

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B.T DENGAN
GOUT ARTHRITIS DI BPSLUT SENJA CERAH PANIKI

Disusun dalam Rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners



Oleh
Christinia Angela Lumenta
NIM : 22062069

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO
2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Christinia Angela Lumenta

NIM : 22062069

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau Sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau ijazah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Manado, 01 Juli 2023



Christinia Angela Lumenta

HALAMAN PERSETUJUAN KIAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B.T DENGAN GOUT
ARTRITIS
di UPTD SENJA CERAH PANIKI**

Nama : Christinia Angela Lumenta, S.Kep.
NIM : 22062069
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Profesi Ners

Menyetujui,
Manado, 01 Juli 2023

Pembimbing



Angela A.M.L. Laka, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui,

Dekan

Ketua Program Studi Ners



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes.



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

HALAMAN PENGESAHAN KIAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B.T DENGAN GOUT
ARTRITIS
di UPTD SENJA CERAH PANIKI**

Yang disusun dan diajukan oleh :

CHRISTINIA ANGELA LUMENTA, S.Kep.

NIM 22062069

Telah dipertahankan didepan TIM penguji Ujian KIAN

pada 01 Juli 2023

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

TIM PENGUJI



Dosen Penguji : (Angela A.M.L Laka, S.Kep., Ns., M.Kep.)

MENGETAHUI,

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado

Ketua Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Unika De La
Salle Manado



Wahyany Langelo, BSN., M.Kes.



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. B.T DENGAN GOUT ARTHRITIS DI BPSLUT SENJA CERAH PANIKI

Christinia Angela Lumenta, S.Kep¹., Angela Alfonsin Maria Lusia Laka²

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado, Kairagi I, Kombos,

Manado, 95253

angelachristinia@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Gout arthritis adalah penyakit yang mengakibatkan nyeri pada sendi akibat menumpuknya kristal asam urat berlebih yang tidak dapat dikeluarkan oleh tubuh dikarenakan gangguan metabolisme purin. Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi tubuh, hal ini menyebabkan lansia beresiko tinggi menderita penyakit kronik degeneratif seperti gout arthritis. Asuhan keperawatan yang komprehensif diberikan untuk mengatasi nyeri dan meminimalisir resiko infeksi.

Tujuan: Untuk menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan gout arthritis di BPSLUT Senja Cerah Paniki.

Metode: Menggunakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil: Peneliti menemukan tiga masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko jatuh. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, terdapat perubahan dimana masalah keperawatan nyeri dan gangguan pola tidur teratasi dengan keluhan nyeri dan sulit tidur menurun serta resiko jatuh teratasi sebagian.

Kesimpulan: pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dapat mengatasi masalah keperawatan yang dialami klien.

Kata Kunci: Gout Arthritis, Asam Urat, Lansia, Asuhan Keperawatan

Kepustakaan: 8 buku, 32 jurnal

THE NURSING CARE FOR CLIENT MR. B.T SUFFERING FROM GOUT ARTHRITIS AT BPSLUT SENJA CERAH PANIKI

Christinia Angela Lumenta, S.Kep¹., Angela Alfonsin Maria Lusia Laka²

Nursing Faculty, Universitas Katolik De La Salle Manado, Kairagi I, Kombos, Manado,

95253

angelachristinia@gmail.com

Abstract

Background: Gouty arthritis is a disease that causes pain in the joints due to the accumulation of excess uric acid crystals which cannot be excreted by the body due to the impaired purine metabolism. Age, which one of the factors that influences changes in body function, causes elderly people to be at high risk of suffering from chronic degenerative diseases such as gouty arthritis. A comprehensive nursing care is provided to manage pain and minimize the risk of infection in gouty arthritis sufferers.

Objective: To analyze the nursing care for a client suffering from gouty arthritis at BPSLUT Senja CERAH Paniki.

Method: Used a case study with a nursing care approach including assessment, formulation of nursing diagnoses, intervention, implementation, and evaluation.

Result: It was found that there were three nursing problems raised as nursing diagnoses, namely acute pain, disturbed sleep pattern, and risk of falls. After three days of nursing care, there were changes where the nursing problems of pain and sleep disturbances were resolved with complaints of pain and difficulty sleeping decreased and the risk of falls partially resolved

Conclusion: Providing comprehensive nursing care can overcome nursing problems experienced by the client.

Keywords: Gout Arthritis; Gout, Elderly, Nursing Care

Bibliography: 8 books, 32 journals

This translation has been checked and proven accurate.



Head of Language Development Office
Universitas Katolik De La Salle Manado

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan limpahannya, serta nikmat sehat sehingga penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah guna untuk memenuhi tugas akhir ini dan dapat selesai sesuai dengan yang diharapkan. Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tentunya memiliki hambatan yang selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitimur sebagai Rektor universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
3. Natalia Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS, sebagai Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
4. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep, Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
5. Angela A.M.L. Laka, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai Dosen Pembimbing yang telah setia dan sabar membimbing serta memberikan kritik dan juga saran dan motivasi yang membangun demi kelancaran dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
6. BPSLUT Senja Cerah Paniki yang menjadi tempat pelaksanaan praktek stase gerontik, dan merupakan tempat penulis menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Seluruh dosen dan staf program studi profesi ners Universitas Katolik De La Salle Manado.
8. Teristimewa untuk orangtua yang saya sayangi serta adik yang telah banyak memberi dukungan kepada penulis baik secara moral, spritual dan material dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
9. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada teman-teman angkatan 2022 Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado khususnya teman-teman kelompok 6 yang telah membantu dan memberikan semangat dalam masa praktik dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.

10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dukungan.

Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners yang penulis buat ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan, kritik serta saran guna untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi tugas akhir Program Profesi Ners, penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua.

Manado, Juni 2023



Christinia Lumenta, S.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS...	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
Abstrak	v
Abstract	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	3
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Konsep Gout Arthritis	5
2.1.1 Definisi.....	5
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3. Anatomi dan Fisiologi.....	7
2.1.4 Klasifikasi	8
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Tanda dan Gejala.....	13
2.1.7 Komplikasi	13
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	14
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	14
2.2 Konsep Lansia.....	15
2.2.1 Pengertian.....	15

2.2.2 Batasan Umur Lanjut Usia	16
2.2.3 Tipe Lansia.....	16
2.2.4 Teori Proses Menua.....	17
2.2.5 Perubahan Akibat Proses Menua	19
2.3 Asuhan Keperawatan Teori.....	22
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	22
2.3.2 Pengkajian Khusus pada Lansia: Pengkajian Status Fungsional, Pengkajian Status Kognitif	24
2.3.3 Diagnosa keperawatan	25
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	27
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	29
2.3.6 Evaluasi Keperawatan.....	30
2.4 Penelitian Terkait	31
BAB III.....	34
GAMBARAN KASUS	34
3.1 Pengkajian.....	34
3.2 Diagnosa.....	35
3.3 Intervensi.....	35
3.4 Implementasi	36
3.5 Evaluasi.....	38
BAB IV	39
PEMBAHASAN	39
4.1 Analisis dan Diskusi Hasil	39
4.2 Keterbatasan Pelaksanaan	45
BAB V.....	46
PENUTUP.....	46
5.1 Kesimpulan	46
5.2 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN.....	51

DAFTAR TABEL

1.1 Indeks KATZ

1.2 SPMSQ

1.3 MMSE

1.4 Skala Depresi

1.5 APGAR Keluarga

1.6 Screening Fall

1.7 Skala Norton

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pengkajian
2. Pengkajian khusus lansia:
 - a. KATZ
 - b. SPMSQ
 - c. MMSE
 - d. Skala Depresi
 - e. APGAR Keluarga
 - f. Screening Fall
 - g. Skala Norton
3. Klasifikasi Data
4. Analisa Data
5. Diagnosa Keperawatan
6. Rencana Asuhan Keperawatan
7. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit gout arthritis atau asam urat adalah penyakit sendi dimana terdapat peningkatan kadar asam urat dalam darah akibat gangguan metabolisme purin yang menyerang persendian (Rizal & Daeli, 2022). Kadar normal asam urat menurut World Health Organization (WHO) pada pria adalah 3,5 – 7 mg/dl dan pada wanita 2,6 – 6 mg/dl. Dalam keadaan normal, tubuh mengeluarkan asam urat lewat feses dan urin, namun kadar asam urat akan menumpuk dalam tubuh saat ginjal tidak mampu mengeluarkan kristal asam urat sehingga menimbulkan rasa nyeri hingga mengganggu aktivitas sehari-hari seperti berjalan (Kemenkes RI, 2022). Perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh akibat proses penuaan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan. Seiring dengan meningkatnya usia, tubuh manusia mengalami perubahan terutama pada sistem musculoskeletal dimana hampir keluhan seperti sendi yang nyeri, bengkak, panas, dan gangguan saat melakukan aktivitas dialami oleh 8% orang berusia 50 tahun ke atas (Astuti, 2021).

Perkembangan penduduk lansia di dunia terdapat 703 juta orang berusia 65 tahun atau lebih di dunia pada tahun 2019. Menurut Dalbeth, dkk (2021) gout arthritis merupakan tipe inflamasi arthritis yang sering terjadi dan diperkirakan mempengaruhi 0,68% hingga 3,90% orang dewasa di seluruh dunia (Liu, n.d.). Di kawasan Asia Tenggara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa. Di Indonesia jumlah penduduk lansia mengalami peningkatan dari 18 juta jiwa (7,56%) pada tahun 2010, menjadi 25,9 juta jiwa (9,7%) pada tahun 2020 (Kemenkes, 2020). Penyakit kronik degeneratif yang biasanya diderita oleh lansia adalah hipertensi, arthritis, batu ginjal, stroke, diabetes melitus, kanker, penyakit jantung koroner, gagal ginjal dan gagal jantung (Riskesdas, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa lansia beresiko menderita berbagai penyakit, salah satunya adalah gout arthritis (asam urat). Hasil Riskesdas (2018) mendokumentasikan

prevalensi gout arthritis di Indonesia sebesar 11,9%. Ditinjau dari karakteristik usia, lansia memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit ini dengan persentase (54,8%).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO), angka penyakit asam urat mencapai 4,75% dari 10% populasi. Berdasarkan data di Indonesia diperkirakan sekitar 2,3% dari 273.879.750 orang yang menderita Arthritis Gout. Berdasarkan data National Centers for Health Statistics diperkirakan 34,2% kejadian gout arthritis di negara berkembang dan sebesar 26,3% kejadian gout arthritis di negara maju (WHO, 2019). Provinsi Sulawesi Utara adalah provinsi ke-8 di Indonesia dengan prevalensi penyakit sendi tertinggi sebesar 8.35%, sedangkan untuk kota Manado didapatkan data prevalensi penyakit sendi sebesar 7.27% (Riskesmas Provinsi Sulawesi Utara, 2019). Hasil penelitian terhadap usia dengan hiperurisemia pada masyarakat di Pulau Manado Tua menunjukkan responden lansia awal (46–55 tahun) sebanyak 17 orang mengalami peningkatan kadar asam urat. Sesuai data pada riset ini, kadar asam urat pada responden mulai naik ketika memasuki kategori usia lansia awal (46 –55 tahun) dan hasil riset ini menunjukkan adanya hubungan antara usia terhadap hiperurisemia pada masyarakat di Pulau Manado Tua.(Sitanggang et al., 2023)

Maramis (2016) mengemukakan bahwa peran perawat dengan pemberian asuhan keperawatan komprehensif kepada penderita gout arthritis dengan diagnosa nyeri akut dibutuhkan agar nyeri yang dirasakan pasien teratasi dan resiko infeksi terminimalisir. Dengan dilaksanakannya asuhan keperawatan diharapkan keadaan penderita gout arthritis terkontrol (Gusmiarti et al., n.d.). Berdasar uraian yang ada, penulis tertarik untuk membahas judul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. B.T dengan masalah Gout Athritis di BPSLUT Senja Cerah Paniki. Lewat karya ilmiah ini, diharapkan penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien gout arthritis dan mampu untuk menegakkan diagnosa, serta dapat melakukan rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi dengan benar.

