakan
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi :

1. Jelaskan prosedur mobilisasi
 2. Anjurkan untuk mobilisasi dini.
 3. Ajarkan obilisasi sederhana yang harus di lakukan misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur.
-

Obejktif :

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak menurun

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

1. Sendi kaku
 2. Gerakan tidak koordinasi
 3. Gerakan terbatas
 4. Fisik lemah
-

2.4.4 Implementasi

Implementasi / pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nuersing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2014).

Ada 3 tahap implementasi :

2.4.4.1 Fase orientasi

Terapeutik dimulai dari perkenalan klien pertama kalinya bertemu dengan perawat untuk melakukan validasi data diri (Sulistyo, 2018).

2.4.4.2 Fase kerja

Fase kerja merupakan inti dari fase komunikasi terapeutik, dimana perawat mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan, maka dari itu perawat diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih mendalam tentang klien dan masalah kesehatannya (Sulistyo, 2018).

2.4.4.3 Fase terminasi

Pada fase terminasi adalah fase yang terakhir, dimana perawat meninggalkan pesan yang dapat diterima oleh klien dengan tujuan, ketika dievaluasi nantinya klien sudah mampu mengikuti saran perawat yang diberikan, maka dikatakan berhasil dengan baik komunikasi terapeutik perawat-klien apabila ada umpan balik dari seorang klien yang telah diberikan tindakan atau asuhan keperawatan yang sudah direncanakan (Sulistyo, 2018).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Nursalam, 2014).

Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi hasil atau formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi proses atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Sunaryo, 2017).

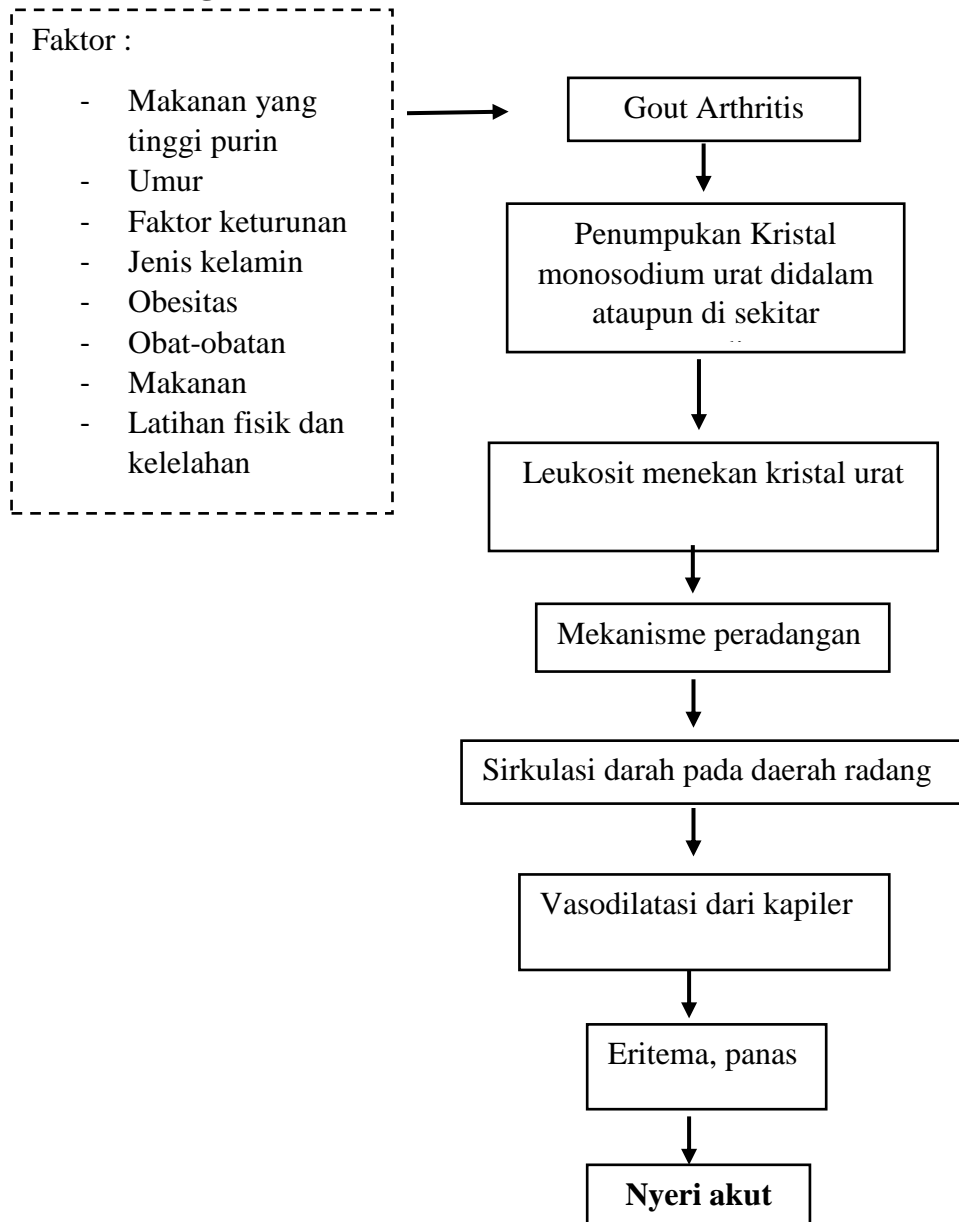
S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan

A: Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul atau ada masalah baru atau ada masalah yang kontradiktif dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien.

2.4.6 Kerangka Masalah



Gambar 2.7 Kerangka Masalah Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2021 sampai dengan 30 Januari 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2021 pada pukul 09.00 WIB.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Nama	: Ny.L
Umur	: 65 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan Terakhir	: SD
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Sumberdawesari
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Tanggal Pengkajian	: 28 Januari 2021
Orang yang paling dekat / bisa di hubungi	
Nama	: Tn.F

Alamat : Sumberdawesari

Jenis Kelamin : Laki-laki

Hubungan dengan Klien : Anak

3.1.2 Struktur Keluarga

Tabel 3.1 Struktur Keluarga

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hubungan dengan Klien	Pekerjaan	Keterangan
1.	Tn.F	45 thn	Laki laki	Anak	Petani	
2.	Ny.M	43 thn	Perempuan	Menantu	IRT	
3.	Sdr.K	20 thn	Perempuan	Cucu	Mahasiswa smt 6	
4.	Sdr.Z	15 thn	Perempuan	Cucu	SMP	

3.1.3 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

3.1.3.1 Pekerjaan saat ini : IRT

3.1.3.2 Pekerjaan sebelumnya : Wiraswasta

3.1.3.3 Sumber Pendapatan :

1) Jumlah pendapatan perbulan : Rp. 2.000.000,00, -

2) Sumber pendapatan perbulan : Tn.F bekerja sebagai petani di sawahnya sendiri dan bercocok tanam sayuran dan buah dikebunnya sendiri sedangkan Ny.M bekerja sebagai IRT dimana keduanya saling bekerja sama dan saling membantu sama lain

3) Jumlah pengeluaran perbulan : Rp. 1.500.000 ,00, -

3.1.3.4 Kecukupan Pendapatan : Cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari hari.

3.1.4 Riwayat Kesehatan

3.1.4.1 Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri.

P = Inflamasi sendi

Q = Tertusuk - tusuk

R = Lutut kanan dan kiri

S = 5

T = Hilang timbul

3.1.4.2 Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir : Klien mengatakan akhir-akhir ini sering merasakan nyeri pada lutut kanan dan kiri.

2) Gejala yang dirasakan : Klien mengatakan nyeri yang tiba-tiba muncul pada malam hari.

3) Faktor pencetus : Usia

4) Timbulnya keluhan : Mendadak

5) Upaya mengatasi : Klien mengatakan minum obat untuk mengurangi nyeri.

3.1.4.3 Riwayat penyakit dahulu

1) Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi

2) Riwayat alergi : Tidak ada

3) Riwayat kecelakaan : Tidak ada

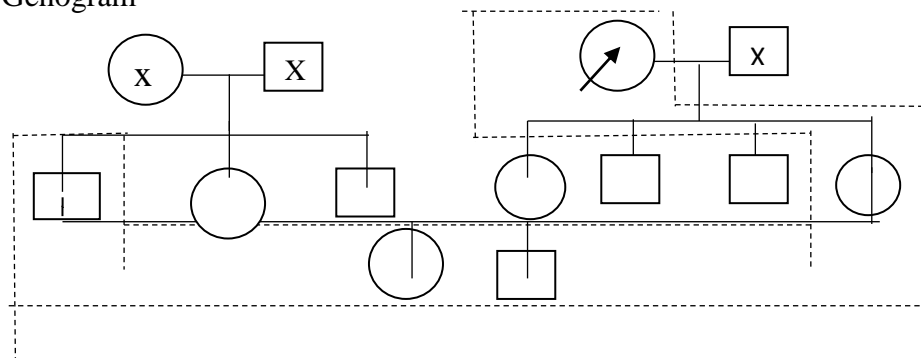
4) Riwayat pernah dirawat di RS : Tidak ada

5) Riwayat pemakaian obat : Klien mengatakan menyediakan obat amlodipin 5mg dan allopurinol 100mg diminum ketika kepalanya terasa pusing dan lututnya terasa nyeri.

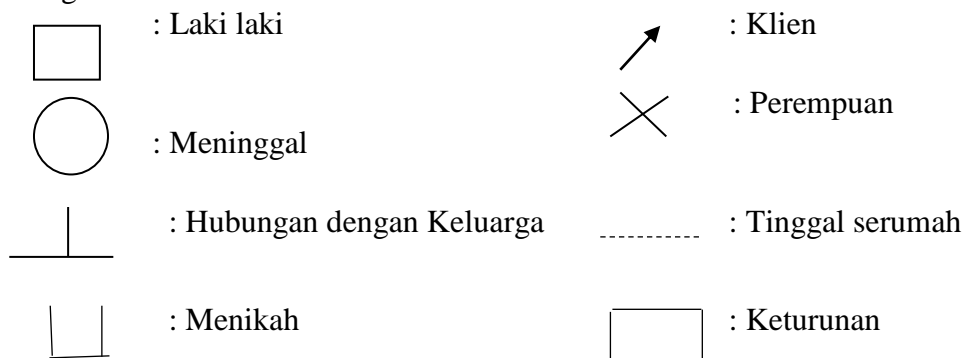
3.1.4.4 Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan anak dan cucunya tidak mempunyai riwayat hipertensi dan tidak mempunyai riwayat penyakit menular.

3.1.4.5 Genogram



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.L

Klien berperan sebagai ibu dari anak-anaknya dan sebagai nenek dari cucunya. Klien menikah dengan Tn.H dan mempunyai 4 orang anak dan sekarang tinggal bersama anak ke 3 dan menantu serta 2 orang cucu. Anaknya mengasuh

orang tuanya dengan rasa kasih sayang, komunikasi dalam keluarga sangat harmonis dan keputusan selalu disepakati bersama.

3.1.5 Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi.

3.1.6 Riwayat Penggunaan Obat

Klien mengatakan tidak mempunyai ketergantungan obat.

3.1.7 Riwayat Tempat Tinggal

3.1.7.1 Jumlah orang yang tinggal dirumah : Klien mengatakan dirumah ada anak, menantu, dan 2 orang cucu jadi dirumah ada 5 orang

3.1.7.2 Kebersihan dan kerapian ruangan : Klien mengatakan ruangan bersih dan rapi

3.1.7.3 Penerangan / sirkulasi udara : Klien mengatakan disetiap ruangan untuk penerangan baik dan untuk sirkulasi udara baik dengan jendela ukuran 50 x 50 cm.

3.1.7.4 Keadaan kamar mandi dan WC : Klien mengatakan keadaan kamar mandi dan wc bersih dan bak mandi tidak ada jentik, untuk lantai dikamar mandi dan wc nya tidak licin karna setiap 2 minggu sekali selalu dikuras dan dipinggir tembok ada pegangan agar tidak jatuh sedangkan pencahayaan dan ventilasi dikamar mandi dan wc sudah cukup baik.

3.1.7.5 Pembuangan air kotor : Klien mengatakan pembuangan air kotor dibuang diselokan

3.1.7.6 Sumber air minum : Klien mengatakan sumber air minum dari bor lalu dimasak untuk diminum

3.1.7.7 Pembuangan sampah : Klien mengatakan pembuangan sampah dibuang di bak penampungan sampah lalu dibakar

3.1.7.8 Sumber pencemaran : Klien mengatakan tidak ada sumber pencemaran lingkungan disekitar rumah

3.1.8 Rekreasi

Klien mengatakan mempergunakan waktu luangnya untuk bercocok tanam dan menonton tv bersama.

3.1.9 Pola Fungsi Kesehatan

3.1.9.1 Pola tidur / istirahat : Klien mengatakan pola tidurnya

1) Lama tidur malam : 7 – 8 Jam/hari (21.00 – 04.30 WIB)

2) Tidur siang : 2 – 3 jam/hari (10.00 – 13.00 WIB)

3) Keluhan yang berhubungan dengan tidur : Tidak ada keluhan

3.1.9.2 Pola eliminasi :

1) BAK :

(1) Frekuensi : ± 3 – 4 kali/ hari

(2) Warna : Kuning jernih

(3) Kebiasaan BAK pada malam hari : Ada

(4) Keluhan yang berhubungan dengan BAK : Tidak ada

2) BAB :

(1) Frekuensi : 1 kali / hari

(2) Konsistensi : Padat

(3) Warna : Kuning kecoklatan

(4) Keluhan yang berhubungan dengan BAB : Tidak ada keluhan

(5) Pengalaman memakai pencahar : Tidak

3.1.9.3 Pola nutrisi : Keluarga mengatakan pola nutrisi klien

1) Frekuensi makan : 3 × sehari 1 centong atau kadang 3 × setengah centong

2) Nafsu makan : Makan selalu habis

3) Jenis makanan : Nasi, lauk, sayur

4) Makanan yg tdk disukai : Daging

5) Alergi terhadap makanan : Tidak ada

6) Pantangan makanan : Makanan yang banyak mengandung zat purin

7) Keluhan yg berhubungan dengan makan : Tidak ada keluhan

3.1.9.4 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan : Klien mengatakan ada kebiasaan makan jeroan dan kacang-kacangan.