1.2 Rumusan Masalah

Penurunan fungsi kesehatan pada lansia berdampak pada resiko terkena penyakit degeneratif salah satunya penyakit gout arthritis yang dialami oleh seorang klien di UPTD Senja Cerah Paniki sehingga diperlukannya asuhan keperawatan yang komprehensif

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Dapat mengetahui analisis asuhan keperawatan pada klien dengan gout arthritis di UPTD Senja Cerah Paniki

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran kasus pada klien dengan gout arthritis di UPTD Senja Cerah Paniki
- b. Menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan gout arthritis di UPTD Senja Cerah Paniki
- c. Menganalisis praktek pengelolaan askep terhadap kesenjangan kasus yang ditemukan

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Hasil dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menjadi dasar dalam mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan dalam menganalisa proses asuhan keperawatan medikal dengan masalah kesehatan Gout Arthritis

1.4.2 Praktis

1.4.2.1 Bagi UPTD Senja Cerah

Dapat menjadi bahan masukan tindakan aplikatif yang diperlukan dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan

1.4.2.2 Bagi institusi pendidikan

Kiranya hasil studi kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat dipublikasikan sebagai acuan dalam proses intervensi keperawatan

1.4.2.3 Bagi pasien

Dapat menambah pengetahuan pasien dan dapat dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari

1.4.2.4 Bagi perawat

Sebagai suatu dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan yang paling utama dalam memberikan intervensi keperawatan guna untuk mengembangkan keterampilan perawat dalam melaksanakan setiap intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada pasien yang dirawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Gout Arthritis

2.1.1 Definisi

Gout merupakan inflamasi arthritis yang umumnya terjadi akibat banyak kombinasi faktor yang memengaruhi seperti genetik, lingkungan, dan metabolik. Menumpuknya kristal monosodium urat dalam darah ditandai dengan manifestasi klinis seperti pembengkakan pada sendi, kemerahan, dan rasa nyeri yang menyertai (Liu, n.d.).

Asam urat adalah radang sendi yang umum dan sangat menyakitkan. Biasanya di sendi jempol kaki dan terjadi mempengaruhi satu sendi pada satu waktu. Ada kalanya terjadi suar atau memburuknya gejala dan ada kalanya remisi atau tidak bergejala. Arthritis gout dapat terjadi akibat serangan asam urat yang berulang (CDC, 2020).

Asam urat atau dalam bahasa medis disebut gout arthritis merupakan gangguan metabolisme purin yang berdampak pada penumpukan asam urat di persendian dan organ tubuh lainnya biasanya ditandai dengan kadar asam urat dalam darah melebihi batas normal (Rizal & Daeli, 2022).

Dari beberapa definisi gout arthritis dapat disimpulkan bahwa gout arthritis merupakan gangguan metabolisme purin yang dipengaruhi berbagai faktor ditandai dengan meningkatnya kadar asam urat dalam darah sehingga menyebabkan gejala inflamasi pada sendi sehingga penderita merasakan bengkak, kemerahan, dan nyeri pada sendi.

2.1.2 Etiologi

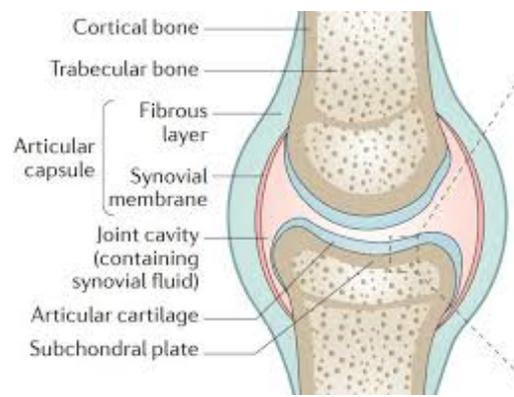
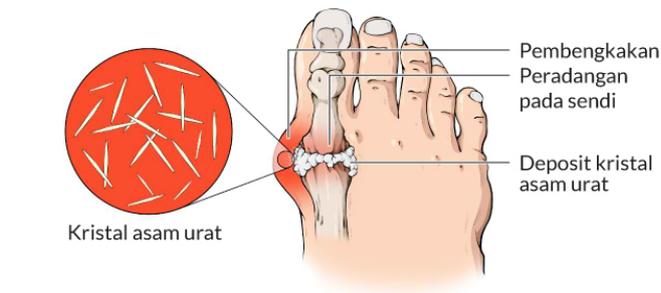
Etiologi dari gout meliputi usia, jenis kelamin, riwayat medikasi, obesitas, konsumsi purin dan alkohol. Menuanya seseorang terutama saat memasuki usia lansia, terjadi penurunan fisiologis yang mempengaruhi status kesehatan fisik dan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Kiik et al., 2018). Pria memiliki resiko tinggi terserang gout arthritis akibat lebih tingginya kadar serum asam urat pada pria dibandingkan wanita. Kejadian gout arthritis saat kedua jenis kelamin memasuki usia 60 tahun menjadi sama karena setelah menopause, level estrogen menurun. Efek urikosurik dalam estrogen menyebabkan wanita muda jarang menderita gout arthritis (Murni, 2019).

Pemakaian obat diuretik dapat meningkatkan kadar asam urat serum (Firdayanti et al., 2019). Reabsorpsi asam urat dalam ginjal mengalami peningkatan saat mengonsumsi obat diuretik sehingga menyebabkan hiperurisemia. Pasien yang menggunakan pirazinamid, etambutol, dan niasin juga mengalami hiperurisemia. Pada usia lanjut, pemberian obat aspirin untuk kardioprotektif dapat meningkatkan kadar asam urat.

Weaver (2008) menjelaskan obesitas berkaitan dengan meningkatnya kadar asam urat serum dan penurunan ekskresi urat ginjal. Makanan dengan kandungan purin yang tinggi mempengaruhi peningkatan asam urat darah. Manusia hanya membutuhkan sekitar 15% purin karena setiap hari tubuh manusia memasok 85% senyawa purin. (Mubarak & Astuti, 2022).

Sering mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan kadar asam urat yang dikeluarkan oleh enzim Xantine Oksidase dan dapat menyerang organ penting dalam tubuh. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan metabolisme purin sehingga dapat menghambat proses pembuangan asam urat tubuh yang berlebih akibat kadar asam urat dalam darah yang melebihi batas normal (Juliantini et al., 2022).

2.1.3. Anatomi dan Fisiologi



Sendi merupakan pertemuan dua tulang, tetapi tidak semua pertemuan tersebut memungkinkan terjadinya pergerakan. Ada tiga jenis sendi pada manusia dan gerakan yang dimungkinkan yaitu, sendi fibrosa, kartilaginosa dan synovial (Qodariah lilis, 2018).

Sendi fibrosa atau sendi mati adalah cekungan yang terbentuk akibat bertemunya dua tulang dengan lapisan tipis jaringan fibrosa yang memisahkan. Tulang-tulang cranium merupakan contoh sendi ini.

Sendi kartilaginosa atau sendi yang bergerak sedikit (sendi tulang rawan) adalah dua permukaan tulang dilapisi tulang rawan hialin dan dihubungkan oleh sebuah bantalan fibrokartilago dan ligamen yang tidak membentuk sebuah kapsul sempurna disekeliling sendi tersebut. Sendi tersebut terletak diantara badan-badan vertebra dan antara manubrium dan badan sternum

Sendi sinovial atau sendi yang bergerak bebas terdiri dari dua atau lebih tulang yang ujung-ujungnya dilapisi tulang rawan hialin sendi. Cairan sinovial dapat ditemukan pada rongga sendi, cairan ini yang memberi nutrisi pada tulang rawan sendi yang tidak mengandung pembuluh darah dan keseluruhan sendi tersebut dikelilingi kapsul fibrosa yang dilapisi membran sinovial. Seluruh interior sendi dilapisi membran sinovial, kecuali ujung-ujung tulang, meniskus, dan diskus. Sejumlah ligamen menghubungkan tulang-tulang sendi ini dan meskipun terbatas ada beberapa gerakan yang bisa dihasilkan oleh sendi sinovial seperti gerak luncur (gliding) antara sendi-sendi metakarpal.

2.1.4 Klasifikasi

Ada 3 klasifikasi berdasarkan manifestasi klinik:

a. Gout arthritis stadium akut

Radang sendi timbul sangat cepat dalam waktu singkat. Tak menunjukkan gejala apapun saat tidur tapi terasa nyeri dan tidak mampu berjalan saat bangun di pagi hari. Biasanya bersifat monoartikular dengan keluhan utama berupa nyeri, kemerahan, hangat, dan, bengkak disertai demam, merasa lelah, dan menggigil. Bisa berefek pada sendi lain seperti pada pergelangan tangan atau kaki, siku, dan lutut jika proses penyakit berlanjut. Selain itu ada faktor lain yang menyertai yaitu mengkonsumsi makanan tinggi purin, trauma lokal, stress, kelelahan fisik, tindakan operasi, pemakaian obat diuretik dan lain-lain. Pemberian monoterapi menjadi rekomendasi terapi awal antara lain NSAIDs, kortikosteroid atau kolkisin oral. Pemberian kombinasi obat ini dilihat berdasarkan tingkat keparahan, jumlah sendi yang terserang atau keterlibatan 1-2 sendi besar (Şenocak 2019).

b. Stadium interkritikal

Terjadi periode interkritik pada stadium ini. Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut. Kristal urat ditemukan pada aspirasi sendi meski secara klinik tanda-tanda radang akut tidak ditemukan. Hal ini menunjukkan walau tanpa keluhan, proses inflamasi masih tetap berlanjut (Şenocak 2019).

c. Stadium arthritis gout kronik

Umumnya terjadi pada lansia yang mampu mengobati dirinya sendiri dan tak mau berobat teratur dalam waktu lama. Banyak tofi yang muncul, sering pecah, dan sulit sembuh walau dibantu dengan medikasi pada gout arthritis menahun. Terkadang infeksi sekunder bisa menyertai stadium ini. Umumnya ditangani dengan pemberian edukasi pengaturan diet, pengobatan, dan istirahat sendi. Dilakukan pengobatan sedini mungkin agar kerusakan sendi atau komplikasi dapat dicegah. Terapi bertujuan untuk terminasi serangan akut, mengantisipasi serangan di masa depan, rasa sakit dan inflamasi teratasi dengan cepat dan aman, pembentukan tofi, batu ginjal, dan komplikasi lainnya dapat dicegah (Şenocak 2019).

Klasifikasi berdasarkan penyebabnya

a Gout primer

Gout primer terjadi akibat berlebihnya asam urat, penurunan ekskresi asam urat melalui ginjal. Lingkungan dan genetik menjadi faktor terbentuknya gout ini. Faktor genetik disebabkan oleh anggota keluarga yang mengidap penyakit yang sama terutama penyakit yang disebabkan dari gen sehingga untuk menyembuhkannya sangat sulit.

b Gout sekunder

1. Obat-obatan

Pada beberapa lansia, obat TBC seperti obat etambutol dan pyrazinamide dapat meningkatkan kadar asam urat. Sekresi ginjal melambat akibat efek dari obat-obatan ini. Akibatnya, sekresi asam urat juga terhambat sehingga terjadinya peningkatan asam urat pada tubuh.

2. Penyakit lain

Hipertensi, hiperglikemia, kolesterol, dan diabetes dapat menurunkan fungsi organ tubuh dan tidak dapat menjalankan fungsinya dengan baik yaitu salah satunya dengan mengeluarkan limbah tubuh seperti asam urat.

2.1.5 Patofisiologi

Gangguan metabolisme purin dalam tubuh akibat konsumsi makanan mengandung tinggi purin dan tidak adekuatnya ekskresi asam urat mengakibatkan menumpuknya asam urat dan kristal asam urat dalam tubuh. Akibatnya, terjadi iritasi lokal dan menimbulkan respon inflamasi. Konsentrasi asam urat dalam darah menjadi salah satu faktor yang berperan dalam serangan gout. Serangan ini terjadi secara berurutan dan melewati beberapa fase yaitu, jaringan mengalami presipitasi kristal monosodium urat jika konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Terjadinya presipitasi ini yaitu di rawan, sonovium, jaringan para-artikuler seperti bursa, tendon, dan selaputnya. Berbagai macam protein membungkus kristal urat yang bermuatan negatif. Netrofil berespon pada pembentukan kristal akibat dibungkus oleh IgG. Hal ini menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit yang menyebabkan terjadinya fagositosis kristal (Amin & Hardhi, 2015).