3.1.9.5 Pola kognitif perseptual

1) Penglihatan : Klien mengatakan pandangan mata mulai kabur

2) Pendengaran : Klien mengatakan pendengaran mulai berkurang

3) Pengecapan : Klien mengatakan pengecapannya masih terasa dengan baik.

4) Sensasi / peraba : Klien mengatakan perabaannya masih bisa teraba dengan baik.

3.1.9.6 Persepsi diri-pola konsep diri

1) Gambaran diri : Klien mengatakan anggota tubuh lengkap dan berfungsi dengan baik.

2) Identitas diri : Klien mengatakan sekarang berusia 65 tahun dengan pendidikan terakhir SD dan klien merasa puas dengan kodratnya sebagai perempuan serta menikmati masa tua dengan anak dan cucunya.

3) Peran diri : Klien mengatakan berperan sebagai ibu dari anak anaknya dan sebagai nenek dari cucu cucunya.

4) Ideal diri : Klien mengatakan sudah yakin sewaktu usia muda hingga tua saat ini, ia sudah mampu melakukan kewajibannya sebagai isteri dan sebagai ibu untuk menjaga anak anak dan cucunya.

5) Harga diri : Klien mengatakan merasa emas jika suatu saat nanti apabila klien sudah tiada, ia mengkhawatirkan hubungan anak dengan saudara lainnya renggang karna sempat ada konflik masalah tanah dan pekarangan.

3.1.9.7 Pola toleransi - stress koping

1) Penyebab stress : Klien mengatakan stress terjadi ketika cucunya bertengkar.

2) Penanganan : Klien mengatakan menghibur salah satu cucunya dengan cara membelikan boneka agar tidak bertengkar lagi.

3.1.9.8 Pola seksualitas : Klien mengatakan mempunyai 4 orang anak

3.1.9.9 Pola hubungan peran : Klien mengatakan mempunyai peranan dengan 1 orang suami dan 4 anak

3.1.9.10 Pola keyakinan- nilai

1) Keyakinan akan kesehatan : Klien mengatakan berharap sehat selalu

2) Keyakinan spiritual : Klien mengatakan tetap sholat 5 waktu dengan berjama'ah

3) Sesuatu yang bernilai dalam hidupnya : Klien mengatakan sesuatu yang bernilai dalam hidupnya adalah kebahagiaan anak dan cucunya.

3.1.9.11 Persepsi kesehatan dan pola management kesehatan : Klien mengatakan tidak pernah merokok, minum minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

3.1.10 Tinjauan Sistem

3.1.10.1 Keadaan umum / Kesadaran Umum : Cukup baik, composmentis (E = 4 , M = 5 , V = 6)

TTV :

TD : 150 / 90 mmHg

N : 80 x/menit

RR : 22 x/menit

S : 36,6 °C

BB/TB : 73 kg / 165 cm

3.1.10.2 Kepala dan leher

- 1) Rambut : Merata, lurus pendek , warna hitam dan beruban
- 2) Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik,
- 3) Telinga : Simetris, tampak bersih, pendengaran kurang baik, tidak ada benjolan
- 4) Mulut : Mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi masih banyak hanya tanggal beberapa saja, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- 5) Hidung : Simetris, tidak ada lesi, tampak bersih, dan tidak ada pernafasan cuping hidung
- 6) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid

3.1.10.3 Integumen : Sedikit keriput, turgor kulit baik, warna kulit sawo matang

3.1.10.4 Dada dan Thorax :

3.10.4.1 Jantung

- 1) Inspeksi : Simetris, tidak ada pembesaran
- 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- 3) Perkusi : Pekak
- 4) Auskultasi : Reguler, tidak ada bungi jantung tambahan

3.10.4.2 Paru

- 1) Inspeksi : Simetris, tidak ada odem
- 2) Palpasi : Taxtil premitus sama, tidak ada nyeri tekan
- 3) Perkusi : Redup
- 4) Auskultasi : Vasikule

3.10.4.3 Abdomen

- 1) Inspeksi : Simetris
- 2) Auskultasi : Refluks 13 x/menit
- 3) Palpasi : Tidak ada pembesaran hati, tidak ada nyeri tekan
- 4) Perkusi : Timpani

3.10.4.4 Persyarafan : Olfaktorius (+) optikus (+) okulomotorius(+)
trochlearis(+) trigeminalis(+) abducent(+)
facialis(+) auditorius(+)
glossofaringeal(+)
vagus(+)
aksesorius(+).

3.10.4.5 Ekstremitas : Kekuatan otot atas dan bawah

5	5
4	4

3.10.4.6 Genetalia : Tidak terkaji

3.1.11 Pengkajian Status Fungsional Kognitif, Afektif, Psikologis dan Sosial

3.1.11.1 Pengkajian Status Fungsional

Tabel 3.2 Index Katz

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	✓	
2	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>	✓	
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	✓	
4	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		✓
5	<p>Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>	✓	
6	<p>Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>	✓	

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Lain – lain : Ketergantungan sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, G

Penjelasan :

Dari data hasil indeks katz diatas pasien mendapat nilai B, Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut yaitu bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.

3.11.2 Pengkajian status kognitif dan afektif

Tabel 3.3 Shorth Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : Jam 9	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab: 2021	√	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab: Lupa saya		√
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Tidak tau		√
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Sumberdawesari	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 5 orang	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Tn. F, Ny. M, sdr. K, Sdr. Z, Ny. L	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : Tidak tau		√
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Jokowi	√	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : 20,19,18,17,16,15,14,13,12,11,10,9,8,7,6,5,4,3,2,1	√	
JUMLAH			

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual Berat

Penjelasan :

Dari data hasil pengkajian SPMSQ diatas, klien mendapatkan skore 3 salah yang berarti klien mengalami kerusakan intelektual ringan.