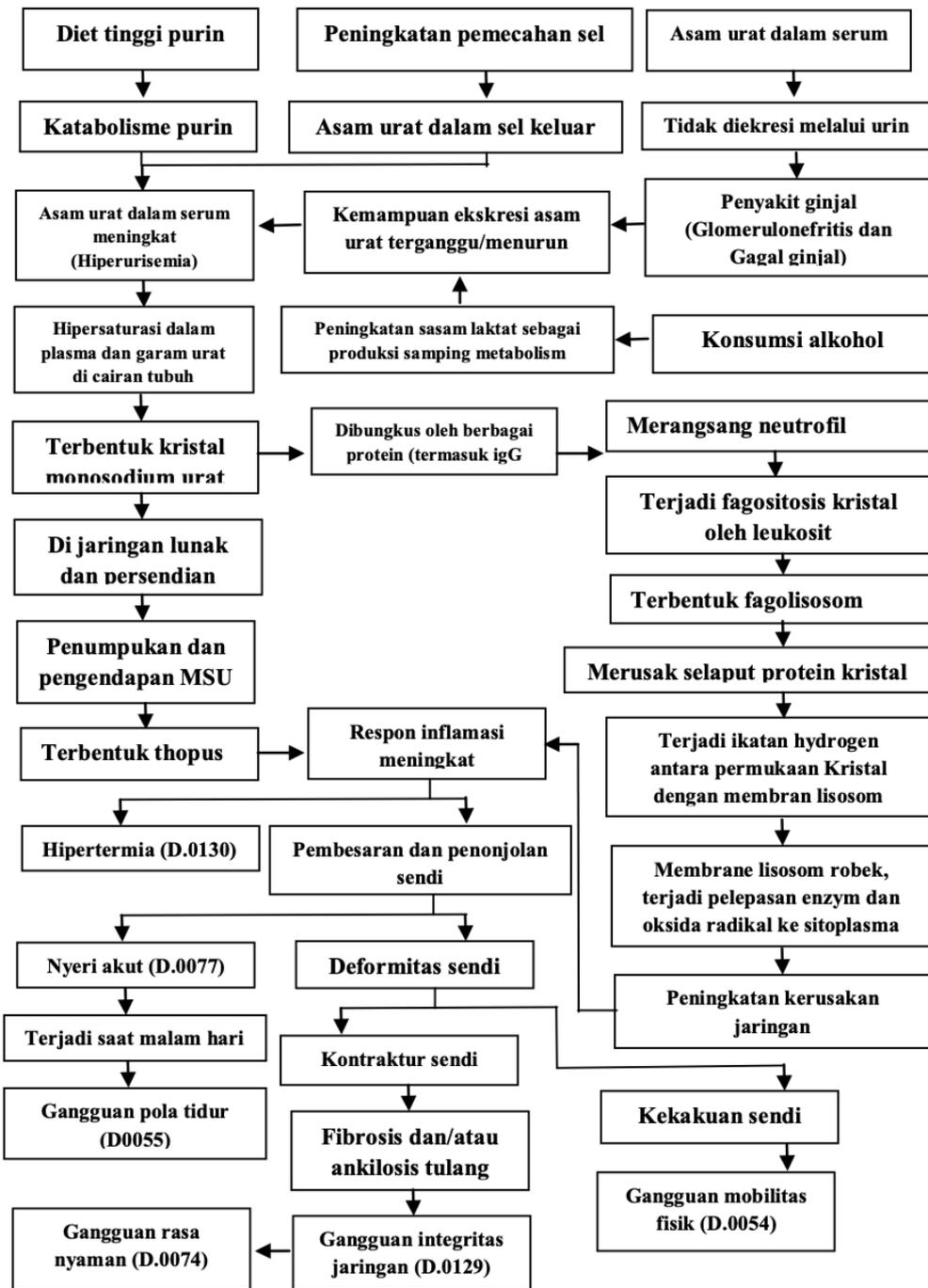
Fagositosis kristal ini membentuk fagolisosom yang membuat kristal dan membrane leukositik lisosom mengelilingi membran vakuola yang membuat lisosom dapat mengalami kerusakan, sesudah selaput protein dirusak. Ikatan hidrogen terjadi antara permukaan kristal membran lisosom. Hal ini membuat membran robek dan melepas enzim-enzim & oksidase radikal dalam sitoplasma yang dapat memicu terjadinya kerusakan pada jaringan. Selanjutnya, intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan meningkat akibat terlepasnya enzim-enzim lisosom ke dalam cairan sinovial (Amin & Hardhi, 2015). Menumpuknya asam urat dalam darah dan cairan tubuh lain menyebabkan mengkristalnya asam urat dan dapat membentuk serta menumpuk garam-garam urat di jaringan konektif di seluruh tubuh (tofi).

Kristal asam urat memicu respon inflamasi akut dan lisosom dilepas oleh netrofil. Lisosom ini merusak jaringan dan menyebabkan inflamasi. Serangan awal gout arthritis akut biasanya sangat sakit, memuncak dengan cepat, dan hanya meliputi satu tulang sendi. Penderita merasa rasa nyeri hebat serta tulang sendi terasa panas dan merah. Tulang yang biasanya paling pertama terinflamasi adalah

tulang sendi metatarsophalangeal, lalu mata kaki, tumit, lutut dan tulang sendi pinggang. Terkadang disertai demam ringan. (Priscilla, Dkk. 2015)

Selama serangan gout arthritis ada periode yang tidak bergejala yaitu periode interkritikal. Serangan kedua biasanya dialami penderita pada bulan ke-6 sampai 2 tahun setelah serangan pertama. Serangan berikutnya menyerang sendi kaki maupun lengan tanpa kecuali dan biasanya disertai demam disebut dengan poliartikular. Polyarthritis merupakan tahap akhir serangan gout arthritis akut atau gout arthritis kronik yang ditandai dengan nyeri, tofi yang besar pada kartigo, membrane sinovial, tendon dan jaringan halus. Terbentuknya tofi di jari tangan, kaki, lutut, ulna, helices pada telinga, tendon achilles dan organ internal seperti ginjal (Priscilla, Dkk. 2015).

Pathway



Sumber: (Armin & Hardhi, 2015).

2.1.6 Tanda dan Gejala

Menurut (Aspiani, 2014), manifestasi klinis dari gout arthritis adalah sebagai berikut:

- Stadium I adalah hiperuresemia asimtomatik dimana tidak ada gejala yang ditunjukkan selain asam urat serum meningkat. Nilai asam urat pada penderita arthritis gout meningkat sampai 9-10 mg/dl. Penderita stadium ini hanya 20% yang berlanjut menjadi serangan gout akut.
- Stadium II adalah asrtritis gout akut dimana terjadi pembengkakan dan nyeri. Penderita menunjukkan gejala peradangan lokal, kemungkinan terjadi demam, dan meningkatnya leukosit. Pembedahan, trauma, obat-obatan, alkohol, atau stress dapat memicu serangan ini. Penderita biasanya segera mencari pengobatan pada tahap ini. Biasanya menyerang sendi pada tangan, kaki, dan jari-jari. Serangan ini dapat sembuh tanpa pengobatan tapi membutuhkan waktu sekitar 10-14 hari untuk pulih.
- Stadium III adalah serangan gout akut/interitis dimana pada masa ini tak ada gejala dan berlangsung beberapa bulan sampai tahun. Jika tidak diobati, dalam waktu kurang dari setahun dapat terjadi serangan gout berulang.
- Stadium IV adalah gout kronik dimana jika tidak segera diobati dapat menambah timbunan asam urat yang menyebabkan serangan akut seperti nyeri, kaku, pembengkakan sendi, dan terbentuknya tofi. Penderita yang menjalankan terapi yang tepat dapat menghilangkan tofi.

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Aspiani, 2014), komplikasi dari gout arthritis adalah sebagai berikut:

- a. Sendi yang diserang mengalami perubahan bentuk atau deformitas.
- b. Penumpukan kristal asam urat menyebabkan batu ginjal (urolitiasis).
- c. Fungsi ginjal terganggu (nephrophaty) dimana terjadi peradangan pada glomerulus akibat kristal urat dalam ginjal menumpuk.
- d. Hipertensi ringan.
- e. Protein dalam urin (proteinuria).

- f. Tingginya kadar lemak dalam darah (hiperlipidemia).
 - g. Gangguan parenkim ginjal dan batu ginjal
- (Aspiani, 2014)

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Menurut Amin (2015) penanganan gout arthritis terbagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan serangan kronis. Terapi penyakit ini memiliki tahapan sebagai berikut:

1. Atasi serangan gout arthritis akut.
2. Cegah penimbunan kristal urat dengan mengurangi kadar asam urat.
3. Gunakan terapi hipourisemik sebagai terapi untuk mencegah
4. Terapi non-farmakologi dengan memenuhi kebutuhan istirahat, kompres hangat dengan kayu manis, mengatur pola makan, menjaga berat badan pada batas ideal, dan kurangi konsumsi alkohol.
5. Terapi farmakologi terbagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan serangan kronis.
 - a. Serangan akut. Diberikan NSAID dengan catatan tidak ada kontra indikasi terhadap NSAID, COX-2 Inhibitor, Colchicine, dan steroid. Hindari penggunaan aspirin karena dapat memperparah serangan gout. Pada serangan akut, tidak boleh menggunakan obat penurun asam urat serum.
 - b. Serangan kronis. Faktor penting untuk menghindari serangan gout yaitu dengan kontrol jangka panjang hiperurisemia. Masih menjadi perdebatan tentang kapan mulai diberikan obat penurun kadar asam urat. Penggunaan Allopurinol dapat mengontrol gejala dan melindungi fungsi ginjal. Penderita dengan nefropati urat harus menghindari penggunaan obat Urikourik.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Aspiani, 2014) ada beberapa pemeriksaan penunjang, yaitu:

- a. Menggunakan alat tes kadar asam urat, kadar asam urat tinggi bila nilai asam urat dalam darah pada pria $>7,0$ mg/dl dan pada wanita $>6,0$ mg/dl. Kadar asam urat normal dalam darah umumnya yaitu $3,5$ mg/dl – $7,2$ mg/dl.
- b. Peningkatan serum asam urat $>7,5$ mg/dl. Hasil ini menunjukkan hiperurisemia akibat produksi asam urat meningkat.
- c. Peningkatan leukosit mencapai $20.000/\text{mm}$. Angka leukosit dalam batas normal yaitu $5000-10.000/\text{mm}^3$ pada periode asimtomatik
- d. Urin specimen 24 jam, produksi dan ekskresi asam urat diperiksa dengan nilai normal $250-750\text{mg}/24$ jam asam urat di dalam urin. Level asam urat urin meningkat saat produksi asam urat meningkat. Pada pasien dengan nilai <800 mg/24 jam teridentifikasi ada gangguan ekskresi.
- e. 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.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Pengertian

Lansia menurut Pudjiastuti (2009) bukan merupakan penyakit melainkan tahap lanjutan dalam proses kehidupan dan dapat diidentifikasi dengan ketidakmampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan (Muhith & Sitoyo, 2016).

Menurut Maryam, dkk (2011) proses menua tidak dapat dihindari, bersifat alamiah, dan menyebabkan banyak perubahan pada tubuh sehingga kemampuan dan fungsi tubuh juga terpengaruhi. Gejala yang menyertai proses menua yaitu kemunduran biologis dan kemampuan kognitif (Mawaddah & Wijayanto, 2020).

Kroll & Hawkins (1999) mendefinisikan lansia sebagai periode terakhir dalam hidup dimana individu telah meninggalkan periode sebelumnya yang lebih menyenangkan atau bermanfaat (Akbar et al., 2021).

Dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan proses transisi kehidupan dimana individu menua dan proses ini tidak dapat dihindari serta merupakan tahap terakhir dalam proses menjalani kehidupan ditandai dengan penurunan kemampuan dan fungsi tubuh.

2.2.2 Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut TimEduNers (2021) dalam bukunya menjabarkan batasan-batasan umur lansia sebagai berikut:

- a. Menurut (WHO) lanjut usia meliputi usia pertengahan (middle age) yang berusia 45-59 tahun, lanjut usia (elderly) yang berusia antara 60-74 tahun, lanjut usia tua (old) yang berusia antara 75-90 tahun, dan sangat tua (very old) = >90 tahun.
- b. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) ada empat fase, yaitu Fase Inventus (pertama) yang berusia 25-40 tahun, Fase Virilites (kedua) yang berusia 40-55 tahun, Fase Presenium (ketiga) yang berusia 55-65 tahun, dan Fase Senium (keempat) yang berusia 65 tahun hingga tutup usia.
- c. Menurut Hurlock (1979) ada dua yaitu early old age berusia 60-70 tahun dan advanced old age yang berusia >70 tahun.
- d. Menurut Burnside (1979) ada empat batasan usia lansia yaitu young old berusia 60-69 tahun, middle age old berusia 70-79 tahun, old-old berusia 80-89 tahun, dan very old-old berusia >90.

2.2.3 Tipe Lansia

Tipe lansia menurut Nugroho yaitu:

1. Tipe optimis disebut juga tipe kursi goyang (the rocking chairman) adalah lansia yang santai dan periang, cukup baik dalam penyesuaian.
2. Tipe konstruktif tenang dalam menjalani proses menua, tinggi dalam toleransi, berintegritas baik, dan fleksibel.
3. Tipe ketergantungan adalah lansia pasif yang sudah pensiun dan sudah tidak ingin bekerja.

4. Tipe defensif biasanya sering tidak dapat mengontrol emosi dan memiliki riwayat pekerjaan tidak stabil, dan takut dengan proses menua.
5. Tipe militan dan serius merupakan lansia pantang menyerah, senang berjuang, serius, dan dapat menjadi panutan.
6. Tipe pemaarah frustasi merupakan lansia yang sering menunjukkan kepahitan hidupnya, pemaarah, selalu menyalahkan orang lain, tidak sabar, dan mudah tersinggung.
7. Tipe bermusuhan tidak senang dengan proses menjadi tua, selalu mengeluh, menyalahkan orang lain atas kegagalan, agresif, dan iri dengan orang lebih muda.
8. Tipe putus asa, membenci, dan menyalahkan diri sendiri merasa diri tidak berguna, marah dan mudah depresi, tidak berambisi dan tidak dapat menyesuaikan diri. (Suputra, 2020)

2.2.4 Teori Proses Menua

1. Teori Biologi
 - Teori Genetic Clock menyatakan proses menua adalah akibat dari program genetik pada manusia yang menyebabkan penurunan fungsi tubuh yang dapat dilihat pada perubahan kulit, mulai beruban, dan menopause.
 - Teori Error yaitu penyebab menua kerusakan metabolisme akibat menumpuknya kesalahan selama hidup manusia yang berakibat pada sel mengalami kerusakan dan penurunan fungsi.
 - Teori Autoimun dimana perubahan autoimun pasca translasi menyebabkan mutase somantik yang memicu perubahan sel sehingga terjadi penuaan.
 - Teori Free Radical melihat penuaan terjadi akibat radikal bebas yang masuk dalam tubuh manusia yang jika bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh dapat menyebabkan kematian sel.
 - Teori Kolagen menjabarkan bahwa stress dan usaha berlebihan memicu kerusakan sel tubuh dan menyebabkan penuaan. Jumlah kolagen yang meningkat menyebabkan jaringan rusak dan memperlambat perbaikan sel jaringan.

2. Teori Psikososial

- Activity Theory, jumlah kegiatan mengalami penurunan akibat penuaan.
- Continitas Theory, stress meningkat disebabkan oleh suatu pola perilaku yang terbentuk akibat suatu kepribadian berlanjut.
- Disagreement Theory, proses penuaan menjadi cepat akibat hubungan yang putus dengan individu lain.
- Teori Stratifikasi Usia, pengelompokan usia yang sistematis dalam masyarakat yang menyoroti hubungan usia dengan struktur sosial dan peluang hidup.
- Teori Kebutuhan Manusia, orang yang mencapai dan memenuhi aktualisasi serta mendapatkan kebutuhan yang sempurna.
- Jung Theory, terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan
- Course of Human Life Theory, seseorang mencapai tingkat maksimum dalam hubungannya dengan lingkungan.
- Development Task Theory, individu harus melakukan tugas perkembangan yang ada pada setiap fase perkembangan dengan baik.

3. Teori Sosiologis

- Teori Interaksi Sosial menjelaskan dengan menjalin interaksi sosial, status sosial lansia dapat dipertahankan dengan kemampuan dalam bersosialisasi.
- Teori Aktivitas atau Kegiatan menyatakan bahwa lansia yang aktif dan rajin ikut serta dalam kegiatan sosial merupakan lansia yang sukses.
- Teori Kepribadian Berlanjut menyatakan bahwa tipe kepribadian berpengaruh pada perubahan yang terjadi pada lansia. Pengalaman hidup dapat menjadi gambaran saat seorang individu menjadi lansia.
- Teori Pembebasan/Penarikan Diri menyatakan bahwa lansia yang juga mengalami kemiskinan, secara bertahap menarik diri dari kehidupan sosialnya. (Tim EduNers, 2021)

2.2.5 Perubahan Akibat Proses Menua

a. Perubahan Fisiologis

- 1) Sel: menurunnya jumlah sel, membesarnya ukuran sel, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular, menurunnya proporsi protein, menurunnya jumlah sel otak, terganggunya sistem perbaikan sel, atrofi otak, lekukan otak lebih dangkal dan lebar.
- 2) Sistem Persyarafan: hubungan persyarafan menurun, berkurangnya sel saraf otak setiap harinya, lambatnya respon dan waktu untuk bereaksi, menurunnya fungsi saraf panca indera, dan defisit memori.
- 3) Sistem Pendengaran: gangguan pendengaran, otosklerosis akibat atrofi membrane timpani, serumen menumpuk & mengeras akibat kreatin yang meningkat, tinitus yang mendengung dan terjadi terus menerus, serta vertigo.
- 4) Sistem Penglihatan: sklerosis muncul pada sfingter pupil dan menghilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa jadi buram, katarak, menurunnya luas pandangan, penglihatan jarak dekat menurun, berkurangnya kemampuan dalam membedakan warna.
- 5) Sistem Kardiovaskular: katup jantung menebal dan kaku, menurunnya elastisitas dinding aorta dan pembuluh darah, menurunnya curah jantung, menurunnya kemampuan memompa darah, jantung rentan saat kondisi tubuh dehidrasi atau saat perdarahan, resistensi pembuluh darah perifer menyebabkan tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat.
- 6) Sistem Pernapasan: melemahnya otot pernapasan akibat atrofi, menurunnya aktivitas silia, elastisitas paru-paru menurun menyebabkan napas lebih berat, melebarnya ukuran & berkurangnya jumlah alveoli, terganggunya pertukaran gas, berkurangnya kemampuan untuk batuk, emfisema senilis sering terjadi, rentan hipoksia.
- 7) Sistem Pengaturan Suhu Tubuh: metabolisme yang menurun menyebabkan hipotermia, lansia cenderung merasa kedinginan, menurunnya aktivitas otot akibat tidak dapat memproduksi panas.

8) Sistem Pencernaan: kehilangan gigi, menurunnya fungsi indra pengecap, melebarnya esofagus, menurunnya rasa lapar, lemahnya peristaltik usus biasanya menyebabkan konstipasi, melemahnya fungsi absorpsi melemah, liver mengecil.

9) Sistem Reproduksi:

- Pada wanita: mengecilnya vagina, atrofi (terjadi pada payudara, uterus, vulva), ovarium menciut, menurunnya selaput lendir vagina, berkurangnya sekresi, dan terjadi perubahan warna.
- Pada pria: spermatozoa masih dapat diproduksi oleh testis walaupun ada penurunan secara bertahap, pembesaran prostat pada pria >65 tahun, dorongan seksual menetap sampai usia >70 tahun.

10) Sistem Genitourinaria

- Ginjal: Nefron mengalami atrofi berakibat menurunnya aliran darah ke ginjal sehingga fungsi tubulus berkurang. Hal ini menyebabkan urin berkurang, meningkatnya proteinuria & BUN (Blood Urea Nitrogen), rentan terganggunya keseimbangan elektrolit & asam, dan berkurangnya jumlah darah yang difiltrasi ginjal.
- Vesika urinaria: melemahnya otot, menurunnya kapasitas sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, resiko retensi urin.
- Sebanyak kurang lebih 75% pria usia >65 tahun mengalami pembesaran prostat.

11) Sistem Endokrin: penurunan produksi hampir semua hormon, fungsi kelenjar endokrin berkurang, tidak ada perubahan fungsi paratiroid dan sekresinya, ada pertumbuhan hormon tapi lebih rendah dan hanya pada pembuluh darah. Aktivitas tiroid, produksi aldosterone, dan sekresi hormone menurun.

12) Fungsi Integumen: kulit menjadi keriput, permukaan kulit kasar dan bersisik, muncul pigmentasi seperti bercak coklat pada kulit, muncul

kerutan di ujung mata, respon terhadap trauma dan produksi serum & vitamin D menurun, gangguan pigmentasi kulit, menipisnya kulit kepala dan rambut disertai uban, menebalnya rambut dalam telinga dan hidung, menurunnya jumlah dan fungsi kelenjar keringat. Kuku menjadi keras, rapuh, dan kusam.

- 13) Sistem Muskuloskeletal: tulang makin rapuh & cairannya berkurang, gangguan tulang seperti demineralisasi, menurunnya kekuatan dan stabilitas tulang, rusaknya kartilago, rentan mengalami osteoporosis & kelainan pada tulang, gaya berjalan mengalami gangguan, jaringan penghubung mengalami gangguan, tinggi berkurang, persendian menjadi kaku & besar, sclerosis pada tendon dan tendon, pergerakan terbatas, perubahan komposisi otot, berkurangnya aliran darah ke otot. Otot mengalami atrofi sehingga menyebabkan kram otot dan tremor.

b. Perubahan Mental

Dapat dilihat pada sikap lansia yang semakin egosentris, mudah curiga, dan bila memiliki sesuatu tidak mau berbagi/pelit. Umumnya, pada setiap lansia ditemukan sikap seperti ingin memiliki umur yang panjang dan menghemat tenaga yang dimiliki, tetap memiliki peran dalam masyarakat, hak dan harta ingin dipertahankan, dan ingin agar tetap berwibawa. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan mental pada lansia yaitu perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan.

c. Perubahan Psikososial

Berkurangnya pendapatan, perubahan pada cara hidup, sadar akan hidup yang sudah tidak lama lagi, memiliki penyakit kronis, ketergantungan, kurangnya interaksi sosial membuat lansia merasa kesepian, gangguan panca indera yang mengakibatkan kebutaan atau ketulian, ditinggal meninggal teman atau pasangan hidup, ada perubahan

pada cara memandang diri, serta kehilangan status, relasi, pekerjaan/jabatan.

c. Perubahan Spiritual

Semakin terintegrasinya agama dalam kehidupan dan semakin dewasa dalam kehidupan beragama. Ada perkembangan spiritual dimana berpikir dan bertindak adalah hal yang dicapai dengan mempraktekkan cara mencintai dan keadilan (Tim EduNurse, 2021).

2.3 Asuhan Keperawatan Teori

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada lansia bertujuan untuk mengumpulkan data dari hasil tindakan meninjau situasi lansia yang akhirnya akan bermanfaat untuk mengidentifikasi penyakit, menegakkan diagnosis, dan menetapkan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Pengumpulan data mencakup data subjektif dan data objektif yang meliputi data bio, psiko, sosial, dan spiritual. Disertai dengan data mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada.

a. Perubahan Fisik

Pengumpulan data dengan metode wawancara: dengan menanyakan pandangan tentang kesehatan, kegiatan yang mampu dilakukan, kebiasaan merawat diri, kekuatan fisik, kebiasaan makan, minum, istirahat/tidur, BAB/BAK, aktivitas gerak, perubahan fungsi tubuh yang signifikan, pemeliharaan kesehatan, dan kepatuhan minum obat.