3.11.3 Pengkajian Status Psikologi

Tabel 3.4 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Pertanyaan		
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Tidak	0
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	1	Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	0	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	0	Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik Setiap saat?	Tidak	0
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk Akan terjadi pada anda?	1	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian Besar hidup anda?	Tidak	0
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	0	Ya
9	Apakah anda lebih sering dirumah daripada pergi Keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	1	Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah Dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	0	Ya
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda Sekarang menyenangkan?	Tidak	0
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti Perasaan anda saat ini?	0	Ya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak	0
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak Ada harapan?	0	Ya
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik Keadaannya daripada anda?	0	Ya

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

Skor 1-4 : Tidak depresi

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih : Depresi

Penjelasan :

Dari hasil pengkajian Geriatric depression scale diatas, klien mendapatkan skor 3 yang berarti klien tidak mengalami depresi.

3.11.4 Pengkajian Status Sosial

Tabel 3.5 Apgar Keluarga

NO	Items penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	√		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	√		
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	√		
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon	√		
JUMLAH		10		

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 fungsi keluarga baik

Penjelasan :

Dari hasil pengkajian Apgar Keluarga diatas klien mendapatkan nilai 10 yang menunjukkan fungsi keluarga baik.

3.11.5 Screening Fall

Tabel 3.6 Screening Fall

Reach Test (FR test)	Hasil
1. Minta lansia untuk menempel ditembok	1. Lansia tidak bisa berdiri sendiri dan masih membutuhkan bantuan orang lain untuk menopang tubuhnya
2. Minta lansia untuk mencondongkan badannya ke depan tanpa melangkahakan kakiknya.	2. Lansia tidak bisa mencondongkan badannya dan membutuhkan bantuan orang lain untuk menopang tubuhnya
3. Ukur jarak condong antara tembok dengan punggung lansia dan biarkan kecondongan terjadi selama 1 – 2 menit.	3. Hasil pemeriksaan diperoleh 30 Cm untuk jarak kecondongan antara tembok dengan punggung klien

KESIMPULAN :

Dari hasil skoring pada Ny. L diperoleh hasil skoring total = 30 cm, maka dapat dikatakan bahwa Ny. L memiliki resiko jatuh.

3.11.6 Skala Norton

Tabel 3.7 Skala Norton

No	Item	Skor	Jawaban
1	Kondisi Fisik Umum		
	Baik	4	
	Lumayan	3	3
	Buruk	2	
	Sangat Buruk	1	
2.	Kesadaran		
	Composmentis	4	
	Apatis	3	4
	Sopor	2	
	Koma	1	
3.	Aktivitas		
	Dapat berpindah	4	
	Berjalan dengan bantuan	3	4
	Terbatas di kursi	2	
	Terbatas di tempat tidur		
4.	Mobilitas		
	Bergerak bebas	4	
	Sedikit terbatas	3	3
	Sangat terbatas	2	
	Tidak bisa bergerak	1	
5.	Inkontinensia		
	Tidak ngompol	4	
	Kadang – kadang	3	4
	Sering inkontinensia urine	2	
	Sering inkontinensia alvi dan urine	1	

Keterangan :

Skor < 14 : Resiko tinggi terjadinya ulkus decubitus

Skor < 12 : Peningkatan resiko 50× lebih besar terjadinya ulkus dekubitus

Skor 12 – 13 : Resiko sedang

Skor > 14 : Resiko kecil

Dari skor diatas Ny. L mendapatkan skor 18 yang artinya Ny. L tidak mengalami terjadinya resiko dekubitus.

3.1.12 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.8 Pemeriksaan penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Urine Acid	6	mg/dl	2,4 – 5,7

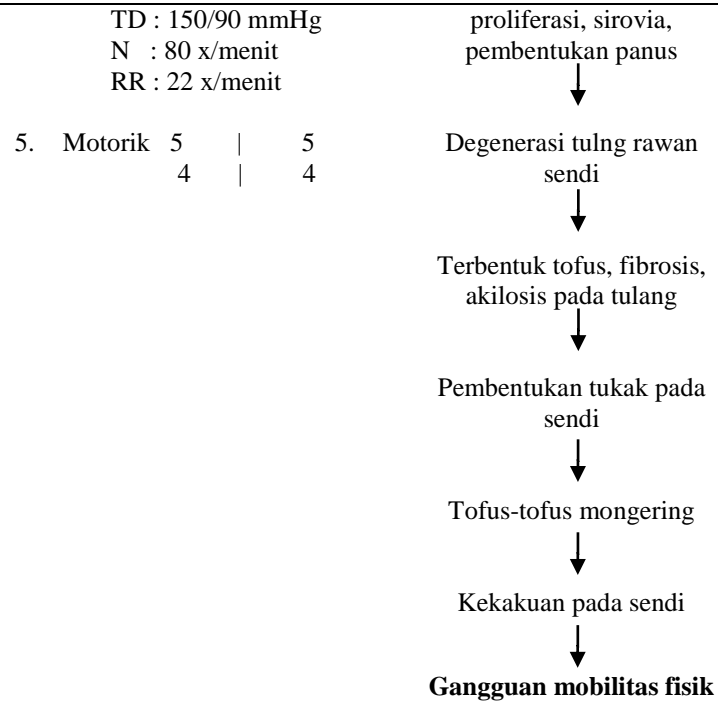
ANALISA DATA

Nama pasien : Ny. L

Umur : 65 thn

Tabel 3.9 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri P = Inflamasi sendi Q = Tertusuk - tusuk R = Lutut kanan dan kiri S = 5 T = Hilang timbul DO : a. Keadaan umum : Lemah GCS : Composmentis (E = 4, V = 5, M = 6) b. Klien tampak meringis saat lutut terasa nyeri c. Klien tampak gelisah d. Skala nyeri : 5 e. TTV TD : 150/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 22 x/menit	Faktor usia ↓ Gout Arthtritis ↓ Penumpukan Kristal monosodium urat didalam ataupun di sekitar persendian ↓ Erosi tulang rawan, proliferasi, sirovia, pembentukan panus ↓ Respon infilamasi local ↓ Kompresi saraf kaki ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2.	DS : Pasien mengatakan sulit bergerak aktif karena lutut kanan dan kiri terasa nyeri. DO : 1. Pasien terlihat berjalan lambat 2. Lutut kanan dan kiri pasien terlihat tremor setelah kembali dari berjalan. 3. Pasien meminta bantuan keluarga ketika mau berdiri. 4. TTV :	Faktor usia ↓ Gout Arthtritis ↓ Penumpukan Kristal monosodium urat didalam ataupun di sekitar persendian ↓ Erosi tulang rawan,	Gangguan mobilitas fisik



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. L

Umur : 65 thn

Tabel 3.10 Diagnosa Keperawatan

No	Kode	Diagnosa Keperawatan
1.	D.0077	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
2.	D.0054	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. L

Umur : 65 thn

Tabel 3.11 Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI
Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Intervensi
D.0077	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (inflamasi)	L.08066	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun . Luaran Utama Tingkat nyeri (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Diaforesis menurun 7. Frekuensi nadi membaik 8. Tekanan darah membaik 	I.08238 Manajemen nyeri (1.08238) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor TTV Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

D.0054	Gangguan mobilitas fisik behubungan dengan kekakuan sendi	L.05042	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.	1.05173	Dukungan mobilisasi(1.05173)
			Luaran Utama		
			Mobilitas fisik		
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 		Observasi :
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
					Terapeutik :
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
					Edukasi :
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan untuk mobilisasi dini. 3. Ajarkan obilisasi sederhana yang harus di lakukan misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur.