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

- Sistem persyarafan: raut wajah simetris/tidak, tingkat kesadaran, penurunan daya ingat
- Mata: pergerakan mata, kemampuan penglihatan, katarak. Pupil: simetris, konstriksi & dilatasi.
- Telinga: penggunaan alat bantu dengar, tinnitus, serumen, nyeri.
- Sistem kardiovaskuler: palpasi nadi perifer, auskultasi denyut nadi apical, pembengkakan vena jugularis, keluhan pusing, edema.
- Sistem gastrointestinal: status gizi (pola makan, anoreksia, mual/muntah, kesulitan mengunyah dan menelan), keadaan gigi, rahang dan rongga mulut, auskultasi bising usus, palpasi abdomen untuk mengidentifikasi kembung, konstipasi, diare, dan inkontinensia alvi.
- Sistem genitourinarius: karakteristik urine, distensi kandung kemih, inkontinensia, frekuensi, tekanan, desakan, intake & output cairan. Nyeri saat berkemih, gairah menurun, gangguan seksual.
- Sistem kulit/integumen: suhu, elastisitas, jejas, trauma, luka terbuka, perubahan pigmen, adanya jaringan parut, kondisi kuku & rambut.
- Sistem muskuloskeletal: kaku sendi, atrofi otot, mengecilnya tendon, ROM, penggunaan alat bantu gerak, kekuatan otot, kemampuan melangkah atau berjalan, kelumpuhan, postur tubuh.

b. Perubahan psikologis

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan,
- 2) Apakah dirinya merasa dibutuhkan atau tidak,
- 3) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan,
- 4) Bagaimana mengatasi stres yang di alami,
- 5) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri,
- 6) Apakah lansia sering mengalami kegagalan,
- 7) Apakah harapan pada saat ini dan akan datang
- 8) Kaji fungsi kognitif: daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

c. Perubahan sosial ekonomi

1. Darimana sumber keuangan lansia,
2. Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang,
3. Dengan siapa dia tinggal,
4. Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia,
5. Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya,
6. Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di luar rumah,
7. Siapa saja yang bisa mengunjungi,
8. Seberapa besar ketergantungannya,
9. Apakah dapat menyalurkan hobi atau keinginan dengan fasilitas yang ada.

d. Perubahan spiritual

1. Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya,
2. Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan,
3. Bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa,
4. Apakah lansia terlihat tabah dan tawakal.

2.3.2 Pengkajian Khusus pada Lansia: Pengkajian Status Fungsional, Pengkajian Status Kognitif

a. Pengkajian Status Fungsional dengan Pemeriksaan Index Katz

Indeks Katz merupakan pengkajian yang menilai kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari berdasarkan pada evaluasi kemampuan klien melakukan kegiatan seperti mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, eliminasi, dan makan dengan mandiri atau bergantung pada orang lain (Widyantoro et al., 2021).

b. Pengkajian status kognitif

1) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) pertama kali diciptakan pada tahun 1975 oleh Eric Pfeiffer yang bertujuan untuk menilai kognitif dan status mental pada lansia dengan salah satu aspek yang dinilai adalah intelektual. Ada 10

pertanyaan yang harus diisi lalu dinilai dengan menghitung keseluruhan jawaban responden baik itu benar maupun salah. Status mental normal jika salah 0-2, status mental ringan jika salah 3-4, status mental tinggi jika salah 5-7 (Riskiana & Mandagi, 2021).

2) MMSE (Mini Mental State Exam) digunakan untuk mengecek aspek kognitif apabila mengalami perubahan maupun perkembangan fungsi. Terdiri dari 11 pertanyaan yang mudah dan tidak memakan waktu yang lama. American Academy of Neurology (AAN) merekomendasikan tes penilaian kognitif ini secara global. (Zara, 2021)

2.3.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan gerontik adalah keputusan klinis yang focus utamanya pada respon lansia terhadap kondisi kesehatan atau kerentanan tubuhnya baik lansia sebagai individu, lansia di keluarga maupun lansia dalam kelompoknya. Ada beberapa tipe diagnosis keperawatan, diantaranya: tipe aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sejahtera, dan sindrom.

1. Diagnosis keperawatan aktual, masalah merupakan focus utama dari diagnosis ini. Secara garis besar menggambarkan kondisi kesehatan yang tidak diinginkan klien. Contoh:

- Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh,
- Gangguan pola nafas,
- Gangguan pola tidur,
- Disfungsi proses keluarga,
- Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.

2. Diagnosis keperawatan risiko atau risiko tinggi menggambarkan lansia sebagai itu rentan. Hal ini dapat memicu respon masalah kesehatan yang tidak diinginkan klien. “Risiko” merupakan awal kata pada diagnosa ini (NANDA, 2014). Contoh:

- Risiko kekurangan volume cairan,
- Risiko terjadinya infeksi,
- Risiko intoleran aktifitas,
- Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua,
- Risiko distress spiritual.

3. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan menggambarkan keinginan dan dorongan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan. Spesifik dalam menyatakan kesiapan meningkatkan perilaku kesehatan merupakan respon yang diharapkan. “Kesiapan meningkatkan” merupakan awal kata pada diagnosa ini (NANDA, 2014). Contoh :

- Kesiapan meningkatkan nutrisi,
- Kesiapan meningkatkan komunikasi,
- Kesiapan untuk meningkatkan kemampuan pembuatan keputusan,
- Kesiapan meningkatkan pengetahuan,
- Kesiapan meningkatkan religiusitas.

4. Diagnosis keperawatan sindrom adalah diagnosis keperawatan yang terjadi, diatasi, dan diintervensi bersama. Contohnya adalah sindrom nyeri kronik berpengaruh pada munculnya keluhan lain, biasanya keluhan tersebut adalah gangguan pola tidur, isolasi sosial, kelelahan, atau gangguan mobilitas fisik. Kategori diagnosis sindrom dapat berupa risiko atau masalah. Contoh:

- Sindrom kelelahan lansia,
- Sindrom tidak berguna,
- Sindrom post trauma,
- Sindrom kekerasan.

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah intervensi keperawatan yang disusun agar berguna dalam mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pada lansia. Berikut beberapa masalah keperawatan serta rencana tindakan yang umumnya terjadi pada lansia.

a. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi akibat menurunnya indera penciuman dan pengecap, mengunyah tidak adekuat, gigi tidak lengkap, rasa begah, konstipasi, melemahnya otot-otot lambung dan usus. Intervensi:

1. Berikan makanan sesuai dengan kalori yang dibutuhkan,
2. Banyak minum dan kurangi makanan yang terlalu asin,
3. Berikan makanan yang mengandung serat,
4. Batasi pemberian makanan yang tinggi kalori,
5. Batasi minum kopi dan teh.

b. Gangguan keamanan dan keselamatan lansia akibat kecelakaan pada lansia oleh beberapa faktor seperti, berkurangnya fleksibilitas kaki, menurunnya fungsi penginderaan, kurangnya pencahayaan, lantai licin dan tidak rata, tidak ada pegangan, kursi atau tempat tidur yang mudah bergerak. Intervensi:

1. Anjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan.
2. Latih lansia untuk pindah dari tempat tidur ke kursi.
3. Biasakan menggunakan pengaman tempat tidur jika tidur.
4. Bila mengalami masalah fisik misalnya reumatik, latih klien untuk menggunakan alat bantu berjalan.
5. Bantu klien ke kamar mandi terutama untuk lansia yang menggunakan obat penenang/deuretik.
6. Anjurkan lansia memakai kaca mata jika berjalan atau melakukan sesuatu.
7. Usahakan ada yang menemani jika berpergian.
8. Tempatkan lansia diruangan yang mudah dijangkau.
9. Letakkan bel didekat klien dan ajarkan cara penggunaannya.
10. Gunakan tempat tidur yang tidak terlalu tinggi.

11. Letakkan meja kecil didekat tempat tidur agar lansia menempatkan alat-alat yang biasa digunakannya.
12. Upayakan lantai bersih, rata dan tidak licin/basah.
13. Pasang pegangan dikamar mandi/WC
14. Hindari lampu yang redup/menyilaukan, sebaiknya gunakan lampu 70-100 watt.
15. Jika pindah dari ruangan terang ke gelap ajarkan lansia untuk memejamkan mata sesaat.

c. Gangguan kebersihan diri akibat kurangnya perawatan diri akibat beberapa faktor seperti daya ingat menurun, tidak ada motivasi, kelemahan & ketergantungan, ketidakmampuan fisik. Intervensi:

1. Bantu lansia untuk melakukan upaya kebersihan diri,
2. Anjurkan lansia untuk menggunakan sabun lunak yang mengandung minyak atau berikan skin lotion
3. Ingatkan lansia untuk membersihkan telinga dan mata,
4. Membantu lansia untuk menggunting kuku.

d. Gangguan istirahat tidur. Intervensi:

1. Sediakan tempat tidur yang nyaman,
2. Mengatur waktu tidur dengan aktivitas sehari-hari,
3. Atur lingkungan dengan ventilasi yang cukup, bebas dari bau-bauan,
4. Latih lansia dengan latihan fisik ringan untuk memperlancar sirkulasi darah dan melenturkan otot (dapat disesuaikan dengan hobi),
5. Berikan minum hangat sebelum tidur, misalnya susu hangat.

e. Gangguan hubungan interpersonal melalui komunikasi. Intervensi:

1. Berkomunikasi dengan lansia dengan kontak mata,
2. Mengingatkan lansia terhadap kegiatan yang akan dilakukan,
3. Menyediakan waktu berbincang-bincang untuk lansia,

4. Memberikan kesempatan lansia untuk mengekspresikan atau perawat tanggap terhadap respon verbal lansia,
5. Melibatkan lansia untuk keperluan tertentu sesuai dengan kemampuan lansia,
6. Menghargai pendapat lansia.

f. Masalah mekanisme pertahanan diri (koping). Intervensi:

1. Dorong aktifitas sosial dan komunitas,
2. Dorong lansia untuk mengembangkan hubungan,
3. Dorong lansia berhubungan dengan seseorang yang memiliki tujuan dan ketertarikan yang sama,
4. Dukung lansia untuk menggunakan mekanisme pertahanan yang sesuai,
5. Kenalkan lansia kepada seseorang yang mempunyai latar belakang pengalaman yang sama.

g. Ansietas. Intervensi:

1. Bantu lansia mengidentifikasi situasi yang mempercepat terjadinya cemas,
2. Dampingi lansia untuk meningkatkan kenyamanan diri dan mengurangi ketakutan,
3. Identifikasi kondisi yang menyebabkan perubahan tingkat cemas,
4. Latih klien untuk teknik relaksasi.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan tindakan realisasi yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi (Kholifah, 2016). Serangkaian perilaku perawat yang lain saling berkoordinasi dengan tenaga kesehatan lain, klien, dan keluarga klien dalam membantu mewujudkan perencanaan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah kesehatan klien dengan memonitor dan mendokumentasi respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan (Samosir, 2020).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi atau tahap penilaian merupakan tahap terakhir yang dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan rencana yang ditetapkan untuk mengetahui optimalnya pemenuhan kebutuhan klien serta mengukur hasil dari proses keperawatan. Dilaksanakan berkesinambungan dengan melibatkan klien bersama tenaga kesehatan yang lain (Kholifah, 2016). Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, maupun tidak teratasi dapat menggunakan teknik SOAP.

- S (Subjective) adalah ungkapan respon dari klien informasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- O (Objective) adalah hasil dari pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat pada klien setelah diberikan tindakan keperawatan.
- A (Analisis) adalah membandingkan hasil dari subjective dan objective disertai tujuan dan kriteria hasil, lalu ditarik kesimpulan bila masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
- P (Planning) adalah perawat mengatur rencana lanjutan mengenai tindakan yang akan dilakukan kedepannya berdasarkan hasil analisa.

2.4 Penelitian Terkait

No	Penulis	Tempat	Tahun	Tujuan	Desain/ metode	Populasi/ sampel	Hasil	Manfaat/limitasi penelitian
1.	Gusmiarti et al	Desa Wonosroyo, Watumalang Wonosobo	2021	Untuk melaksanakan asuhan keperawatan gerontik klien dengan permasalahan Gout Arthritis	Menggunakan metode deskriptif melalui studi kasus	Ny. Y dengan penyakit Gout Arthritis	Asuhan keperawatan diberikan selama 5 hari pada Ny. Y, masalah yang diprioritaskan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Berdasarkan evaluasi nyeri sudah teratasi pada hari ke-5	Manfaat dari penelitian ini untuk melakukan asuhan keperawatan, mampu menegakkan diagnosa, serta dapat melakukan rencana keperawatan, tindakan pada klien dengan Gout Arthritis dengan benar
2.	Abidin et al	Desa Nglawiyen Puskesmas Kota Blora	2022	Untuk menggambarkan asuhan keperawatan Gout Arthritis pada lansia dengan pengelolaan nyeri akut sebagai fokus studi	Menggunakan metode deskriptif melalui studi kasus dan pendekatan proses keperawatan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi	Ny. D dengan penyakit Gout Arthritis	Selama tiga hari dilakukan asuhan keperawatan, klien didiagnosa dengan nyeri akut. Diberikan terapi nonfarmakologi dan klien mampu berpartisipasi dalam manajemen nyeri non-farmakologi.	Penelitian ini mengetahui gambaran asuhan keperawatan sehingga dapat mengurangi skala nyeri yang dirasakan

				dokumentasi keperawatan				
3.	Rizal & Daeli	Desa Sekar Putih, Pasuruan	2022	Untuk mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien lanjut usia dengan penyakit Gout Arthritis di Desa Sekar Putih Pasuruan	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan mix-method	Menggunakan teknik convenience sampling dengan populasi klien binaan Ny. S dan Ny.T yang menderita penyakit Gout Arthritis	Kedua klien mengeluh nyeri pada persendian sehingga diagnosa keperawatan prioritas yang muncul adalah Ny. S dengan nyeri kronis dan Ny.T dengan gangguan mobilitas fisik. Masalah teratasi pada hari kedua dan ketiga.	Manfaat penelitian ini agar perawat dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan pedoman SDKI, SLKI, dan SIKI untuk mengatasi masalah yang muncul.
4.	Aisah, Z	Panti Werdha Semarang	2022	Untuk menjelaskan asuhan keperawatan gerontik pada klien Ny. R dengan gangguan Gout Arthritis di panti werdha Semarang	Menggunakan penelitian berbentuk studi kasus	Populasi dari kasus ini diambil pada klien Ny.R dengan Gout Arthritis	Didapatkan masalah nyeri kronis dengan hasil masalah teratasi sebagian dengan intervensi kompres hangat dan teknik relaksasi. Defisit pengetahuan merupakan diagnosa kedua yang diangkat dan teratasi dengan intervensi diberikan edukasi.	Penelitian ini bermanfaat sebagai informasi untuk asuhan keperawatan serta meningkatkan kesadaran untuk mencegah penyakit Gout Arthritis khususnya pada lansia

5.	Putra et al	Desa Panditan, kecamatan Lumbang, kabupaten Pasuruan dan desa Mandaranrej okecamatan Panggungrej okota Pasuruan	2022	Untuk mengidentifikasi asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Gout Arthritis di Desa Panditan Kecamatan Lumbang Kabupaten Pasuruan.	Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan mix-method	Menggunakan teknik convenience sampling dengan sampel sebanyak 4 orang di setiap desa	Ditetapkan masalah keperawatan nyeri akut pada keempat klien dan diberikan intervensi teknik nonfarmakologi dengan pijat, kompres air hangat, teknik relaksasi napas dalam, dan distraksi. Selain itu diberikan juga edukasi	Manfaat penelitian ini agar dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada serta memberikan penyuluhan kesehatan kepada klien dengan penyakit Gout Arthritis
----	-------------	---	------	---	--	---	--	---

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan pada klien Tn. B.T di Wisma Merdeka BPSLUT Senja Cerah Paniki pada tanggal 28 Februari 2023 jam 11.00 WITA. Saat dilakukan observasi tampak keadaan klien sehat dengan kesadaran compos mentis dengan nilai GCS 15, akral teraba hangat, TTV klien TD: 140/90 mmHg, N: 106x/menit (Irregular), RR : 20x/mnt, didapatkan data nyeri kepala dan kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4-5, dan nyeri hilang timbul nyeri, datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit. Kaki klien juga tampak bengkak. Pada malam hari, klien sulit tidur karena nyeri tersebut. Klien memiliki riwayat penyakit asam urat yang sudah berlangsung selama kurang lebih 10 tahun dan hipertensi yang baru diketahui tahun lalu. Setelah dilakukan pemeriksaan asam urat dan kolesterol didapati hasil yang tinggi dimana asam urat 13 mg/dL dan kolesterol 299 mg/dL. Hanya dilakukan pemeriksaan tersebut akibat terbatasnya alat dan bahan yang tidak selengkap di rumah sakit. Klien tidak mengalami komplikasi muncul tofi (benjolan keras) di sekitar area radang. Klien rutin memeriksakan kesehatannya pada dokter di RS setiap 2 minggu sekali

Didapati juga hasil bahwa klien tidur tidak pulas karena nyeri yang dirasakan dengan durasi tidur 4-5 jam. Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri dan juga mengalami gangguan pendengaran sehingga perawat harus berbicara dengan volume suara yang kuat. Klien berjalan dengan perlahan dan kadang perlu berpegangan di dinding agar tidak terjatuh. Makanan disiapkan oleh wisma di dapur dan diambil saat jam makan atau kadang diantar. Tn. B.T sering meminta bantuan teman wismanya untuk mengambilkan makanannya di dapur wisma

Dari data pengkajian KATZ didapatkan hasil skor B dimana klien tidak dapat melakukan mandiri salah satu aktivitas hidup sehari-hari. Pengkajian SPMSQ didapatkan hasil dengan skor 10 (salah 0) dimana hasil interpretasinya fungsi intelektual utuh. Hasil pengkajian MMSE juga didapatkan hasil yang baik dengan

skor 30 yang diinterpretasikan sebagai status kognitif normal. Didapatkan hasil skor 2 pada skala depresi yang diinterpretasikan depresi tidak ada atau minimal. Disfungsi keluarga minimal/tidak ada saat dikaji APGAR keluarga dengan hasil skor 7. Hasil screening fall didapatkan hasil resiko jatuh tinggi dengan hasil skor 55. Didapatkan hasil resiko dekubitus kecil menggunakan skala Norton dengan hasil skor 17.

3.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang dilakukan, penulis mendapatkan tiga diagnosa keperawatan yang di alami pasien berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu : 1) D. 0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis DS: Klien mengatakan nyeri di kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4-5, dan nyeri hilang timbul, nyeri datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit. DO: Pasien tampak meringis, kaki tampak bengkak, akral teraba hangat pasien tampak lemah badan, tekanan darah 140/90 mmHg, N : 106x/menit (Irregular), RR : 20x/mnt. 2) D.0055 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, DS: Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada kaki, klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam, DO: Pasien tampak lemah, pasien tampak menguap. 3) D.0143 Resiko jatuh ditandai dengan DS: Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri dan sering meminta bantuan teman wismanya untuk mengambilkan makanannya di dapur wisma, DO: Klien berusia 81 tahun, hasil screening fall resiko jatuh tinggi dengan skor 55.

3.3 Intervensi

Perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Tn. B.T dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan sehingga penulis mendapatkan intervensi keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa pertama: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi: Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2)

Identifikasi skala nyeri, 3) Identifikasi respons nyeri non verbal, 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Terapeutik 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Edukasi 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri, 7) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat, 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi 9) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Diagnosa kedua: Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi: Observasi: 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur, Terapeutik 3) Modifikasi lingkungan, 4) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, Edukasi 5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Diagnosa ketiga: Resiko jatuh. Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun. Intervensi: Observasi 1) Identifikasi faktor resiko jatuh, 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, 3) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, Terapeutik 4) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat, Edukasi 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, 6) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, 7) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. B.T di wisma merdeka BPSLUT Senja Cerah Paniki dilakukan dengan sebaik mungkin dan secara professional. Implementasi yang diberikan dicatat berdasarkan waktu pemberian dan disusun berdasarkan intervensi yang telah disusun sebelumnya yang dimana implementasi dilakukan selama 3 kali dalam 8 jam.

Pada diagnosa yang pertama nyeri akut implementasi yang diberikan yaitu: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan hasil klien mengatakan nyeri di kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 4-5. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan hasil klien tampak meringis. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil klien mengatakan sangat nyeri saat berjalan dan nyeri mereda ketika klien beristirahat/duduk. Mengajarkan dan melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil klien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman. Menganjurkan menggunakan analgetik sesuai dosis dan jam yang ditentukan dengan hasil klien mematuhi anjuran perawat. Mengatur obat yang akan diminum dengan hasil obat Tramadol HCl tablet 1x1 (malam) dan Omegtamine tablet 2x1 (pagi & malam) yang didapatkan dari setiap pemeriksaan kesehatan

Diagnosa kedua gangguan pola tidur implementasi yang diberikan yaitu: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil sebelum sakit klien tidur nyenyak jam tidur 7-8 jam, saat sakit klien sulit tidur dan tidur tidak cukup hanya 4-5 jam. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil nyeri akibat penyakit gout arthritis yang dialami. Memodifikasi lingkungan agar nyaman dengan hasil mengatur volume TV menjadi kecil. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan bermain kartu dan menyanyi dengan hasil klien tampak senang dan merasa nyaman. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan hasil klien mengerti dengan penjelasan perawat. Mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam dengan hasil klien tahu dan dapat mempraktekkan.

Diagnosa yang ketiga resiko jatuh implementasi yang diberikan yaitu: Mengidentifikasi faktor resiko jatuh dengan hasil klien sudah berusia 81 tahun dan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh dengan hasil lantai yang licin setelah di pel. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala Screening Fall dengan hasil resiko jatuh tinggi dengan hasil skor 55. Disediakan tempat duduk dekat perawat dengan hasil agar perawat dapat membantu klien saat akan berjalan atau

melakukan aktivitas. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah dengan hasil klien jarang meminta bantuan perawat. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin dengan hasil klien menggunakan sepatu dengan alas kaki karet sehingga tidak licin. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dengan hasil klien mengatakan mengerti dan akan berhati-hati.

3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada kasus ini berdasarkan dengan asuhan keperawatan yang telah diberikan selama 3 hari menunjukkan perubahan yang lebih baik dimana nyeri menurun, pola tidur membaik, dan tingkat jatuh menurun. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4-5 menjadi skala 1-2, pasien juga mengatakan tidur sudah lebih nyenyak, pasien tampak lebih berenergi, resiko jatuh juga dapat dikurangi dengan adanya perawat yang dapat memantau dan membantu aktivitas klien

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis dan Diskusi Hasil

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan yaitu pengkajian umum seperti biodata, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik. Pengkajian khusus lansia untuk mengkaji status fungsional, kognitif dan afektif adalah dengan indeks KATZ, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Mini Mental State Exam (MMSE), skala depresi, apgar keluarga, screening fall, dan skala Norton.

Pengkajian-pengkajian khusus lansia ini berfungsi untuk melihat masalah yang dihadapi oleh lansia seperti akibat menurunnya fungsi fisik, psikologis, dan mental. Gangguan kognitif karena otak rentan terhadap proses degeneratif (Sakti, 2017). Berbagai faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia antara lain yaitu memburuknya kesehatan fisik, beerpisah dengan pasangan, tak memadainya tempat tinggal dan transportasi, finansial dan dukungan sosial yang berkurang (Assagaf & Sovitriana, n.d.).

Selain itu keterbatasan fisik lansia sehingga menjadi tergantung dengan orang lain dapat meningkatkan resiko jatuh dan ulkus dekubitus. Lansia memiliki resiko jatuh yang tinggi akibat penurunan fungsi fisik namun kejadian jatuh tidaklah normal dan harus dicegah (Adliah et al., 2022). Maka dari itu, dengan screening fall kita dapat meminimalisir kejadian jatuh dengan mengantisipasi klien yang memiliki resiko jatuh tinggi. Kondisi kesehatan yang memburuk mengharuskan lansia tirah baring mempengaruhi kejadian dekubitus (Handini & Sakti, 2023). Hal ini dapat diminimalisir dengan deteksi dini menggunakan skala Norton.