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. L

Umur : 65 thn

Tabel 3.12 Implementasi Keperawatan

Diagnosa	Implementasi		
	Hari ke 1 Kamis, 28 Januari 2021 Pukul 08.00 WIB	Hari ke 2 Jumat, 29 Januari 2021 Pukul 11.00 WIB	Hari ke 3 Sabtu, 30 Januari 2021 Pukul 14.00 WIB
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan BHSP 2. Menjelaskan tujuan dan kontrak waktu 3. Memonitor TTV TD : 150/90mmHg N : 80x/menit RR : 22x/menit 4. Identifikasi lokasi, karakteristik , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P = Inflamasi Q = Ditusuk-tusuk R = Lutut kanan dan kiri S = 5 T = Hilang timbul 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri timbul jika sudah melakukan aktifitas yang berat-berat b. Nyeri berkurang jika klien sudah beristirahat dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV TD : 140/80mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit 2. Identifikasi lokasi, karakteristik , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P = Inflamasi Q = Ditusuk-tusuk R = Lutut kanan dan kiri S = 4 T = Hilang timbul 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri timbul jika sudah melakukan aktifitas yang berat-berat b. Nyeri berkurang jika klien sudah beristirahat dan melakukan pemijatan 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV TD : 140/70mmHg N : 84x/menit RR : 19x/menit 2. Identifikasi lokasi, karakteristik , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P = Inflamasi Q = Ditusuk-tusuk R = Lutut kanan dan kiri S = 3 T = Hilang timbul 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri timbul jika sudah melakukan aktifitas yang berat-berat b. Nyeri berkurang jika klien sudah beristirahat dan melakukan pemijatan 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk

	<p>melakukan pemijatan</p> <p>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Dengan melakuakn teknik relaksasi nafas dalam Dengan melakukan pemijatan Dengan teknik distraksi , missal : menonton tv,mendengarkan musik Dengan melakukan komres hangat atau dingin Dengan imajinasi terbimbing <p>7. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkondisikan agar klien tidak mendengarkan suara ramai ataupun kebisingan <p>8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Penyebab = Proses inflamasi di daerah nyeri dan faktor usia Pemicu = ketika melakukan aktifitas berat Periode = nyerinya hilang timbul <p>9. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Dengan melakuakn teknik relaksasi nafas dalam Dengan melakukan pemijatan Dengan teknik distraksi , missal : menonton tv,mendengarkan musik Dengan melakukan komres hangat atau dingin Dengan imajinasi terbimbing <p>5. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkondisikan agar klien tidak mendengarkan suara ramai ataupun kebisingan <p>6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Penyebab = Proses inflamasi di daerah nyeri dan faktor usia Pemicu = ketika melakukan aktifitas berat Periode = nyerinya hilang timbul <p>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Dengan melakuakn teknik relaksasi nafas dalam Dengan melakukan pemijatan Dengan teknik distraksi , missal : menonton tv,mendengarkan musik Dengan melakukan komres hangat atau dingin Dengan imajinasi terbimbing <p>5. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkondisikan agar klien tidak mendengarkan suara ramai ataupun kebisingan <p>6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Penyebab = Proses inflamasi di daerah nyeri dan faktor usia Pemicu = ketika melakukan aktifitas berat Periode = nyerinya hilang timbul <p>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Dengan teknik
--	--	---	---

	<p>a. Dengan teknik massage,terapi perilaku,komres hangat dingin, teknik relaksasi</p> <p>10. Memonitor tindakan pengurangan nyeri</p> <p>a. Memberikan posisi yang nyaman , missal posisi suppinasi dan semi fowler</p> <p>b. Mengajarkan teknik nafas dalam , menarik nafas lewat hidung ditahan lalu di keluarkan lewat mulut</p> <p>c. Mengajarkan kompres hangat atau dingin di bagian yang nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik relaksasi misalnya dengan pemijatan di bagian yang nyeri</p>	<p>a. Dengan teknik massage,terapi perilaku,komres hangat dingin, teknik relaksasi</p> <p>8. Memonitor tindakan pengurangan nyeri</p> <p>a. Memberikan posisi yang nyaman , missal posisi suppinasi dan semi fowler</p> <p>b. Mengajarkan teknik nafas dalam , menarik nafas lewat hidung ditahan lalu di keluarkan lewat mulut</p> <p>c. Mengajarkan kompres hangat atau dingin di bagian yang nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik relaksasi misalnya dengan pemijatan di bagian yang nyeri</p>	<p>massage,terapi perilaku,komres hangat dingin, teknik relaksasi</p> <p>8. Memonitor tindakan pengurangan nyeri</p> <p>a. Memberikan posisi yang nyaman , missal posisi suppinasi dan semi fowler</p> <p>b. Mengajarkan teknik nafas dalam , menarik nafas lewat hidung ditahan lalu di keluarkan lewat mulut</p> <p>c. Mengajarkan kompres hangat atau dingin di bagian yang nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik relaksasi misalnya dengan pemijatan di bagian yang nyeri</p>
Gangguan mobilitas fisik behubungan dengan kekakuan sendi	<p>1. Melakukan BHSP</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan kontrak waktu.</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Membatasi gerakan pasien dalam melakukan pergerakan. Mis : menaruh barang didekat pasien.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Kondisi umum pasien cukup baik selama melakukan mobilisasi.</p>	<p>1. Melakukan BHSP</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan kontrak waktu.</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Membatasi gerakan pasien dalam melakukan pergerakan. Mis : menaruh barang didekat pasien.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Kondisi umum pasien cukup baik selama melakukan mobilisasi.</p>	<p>1. Melakukan BHSP</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan kontrak waktu.</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Membatasi gerakan pasien dalam melakukan pergerakan. Mis : menaruh barang didekat pasien.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Kondisi umum pasien cukup baik selama melakukan mobilisasi.</p>

-
- | | | |
|---|---|---|
| 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Membantu pasien duduk dan berdiri | 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Membantu pasien duduk dan berdiri | 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Membantu pasien duduk dan berdiri |
| 6. Menjelaskan prosedur mobilisasi. | 6. Menjelaskan prosedur mobilisasi. | 6. Menjelaskan prosedur mobilisasi. |
| 7. Mengajarkan untuk mobilisasi dini. Tujuannya agar sendi tidak kaku dan mengurangi rasa nyeri | 7. Mengajarkan untuk mobilisasi dini. Tujuannya agar sendi tidak kaku dan mengurangi rasa nyeri | 7. Mengajarkan untuk mobilisasi dini. Tujuannya agar sendi tidak kaku dan mengurangi rasa nyeri |
| 8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur. | 8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur. | 8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur. |
-

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny.L

Umur : 65 thn

Tabel 3.13 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Evaluasi Keperawatan		
	Hari ke 1 Kamis, 28 Januari 2021 Pukul 10.00 WIB	Hari ke 2 Jumat, 29 Januari 2021 Pukul 14.00 WIB	Hari ke 3 Sabtu, 30 Januari 2021 Pukul 16.00 WIB
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri</p> <p>P = Inflamasi sendi</p> <p>Q = Tertusuk - tusuk</p> <p>R = Lutut kanan dan kiri</p> <p>S = 5</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>Durasi nyeri setiap 1 jam sekali</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran Umum : Lemah 2. GCS : Composmentis 3. Kien tampak meringis saat bagian lututnya terasa mulai nyeri 4. Klien berusaha melindungi bagian yang nyeri ketika akan di sentuh oleh orang lain dan menggunakan teknik nafas dalam 5. Klien tampak gelisah 6. Klien tampak memijat bagian yang nyeri 	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri mulai berkurang.</p> <p>P = Inflamasi sendi</p> <p>Q = Tertusuk - tusuk</p> <p>R = Lutut kanan dan kiri</p> <p>S = 4</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>Durasi nyeri mulai jarang muncul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran Umum : Cukup baik 2. GCS : Composmentis 3. Kien tampak sudah jarang meringis saat bagian kepala terasa nyeri 4. Klien berusaha melindungi bagian yang nyeri ketika akan di sentuh oleh orang lain 5. Klien sudah jarang tampak gelisah 6. Klien tampak mengompres hangat bagian yang nyeri 7. Klien sudah jarang tampak diaforesis 8. TTV 	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri sudah jarang timbul.</p> <p>P = Inflamasi sendi</p> <p>Q = Tertusuk - tusuk</p> <p>R = Lutut kanan dan kiri</p> <p>S = 3</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>Durasi nyeri jarang muncul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum = Cukup Baik 2. GCS : Composmentis 3. Klien tampak rileks 4. Klien sudah tidak tampak gelisah 5. Klien sudah tidak merasakan nyeri ketika lututnya di sentuh 6. Klien sudah tidak tampak diaphoresis 7. TTV <p>TD : 140/70 mmHg</p> <p>N : 84x/menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>

	<p>7. Klien tampak diaforesis</p> <p>8. TTV</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 3,4,5,6,7,8,9,10,11</p>	<p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 3,4,5,6,7,8,9,10,11</p>	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sulit bergerak aktif karena lutut kanan dan kiri terasa nyeri.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat berjalan lambat 2. Lutut kanan dan kiri pasien terlihat tremor setelah kembali dari berjalan. 3. Pasien meminta bantuan keluarga ketika mau berdiri. 4. TTV : TD : 150/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 22 x/menit 5. Motorik 5 5 4 4 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan mulai bisa bergerak aktif karena nyeri di lutut kanan dan kiri mulai berkurang.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat berjalan biasa 2. Tremor pada lutut kanan dan kiri pasien terlihat sedikit berkurang setelah kembali dari berjalan. 3. Pasien meminta bantuan keluarga ketika mau berdiri. 4. TTV : TD : 140/80 mmHg N : 85 x/menit RR : 20 x/menit 5. Motorik 5 5 4 4 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa bergerak aktif karena nyeri di lutut kanan dan kiri sudah jarang timbul.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat berjalan seperti biasanya 2. Lutut kanan dan kiri pasien terlihat sudah tidak tremor setelah kembali dari berjalan. 3. Pasien sudah tidak meminta bantuan keluarga ketika mau berdiri. 4. TTV TD : 140/70 mmHg N : 84x/menit RR : 19x/menit 5. Motorik 5 5 5 5 <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Data yang didapatkan dari hasil pengkajian pasien adalah seorang perempuan berusia 65 tahun. Pada tinjauan pustaka, laki-laki lebih berisiko terkena penyakit gout arthritis dibandingkan perempuan karena perempuan memiliki hormon estrogen yang ikut membantu pembuangan asam urat lewat urine (Doherty, 2013). Menurut penulis terjadi kesenjangan antara kasus dan teori. Pada kasus didapatkan pasien berjenis kelamin perempuan berusia 65 tahun. Pada usia ini wanita sudah memasuki masa menopause. Pada wanita menopause produksi hormon estrogen menurun drastis sehingga ekskresi asam urat melalui urine menjadi berkurang dan meningkatkan resiko terjadinya gout arthritis.

Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada lutut kanan dan kiri. Gejala yang dirasakan muncul secara mendadak pada malam hari. Pengkajian muskuloskeletal pada Ny.L didapatkan data nyeri pada ekstremitas bawah kanan dan kiri dengan kekuatan otot : 5 | 5

4 | 4

Pada tinjauan teori nyeri pada persendian terjadi karena kadar asam urat yang tinggi di dalam darah melebihi batas normal sehingga menyebabkan penumpukan asam urat di dalam persendian dan organ tubuh lainnya. Penumpukan asam urat

inilah yang membuat sendi sakit, nyeri dan peradangan. Area persendian yang diserang nyeri biasanya jari kaki, jari tangan, lutut, tumit, pergelangan tangan, dan siku. Gejala nyeri biasanya terjadi pada pagi hari saat bangun tidur atau malam hari. Selain nyeri juga disebutkan bahwa pada pasien gout arthritis biasanya terdapat kekakuan sendi. (Dwi Sunar, 2013). Ny. L mengalami nyeri pada persendian disebabkan karena tingginya kadar asam urat yang masuk dan tersimpan di dalam sendi. Masuknya asam urat ke dalam sendi ditandai dengan tingginya kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia) yang dapat menyebabkan penumpukan kristal asam urat dalam persendian dan mengaktifkan reseptor makrofag pada persendian sehingga terjadi reaksi inflamasi pada persendian. Salah satu gejala yang ditimbulkan dari proses inflamasi adalah nyeri. Ny.L mengalami nyeri pada lutut kanan dan kiri karena mempunyai kebiasaan mengkonsumsi jeroan dan kacang-kacangan, hal ini diperkuat dari hasil tes uric acid yang menunjukkan angka 6 mg/dl. Dimana angka normal urine acid pada perempuan adalah 2,4 – 5,7 mg/dl.

Pada tinjauan kasus pasien mengatakan pernah memiliki riwayat penyakit hipertensi. Sedangkan pada tinjauan pustaka, menurut Doherty (2013) penyakit-penyakit yang sering berhubungan dengan Gout Arthritis yaitu seperti obesitas, diabetes melitus, penyakit ginjal, hipertensi, dan dislipidemia. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan karena pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sehingga berhubungan dengan penyakit Gout Arthritis.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny.L terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera

fisiologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Menurut teori SDKI (2017) diagnosa yang dapat muncul pada klien Gout Arthritis ada 3, yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis 2) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi, 3) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi.