Arthritis gout menyebabkan penderita merasakan nyeri, kulit kemerahan keterbatasan gerak, bengkak dan timbul tofi pada persendian (Razzak et al., 2020). Berdasarkan kasus yang didapatkan pada pasien kelolaan Tn. B.T ditemukan tanda

dan gejala nyeri pada kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4-5, dan nyeri hilang timbul nyeri, datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit dan kaki tampak bengkak dan kemerahan.

Berdasarkan data di atas dapat terlihat perbandingan maupun persamaan antara teori dan asuhan keperawatan kasus bahwa klien dengan Gout Arthritis yaitu memiliki tanda dan gejala yang hampir sama yaitu merasa nyeri pada kaki disertai bengkak, kemerahan dan keterbatasan gerak. Terdapat kesenjangan dengan teori Razzak dimana tidak muncul tofi pada persendian. Hal ini menunjukkan bahwa tidak selamanya klien yang mengalami Gout Arthritis akan muncul tofi pada sendi. Maka dalam hal ini, penulis menyimpulkan bahwa pasien yang mengalami Gout Arthritis memiliki tanda dan gejala yang berbeda-beda dan tidak semuanya sama.

4.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada kasus ini didasarkan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) diagnosa yang dapat muncul pada klien dengan Gout Arthritis adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, hipertermia, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan.

Nyeri akut merupakan masalah keperawatan yang sering muncul pada lansia dengan Gout Arthritis yang dirasakan mulai dari skala ringan sampai skala berat (Gusmiarti et al., n.d.). Hal ini dapat juga berkaitan dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik yang diakibatkan oleh masalah kesehatan yaitu nyeri serta keadaan lansia yang melemah (Juniarsih et al, 2022). Sejalan dengan tanda dan gejala pada teori (Aspiani, 2014), klien dengan Gout Arthritis mengalami gejala peradangan lokal yang memungkinkan kejadian demam sehingga diagnosa hipertermia dapat diangkat. Klien juga mengalami gangguan pola tidur akibat nyeri yang dialami sesuai dengan deskripsi Sydenham dimana penderita terbangun tengah malam akibat nyeri yang dirasakan awalnya ringan kemudian menjadi lebih intens (Razzak et al., 2020). Minimnya informasi mengenai faktor penyebab penyakit ini dapat memperparah gejala yang dialami karena penderita tidak tau penanganan yang tepat dan cenderung mengabaikan gejala yang dialami sebagai gejala ringan berakhir dengan enggan untuk berobat (Nofia et al., 2021).

Berdasarkan hasil analisa data yang sesuai dengan kondisi pasien Tn. B.T, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: D. 0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, D.0055 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, D.0143 Resiko jatuh. Berdasarkan data diatas, didapatkan perbandingan yang menjadi kesenjangan dalam karya ilmiah ini. Pada teori terdapat lima diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan dan dilihat dari penelitian yang dilakukan, ada satu diagnosa keperawatan diluar dari teori yaitu resiko jatuh. Pada asuhan keperawatan teori, hanya satu diagnosa yang memiliki kesamaan yaitu gangguan pola tidur. Dapat disimpulkan peneliti hanya mengangkat tiga diagnosa dan dua diantaranya sejalan dengan teori.

4.1.3 Intervensi

Intervensi keperawatan pada kasus ini dilakukan selama tiga hari dalam waktu 1x8 jam (pada saat dinas) yang diharapkan setiap diagnosa dapat teratasi, perencanaan secara tepat dan cepat di wisma merdeka agar kondisi pasien membaik. Intervensi keperawatan disusun menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dimana diagnosa nyeri diberi intervensi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) Identifikasi skala nyeri, 3) Identifikasi respons nyeri non verbal, 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri, 7) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 9) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Dalam proses diagnosa penyebab nyeri diperlukan penilaian dan pengukuran derajat nyeri sedini mungkin agar tatalaksana nyeri dapat diatasi dengan cepat dan tepat (Jamal et al., 2022). Pengukuran skala nyeri menurut Yudianta (2015) ada empat yaitu Numerica Rating Scale (NRS) yang menggunakan skala angka 1-10, Verbal Rating Scale (VRS) yang menggunakan kata-kata sebagai deskripsi, Visual Analog Scale (VAS) yang menggambarkan secara visual gradasi nyeri, dan Wong Baker FACES Pain Rating Scale yaitu dengan melihat ekspresi wajah (Widyastuti et al, 2021). Penulis melaksanakan pengkajian nyeri menggunakan asesmen nyeri PQRST dan respon nyeri non-verbal. P yaitu penyebab nyeri, Q yaitu kualitas nyeri,

R yaitu lokasi nyeri, S yaitu dekripsi subjektif klien mengenai skala nyeri, dan T yaitu waktu munculnya nyeri. Pengkajian nyeri penulis memiliki kesamaan dengan teori yaitu menggunakan Numerica Rating Scale (NRS) dan Wong Baker FACES Pain Rating Scale.

Penelitian yang dilakukan oleh Ferdiansyah et al (2021) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri. Teknik relaksasi napas dalam menurunkan intensitas nyeri yaitu dengan merelaksasikan kontraksi otot akibat prostaglandin yang meningkat, akibatnya pembuluh darah mengalami vasodilatasi dan aliran darah ke otot yang mengalami kontraksi meningkat. Tubuh melepaskan endorphen dan enkefalin dengan dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen. Teknik ini mudah dan dapat dilakukan kapan saja. Pada intervensi nyeri akut terapi nonfarmakologi oleh Widyastuti et al (2021) dengan kompres air hangat efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien Gout Arthritis dimana kompres hangat dapat mengurangi ketegangan otot. Penulis menggunakan teknik yang sama seperti Ferdiansyah et al (2021) yaitu relaksasi napas dalam yang dilakukan pada Tn. B.T selama tiga hari untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Dalam penerapan teknik ini skala nyeri menurun dari skala 4-5 menjadi skala 1-2.

Gangguan pola tidur diberikan intervensi: 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur, 3) Modifikasi lingkungan, 4) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, 5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Kualitas hidup dapat mengalami penurunan akibat paparan kebisingan yang berdampak pada timbulnya stres dan terganggunya tidur. Pada penelitian Safiu et al (2023) didapatkan adanya hubungan kebisingan dengan kualitas tidur dengan hasil yang signifikan dan korelasi kuat. Penulis memberikan intervensi untuk mengecilkan volume suara TV agar klien dapat tidur dengan nyenyak pada siang hari. Selain itu diberikan intervensi mengurangi stress dengan bernyanyi agar dapat merangsang otak untuk menghasilkan hormon endorfin yang menciptakan rasa

senang dan bahagia (Sonhaji & Lekatompessy, 2019). Peneliti juga mengajarkan teknik latihan napas dalam untuk mengatasi nyeri agar klien lebih rileks dan bisa tidur. Pada penelitian oleh Ariana et al., (2020) menggunakan relaksasi otot progresif yang dikombinasikan dengan latihan napas dalam memiliki pengaruh pada peningkatan kualitas tidur lansia.

Resiko jatuh diberikan intervensi: 1) Identifikasi faktor resiko jatuh, 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, 3) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, 4) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat, 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, 6) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, 7) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

Lansia mengalami kejadian jatuh akibat fisik yang melemah akibat proses menua yang dipengaruhi faktor intrinsik yaitu ketidakmampuan atau penurunan kemampuan fisik maupun ekstrinsik yaitu gangguan lingkungan (Rudi & Setyanto, 2019). Penelitian oleh Rudy & Setyanto (2019) didapatkan hasil signifikan dan berhubungan antara lansia dan resiko jatuh terutama pada lansia yang memiliki gangguan penglihatan. Hal ini berhubungan dengan data dimana klien Tn. B.T sudah berusia 81 tahun dan memiliki gangguan penglihatan pada mata kirinya. Faktor lingkungan seperti lantai wisma yang ditempati klien Tn.B.T licin setelah di pel juga meningkatkan resiko jatuh pada klien. Hasil statistik yang didapatkan juga adalah lingkungan rumah lansia yang tidak aman (lantai licin dan penerangan gelap) dengan resiko jatuh tinggi sebanyak responden (61,9%) (Rudy & Setyanto, 2019).

4.1.4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan dari intervensi keperawatan disusun selama 3 hari dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Berpegang pada SIKI sebagai acuan tindakan asuhan keperawatan yang diberikan. Tindakan yang diberikan pun terbagi atas observasi, terapeutik, edukasi, serta kolaborasi dan dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Implementasi keperawatan disusun per hari dan per diagnosa untuk melihat kemajuan dan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan lewat respon yang ditunjukkan. Hal ini sejalan dengan

apa yang tercantum pada teori asuhan keperawatan. Penulis hanya memilih beberapa intervensi yang bisa dilakukan akibat keterbatasan sarana dan prasarana untuk mengatasi masalah kesehatan klien.

Pada diagnosa nyeri, penulis mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh klien Tn.B.T baik itu secara verbal melalui pengkajian nyeri PQRST dengan menanyakan penyebab nyeri dari penyakit apa saja, kualitas nyeri apakah seperti tertusuk-tusuk atau tumpul, lokasi terjadi nyeri (apakah di persendian tangan, kaki, atau di daerah tubuh lain), skala nyeri 1-10 dengan nilai 1 tidak sakit dan nilai 10 sangat sakit, dan waktu muncul nyeri (apakah di pagi, siang, sore atau malam atau saat tertentu seperti melakukan aktivitas ringan dan berat). Peneliti juga menganalisa respon nyeri non-verbal klien dengan melihat ekspresi wajah dan gerak-gerik tubuh klien. Peneliti juga melakukan sekaligus mengajarkan teknik relaksasi napas dalam kepada klien dengan cara menarik napas melalui hidung dalam hitungan 3 detik, tahan napas selama 3 detik, dan hembuskan melalui mulut juga selama 3 detik. Peneliti menganjurkan klien minum obat rutin sesuai resep yang didapatkan dari dokter dan membantu klien menyiapkan obat yang akan diminum pada waktu yang ditentukan.

Pada diagnosa gangguan tidur, penulis menanyakan jadwal, kualitas, kuantitas tidur serta penyebab pengganggu tidur klien Tn.B.T seperti tidur saat kapan, tidur berapa lama, apakah tidurnya nyenyak atau terbangun-bangun, dan terbangun karena apa. Karena jadwal praktik penulis hanya berlangsung pada pagi dan siang hari, penulis hanya dapat memperhatikan tidur siang klien. Sebelum tidur, penulis memfasilitasi klien dengan bernyanyi beberapa lagu rohani bersama menggunakan alat musik gitar sebelum klien tidur siang untuk merilekskan klien. Setelah klien pamit masuk kamar untuk tidur siang, peneliti mengecilkan volume TV yang ada di ruang tamu wisma merdeka. Sebelum selesai praktik, penulis mengingatkan klien tentang betapa pentingnya istirahat dan tidur untuk kondisinya yang sudah lansia. Penulis berpesan untuk melakukan teknik pernapasan yang sudah diajarkan jika mengalami kesulitan untuk tidur.

Pada diagnosa resiko jatuh, penulis mengidentifikasi resiko jatuh dengan observasi lingkungan wisma yang menjadi tempat tinggal Tn.B.T dan menanyakan

beberapa hal yang ada pada screening fall untuk mengetahui resiko jatuh klien. Penulis juga selalu berada dekat klien untuk mengantisipasi membantu saat klien beranjak dari tempatnya, jika klien menolak bantuan maka penulis memperingati klien untuk berhati-hati dan memantau pergerakan klien dengan seksama sampai keadaan klien aman. Penulis juga mengecek sandal yang dipakai klien apakah licin atau tidak dengan mencoba menggesekkan sandal ke lantai.

4.1.5 Evaluasi

Berdasarkan hasil evaluasi pada Tn. B.T setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari (1x8 jam dinas), masalah keperawatan yang ditemukan dapat teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan akan tetapi masih dalam masa pemantauan dari tenaga kesehatan mengenai kondisi dan perubahan pasien yang bersangkutan mengingat klien merupakan lansia yang mana harus tetap dipantau terus kesehatannya.