Dari semua diagnosis yang terdapat pada teori hanya muncul 2 diagnosis pada kasus nyata yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, karena klien mengalami semua permasalahan yang dijabarkan dalam teori yang meliputi keluhan-keluhan seperti nyeri di bagian lutut kanan dan kiri dimana nyerinya itu hilang timbul dan terasa tertusuk-tusuk, wajah tampak meringis dan gelisah. Sedangkan diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi tidak muncul pada kasus nyata karena pasien sudah mengetahui faktor penyebab dari penyakit gout arthritis.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan secara umum, namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Berikut intervensi yang telah disusun sesuai SDKI (2016), SLKI dan SIKI (2018) dengan menyesuaikan tinjauan kasus, yaitu :

4.3.1 Intervensi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis adalah sebagai berikut : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor TTV, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, monitor tindakan untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Pada intervensi diagnosa nyeri akut antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena telah disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien yaitu nyeri pada lutut kanan dan kiri yang disebabkan oleh inflamasi sendi sehingga mengakibatkan Ny.L tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

4.3.2 Intervensi pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan, jelaskan prosedur mobilisasi, anjurkan untuk mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur). Pada intervensi diagnosa gangguan mobilitas fisik antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena telah disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien yaitu kelemahan ekstremitas bawah kanan dan kiri yang mengakibatkan Ny.L tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada tinjauan pustaka hanya membahas teori asuhan keperawatan dan pada tinjauan kasus implementasi tersebut diwujudkan langsung pada klien disertai pendokumentasian tindakan dari intervensi keperawatan.

4.4.1 Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, semua intervensi keperawatan telah dilakukan selama 3 hari meliputi tindakan keperawatan seperti : identifikasi lokasi (lutut kanan dan kiri), karakteristik (tertusuk - tusuk), frekuensi (hilang timbul), skala nyeri (skala nyeri 5), faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (nyeri timbul jika melakukan aktivitas yang berat), memonitor TTV (TD : 150/90mmHg, S : 36,6⁰C, N : 80x/menit, RR : 22x/menit, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri (mengondisikan agar klien tidak mendengarkan kebisingan), jelaskan penyebab (inflamasi sendi), periode (hilang timbul), dan pemicu nyeri (melakukan aktivitas berat), jelaskan strategi meredakan nyeri (teknik massage, kompres hangat), monitor tindakan untuk mengurangi nyeri (memberikan posisi nyaman), kolaborasi pemberian analgetik (memberikan allopurinol). Tindakan keperawatan yang dilakukan merupakan pengaplikasian intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pada diagnosa nyeri akut semua intervensi yang telah disusun dilakukan semua pada tindakan keperawatan sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.4.2 Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, semua intervensi keperawatan telah dilakukan selama 3 hari

meliputi tindakan keperawatan seperti : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (P : inflamasi sendi, Q : ditusuk – tusuk, R : lutut kanan dan kiri, S : 5, T : hilang timbul), toleransi fisik melakukan pergerakan (membatasi gerakan pasien dalam melakukan pergerakan), monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan (membantu pasien duduk dan berdiri), jelaskan prosedur mobilisasi, anjurkan untuk mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya dengan duduk di sisi tempat tidur). Tindakan keperawatan yang dilakukan merupakan pengaplikasian intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik semua intervensi yang telah disusun dilakukan semua pada tindakan keperawatan sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali kunjungan rumah, didapatkan catatan perkembangan pada evaluasi hari terakhir sebagai berikut :

4.5.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis

Evaluasi pada Ny.L didapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada lutut kanan dan kiri sudah jarang timbul. Data objektif : klien tampak rileks, klien sudah tidak tampak gelisah, klien sudah tidak merasakan nyeri ketika lututnya disentuh, klien tidak tampak diaforesis, skala nyeri 3. Setelah dilakukan tindakan sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil yang telah disusun sebelumnya, masalah keperawatan pada diagnosa ini dapat teratasi. Sesuai dengan luaran yang telah ditetapkan yaitu keluhan nyeri menurun (sebelumnya skala nyeri klien 5 lalu setelah dilakukan tindakan keperawatan menurun menjadi 3), meringis

menurun (sebelumnya klien tampak meringis setelah dilakukan tindakan keperawatan menjadi lebih rileks), gelisah menurun, sikap protektif menurun (sebelumnya pasien merasa nyeri ketika lututnya disentuh setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak merasa nyeri ketika lututnya disentuh).

4.5.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

Evaluasi pada Ny.L didapatkan data subjektif : Pasien mengatakan sudah bisa bergerak aktif karena nyeri di lutut kanan dan kiri sudah jarang timbul. Pasien mengatakan sudah merasa nyaman saat bergerak karena nyeri mulai berkurang. Data objektif : pasien terlihat berjalan seperti biasanya, lutut kanan dan kiri terlihat tidak tremor setelah kembali dari berjalan, pasien tidak meminta bantuan keluarga ketika mau berdiri. Setelah dilakukan tindakan sesuai dengan intervensi dan luaran yang telah disusun sebelumnya, masalah keperawatan pada diagnosa ini dapat teratasi. Sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu pergerakan ekstremitas meningkat (sebelumnya pasien tidak bisa berjalan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien sudah bisa berjalan), kekuatan otot meningkat (sebelumnya ekstremitas bawah 4 4, setelah dilakukan tindakan keperawatan menjadi 5 5), kaku sendi menurun (sebelumnya sendi terasa kaku, setelah dilakukan tindakan keperawatan sendi terasa tidak kaku), gerakan terbatas menurun (sebelumnya gerakan terbatas setelah dilakukan tindakan keperawatan gerakan pasien aktif), kelemahan fisik menurun (sebelumnya fisik pasien lemah, setelah dilakukan tindakan keperawatan fisik pasien cukup baik).

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan kasus Gout Arthritis di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

5.1 Simpulan

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan keluhan nyeri pada persendian yaitu pada lutut kanan dan kiri, klien tampak gelisah dan meringis saat lutut terasa nyeri.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas pada kasus ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yang ditandai dengan wajah tampak meringis dan gelisah.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor TTV, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, monitor tindakan untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

5.1.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan antara lain mengidentifikasi faktor pemicu nyeri, kualitas, lokasi, skala nyeri, waktu munculnya nyeri, mengidentifikasi faktor yang dapat memperberat dan meringankan nyeri, mengajarkan dan mendemonstrasikan teknik mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi disimpulkan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisilogis teratasi dengan data nyeri pada lutut kanan dan kiri hilang, skala nyeri berkurang menjadi 3, pasien tampak rileks dan tidak bersifat protektif.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat penulis berikan yaitu:

5.2.1 Bagi Keluarga

Bagi keluarga Ny. L agar tetap mempertahankan kerjasama yang telah terbina dalam memberikan asuhan keperawatan dan tetap melaksanakan tindakan sesuai dengan kemampuan yang telah dicapai keluarga.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Hasil asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan topik Asuhan Keperawatan Lansia Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut bagi dosen dan mahasiswa di lingkungan Politeknik Kesehatan Kerta Cendikia Sidoarjo.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat melakukan studi kasus yang lebih mendalam dengan waktu yang lebih lama dan melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, (2017), *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : AR-Ruzz-Media.
https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/96761/HARI%20SUSANTO_152303101061.pdf?sequence=1&isAllowed=y diakses pada 23 Januari pukul 06.30 WIB
- Asmadi, (2015), *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : ECG
http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2365/3/BAB%20II_1.pdf diakses pada 23 Januari 2021 pukul 13.00 WIB
- Aspiani Yuli Reny, (2015), *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik, Aplikasi NANDA, NIC dan NOC – Jilid 1*. Jakarta : CV.TRANS INFO MEDIA.
- Carpenito, (2013), *Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 13*. Jakarta : ECG.
- Judha, (2017), *Teori Pengukuran Nyeri*. Yogyakarta : Nuha Medika.
https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/96761/HARI%20SUSANTO_152303101061.pdf?sequence=1&isAllowed=y diakses pada 23 Januari pukul 08.00 WIB
- Junaidi, (2012), *Reumatik dan Asam Urat*. Jakarta : Buana Ilmu.
<http://repo.stikesperintis.ac.id/668/1/KARYA%20TULIS%20ILMIAH%20ACC%20DESRI.pdf> diakses pada 24 Januari pukul 16.00 WIB
- Kemendes RI. (2018). *LAPORAN NASIONAL RISKESDAS 2018*.
<https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/> diakses pada 22 Januari 2021 pukul 20.30 WIB.
- Maryam, dkk, (2017), *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
<http://elib.stikesmuhgombang.ac.id/734/1/ASIH%20TRIA%20RAHMAWATI%20NIM.%20A31600870.pdf> diakses pada 24 Januari 21.00 WIB
- Meldawati, (2017), *Perubahan Fisiologi Pada Lansia*. Jakarta : ECG
- Muttaqin, Arif, (2017), *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/307/1/Untitled.pdf> diakses pada 22 Januari pukul 14.00 WIB
- Padila, (2013), *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- PPNI, T.P.2018. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik ((cetakan III I ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T.P.2018. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Diagnostik ((cetakan II I ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI, T.P.2018. *Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan ((cetakan II I ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Rahmatul, (2015), *Ilmu Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.http://repository.poltekkes.denpasar.ac.id/2365/3/BAB%20II_1.pdf diakses pada 23 Januari 2021 pukul 17.00 WIB
- Sulistyo, (2017), *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : AR-Ruzz Media.https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/96761/HARI%20SUSANTO_152303101061.pdf?sequence=1&isAllowed=y diakses pada 23 Januari pukul 06.30 WIB
- Sunaryo, dkk, (2017), *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : ANDI.<http://elib.stikesmuhgombong.ac.id/734/1/ASIH%20TRIA%20RAHMAWATI%20NIM.%20A31600870.pdf> diakses pada 24 Januari 21.00 WIB
- Susanto, Teguh, (2013), *Asam Urat Deteksi, Pencegahan, Pengobatan*, Yogyakarta : Buku Pintar.https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/9c3328ce6af0718e_aed776e316fa075a.pdf diakses pada 23 Januari 19.00 WIB

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 : 228/BAAK/III/2021

Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Desa Sumberdawesari Kec. Grati
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 Sumberdawesari Kec. Grati, Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	:	Mila Antika Suci
NIM	:	1801072
Alamat	:	Jln, Flamboyan No. 31 Perum Griya Tartila RT 02/RW 12 Desa Sumberdawesari Kec.Grati Kab. Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	:	Pasuruan, 21 Maret 2000
No. Hp	:	085546622557
Judul KTI	:	Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Gout Arthritis di Desa Sumberdawesari Grati Pasuruan

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

Mengetahui
Direktur

Agus Sulistyowati, S.Kep.M.Kes

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Judul: **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN NYERI AKUT
PADA DIAGNOSA MEDIS GOUT ARTHRITIS DI DESA
SUMBERDAWESARI GRATI PASURUAN"**

Tanggal pengambilan studi kasus Januari 2021

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama Mila Antika Suci 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 Mila Antika Suci 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



Ny. L

Tanda Tangan Peneliti



Mila Antika Suci

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI**PEMBIMBING 1**

Nama : Mila Antika Suci

NIM : 1801072

Nama Pembimbing Dosen : Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS

No	Tanggal	Uraian konsultasi	Tanda tangan
1.	22 Januari 2021	Konsul Judul Acc Judul	f
2.	02 Februari 2021	Konsul BAB 1 Konsul BAB 2	f
3.	02 Februari 2021	Acc BAB 1 Revisi BAB 2 Acc BAB 2	f
4.	09 Maret 2021	Konsul Bab 3	f
5.	11 Maret 2021	Revisi Bab 3	f
6.	12 Maret 2021	Acc Bab 3	f
7.	15 Maret 2021	Konsul Bab 4	f
8.	17 Maret 2021	Revisi Bab 4	f
9.	19 Maret 2021	Acc Bab 4	f
10.	22 Maret 2021	Konsul KTI Acc KTI	f


















Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI**PEMBIMBING 2**

Nama : Mila Antika Suci

NIM : 1801072

Nama Pembimbing Dosen : Ns. Erik Kusuma, S.Kep., M. Kes

No	Tanggal	Uraian konsultasi	Tanda tangan
1.	21 Januari 2021	Konsul Judul	
2.	22 Januari 2021	Acc Judul	
3.	24 Januari 2021	Konsul BAB 1	
4.	27 Januari 2021	Revisi (1) BAB 1	
5.	28 Januari 2021	Revisi (2) BAB 1	
6.	01 Februari 2021	Revisi (3) BAB 1 Konsul BAB 2	
7.	08 Februari 2021	Acc BAB 1	
8.	09 Februari 2021	Revisi (1) BAB 2	
9.	10 Februari 2021	Revisi (2) BAB 2	
10.	14 Maret 2021	Acc BAB 2	
11.	15 Maret 2021	Konsul BAB 3	
12.	16 Maret 2021	Revisi (1) BAB 3	
13.	25 Maret 2021	Revisi (2) BAB 3	
14.	18 Mei 2021	Acc BAB 3	
15.	20 Mei 2021	Konsul BAB 4	
16.	21 Mei 2021	Revisi 1-2 BAB 4	
17.	22 Mei 2021	Revisi 3-4 BAB 4	
18.	22 Mei 2021	Konsul bab 4-5 ACC	