4.2 Keterbatasan Pelaksanaan

Dalam melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan ada beberapa hambatan yang penulis alami yaitu tempat pelaksanaan asuhan keperawatan berlokasi di wisma merdeka BSLUT Senja Cerah Paniki dimana ada beberapa keterbatasan seperti tidak lengkapnya alat dan bahan penunjang asuhan keperawatan.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini akan dijelaskan tentang kesimpulan dan saran yang bermanfaat dan dapat meningkatkan proses pemberian asuhan keperawatan pada kasus Gout Arthritis

5.1 Kesimpulan

Klien Tn. B.T (81 tahun) merupakan lansia yang sudah lama menderita penyakit Gout Arthritis. Pengkajian dilakukan di tempat tinggal klien yaitu wisma merdeka BPSLUT Senja Cerah Paniki menggunakan format pengkajian yang diberikan oleh institusi. Berbagai proses keperawatan dilakukan mulai dari pengkajian untuk mengumpulkan data subjektif dan data objektif, pemeriksaan fisik, dan pengkajian khusus lansia pada Tn. B.T dan dengan data yang didapatkan selanjutnya ditentukanlah masalah keperawatan. Diangkat 3 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, dan resiko jatuh. Dalam pelaksanaan intervensi keperawatan pada kasus ini penulis melakukan intervensi sesuai dengan yang direncanakan yaitu selama 3 hari dalam waktu 1x8 jam (pada saat dinas) maka dari itu masalah keperawatan yang ditemukan teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya.

5.2 Saran

5.2.1 Saran untuk keperawatan

Diharapkan adanya peningkatan dalam melaksanakan penelitian di bidang keperawatan gerontik khususnya pada pasien dengan Gout Arthritis sehingga perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatan (intervensi keperawatan) dengan baik dan tindakan pada pasien yang ditangani jelas.

5.2.2 Saran untuk Panti Werdha

Untuk pihak BPSLUT Senja Cerah Paniki kiranya ini dapat menjadi bahan masukan, informasi dan sarana untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gout Arthritis di BPSLUT Senja Cerah Paniki.

5.2.3 Saran untuk penelitian

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan untuk dapat melakukan studi kasus yang lebih mendalam dengan waktu yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, M. Z., Prasetyo, A., Ramadhani, Z. P., & Warijan, W. (2022). PENGELOLAAN KEPERAWATAN NYERI PADA LANSIA DENGAN ARTHRITIS GOUT DI DESA NGLAWIYAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTA BLORA. *Jurnal Studi Keperawatan*, 3(2), 19–23. <https://doi.org/10.31983/j-sikep.v3i2.9130>
- Adliah, F., Rini, I., Aulia, N. T., & Rahman, A. D. N. (2022). *Edukasi, Deteksi Risiko Jatuh, dan Latihan Keseimbangan pada Lansia di Kabupaten Takalar*. 6(4).
- Agus Ferdiansyah, Sri Wahyuni, & Silvia Dewi Mayasari Riu. (2021). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Sendi Gout Athritis Pada Lansia di Bpslut Senja Cerah Paniki Bawah Manado. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 5(1), 124–134. <https://doi.org/10.57214/jka.v5i1.203>
- Aisah, Z. (2022). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. F dengan Arthritis Gout di Panti Werdha Semarang
- Akbar, F., Darmiati, D., Arfan, F., & Putri, A. A. Z. (2021). Pelatihan dan Pendampingan Kader Posyandu Lansia di Kecamatan Wonomulyo. *Jurnal Abdidas*, 2(2), 392–397. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v2i2.282>
- Armin & Hardhi. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, Jilid 3. Yogyakarta: Medication Publishing.
- Ariana, P. A., Putra, G. N. W., & Wiliantari, N. K. (2020). Relaksasi Otot Progresif Meningkatkan Kualitas Tidur pada Lansia Wanita. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 416–425. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1051>
- Aspiani, Reny Yuli. (2014). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Aplikasi NANDA NIC NOC Jilid I. Jakarta: Trans Info Media
- Assagaf, S. M., & Sovitriana, R. (n.d.). *Dukungan Sosial Dan Penyesuaian Diri Terhadap Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha*.
- Astuti, E. (2021). PENGARUH KOMPRES HANGAT GARAM KROSOK TERHADAP NYERI LUTUT PADA LANSIA DI KELURAHAN DARMO KECAMATAN WONOKROMO SURABAYA. *Jurnal Kebidanan*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.47560/keb.v10i1.272>
- Gusmiarti, W., Novitasari, D., & Maryoto, M. (n.d.). *Asuhan Keperawatan Gerontik Nyeri Akut pada Ny. Y dengan Masalah Asam Urat di Desa Wonosroyo, Watumalang, Wonosobo*.
- Handini, F. S., & Sakti, I. P. (2023). PEMBERDAYAAN CAREGIVER DALAM PENERAPAN MANAGEMENT PATIENT SAFETY PADA LANSIA DI PANTI WREDHA. *SELAPARANG: Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 7(1), 291. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v7i1.13050>
- Jamal, F., Andika, T. D., & Adhiany, E. (2022). *Penilaian dan Modalitas Tatalaksana Nyeri*. 5(3).
- Juliantini, N. K., Fihiruddin, F., & Jiwantoro, Y. A. (2022). Pengaruh Konsumsi Tuak Terhadap Kadar Asam Urat Pada Masyarakat Dewasa di Desa Jagaraga Timur.

- Jurnal Analis Medika Biosains (JAMBS)*, 9(1), 15.
<https://doi.org/10.32807/jambs.v9i1.256>
- Jurniasih, M & Andriyanto, A. (2022). Asuhan Keperawatan Terapi ROM (Range Of Motion) pada Lansia dengan Gout Arthritis dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Pohgedang RT 01 RW 03 Kecamatan Pasrepan Kabupaten Pasuruan (Doctoral Dissertation).
- Khasanah, R., Diana, M., Annisa, F., & Putra, K. W. R. (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Penderita Gout Arthritis Di Desa Sekarputih, Pasuruan. *IJoHVE: Indonesian Journal of Health Vocational Education*, 1(2), 67–73. <https://doi.org/10.36720/ijohve.v1i2.450>
- Kholifah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Gerontik. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Kiik, S. M., Sahar, J., & Permatasari, H. (2018). PENINGKATAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA (LANSIA) DI KOTA DEPOK DENGAN LATIHAN KESEIMBANGAN. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(2), 109–116. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i2.584>
- Liu, Y. (n.d.). Role of NLRP3 in the pathogenesis and treatment of gout arthritis. *Frontiers in Immunology*.
- Lemone Priscilla, Dkk. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 5. Jakarta: ECG
- Mawaddah, N., & Wijayanto, A. (2020). *PENINGKATAN KEMANDIRIAN LANSIA MELALUI ACTIVITY DAILY LIVING TRAINING DENGAN PENDEKATAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG*. 12(1).
- Mubarak, A. N., & Astuti, Z. (2022). *Hubungan Konsumsi Makanan yang Mengandung Purin dengan Kadar Asam Urat: Literature Review*. 3(3).
- Murni, H. (2019). Asuhan Keperawatan Gerontik Gout Arthritis pada Ny. Y dan Tn. K dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.
- Nofia, V. R., Apriyeni, E., & Prigawuni, F. (2021). PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG ARTHRITIS GOUT DI PUSKESMAS DADOK TUNGGUL HITAM PADANG. *Jurnal Abdimas Sainika*, 3(1), 130. <https://doi.org/10.30633/jas.v3i1.1108>
- Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta, Widyastuti, A. P., Aziz, A., Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta, Hapsari, A. R., Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta, Moebari, M., & Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta. (2021). PENGARUH KOMPRES HANGAT TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA PASIEN GOUT ARTHRITIS. *Journal of Nursing and Health*, 6(2), 84–94. <https://doi.org/10.52488/jnh.v6i2.146>
- Putra, K. W. R., Saputri, S., Annisa, Z., & Rohmawati, N. R. (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Penderita Gout Arthritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut. *IJoHVE: Indonesian Journal of Health Vocational Education*, 1(2), 47–55. <https://doi.org/10.36720/ijohve.v1i2.433>

- Razzak, M. A., Rahman, Q. A. A., & Nasreen, F. (2020). Hyperuricemia and Gout – Ins and Out. *Journal of Armed Forces Medical College, Bangladesh*, 15(2), 227–234. <https://doi.org/10.3329/jafmc.v15i2.50845>
- Riskiana, N. E. P. N., & Mandagi, A. M. (2021). Tingkat Pendidikan Dengan Fungsi Kognitif Pada Lansia Dalam Periode Aging Population. *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 256. <https://doi.org/10.22487/preventif.v12i2.194>
- Rizal, A., & Daeli, W. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gout Arthritis. *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*, 1(4), 129–132. <https://doi.org/10.53801/oajjhs.v1i4.14>
- Rudi, A., & Setyanto, R. B. (2019). ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RISIKO JATUH PADA LANSIA. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2). <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.119>
- Safiu, D., Suryadi, I., Nur, N. H., & Abdillah, M. N. (2023). Pengaruh Paparan Kebisingan terhadap Tingkat Stress dan Kualitas Tidur Pekerja Industri Pengolahan Hasil Bumi di Kabupaten Gowa: The Effect of Noise Exposure on Stress Level and Sleep Quality of Workers in the Earth Processing Industry in Gowa District. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(2), 353–357. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i2.3033>
- Sakti, I. P. (2017). *PENGARUH KEGIATAN STIMULASI OTAK TERHADAP UPAYA MEMINIMALISIR DEMENSIA PADA LANSIA*. 2.
- Samosir, E. (2020). *Standar Perencanaan dan Implementasi Keperawatan dalam Pemenuhan Kepuasan Pasien* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/gc4ty>
- Sitanggang, V. M. M., Kalesaran, A. F. C., & Kaunang, W. P. J. (2023). ANALISIS FAKTOR–FAKTOR RISIKO HIPERURISEMIA PADA MASYARAKAT DI PULAU MANADO TUA. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7.
- Sonharji, S & Lekatompessy, R. (2019). Efektifitas Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) dan Menyanyi terhadap Tekanan Darah Lansia di Rumpelsos Pucang Gading Semarang. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 3(1), 14
- Tim EduNers. (2021). *Buku Pengayaan Uji Kompetensi Keperawatan Gerontik*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Widyantoro, W., Widhiastuti, R., & Atlantika, A. P. (2021). HUBUNGAN ANTARA DEMENSIA DENGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) PADA LANJUT USIA. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 5(2), 77–85. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v5i2.3698>
- Zara, N. (2021). GAMBARAN FUNGSI KOGNITIF BERDASARKAN KUESIONER MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS KUTA MAKMUR. *JURNAL KESEHATAN ALMUSLIM*, 7(2), 6–11. <https://doi.org/10.51179/jka.v7i2.679>

LAMPIRAN

Pengkajian

1. Identitas
 - a. Nama : Tn. BT
 - b. Tempat/Tanggal Lahir : Langowan, 28 November 1942 (81 tahun)
 - c. Jenis Kelamin : L
 - d. Status Perkawinan : Sudah Menikah (Duda)
 - e. Agama : Kristen Protestan
 - f. Suku : Minahasa
2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi
 - a. Pekerjaan saat ini : -
 - b. Pekerjaan sebelumnya : Pegawai Perusahaan
 - c. Sumber pendapatan : Uang Pensiunan
 - d. Kecukupan pendapatan : Cukup
3. Lingkungan tempat tinggal
 - a. Kebersihan dan kerapihan ruangan :
Di dalam wisma terlihat rapih dan bersih. Seluruh barang-barang teratur pada tempatnya. Kamar sedikit tidak rapih
 - b. Penerangan : Sumber penerangan di dalam rumah sangat baik.
 - c. Sirkulasi udara : Keluar masuk udara sangat baik, terdapat ventilasi.
 - d. Keadaan kamar mandi & WC : Bersih dan terawat
 - e. Pembuangan air kotor : Di buang pada halaman kecil di belakang wisma
 - f. Sumber air minum : Air mineral kemasan (botol)
 - g. Pembuangan sampah : Di buang di tempat sampah yang ada di wisma
 - h. Sumber pencemaran :
Air kotor hanya dibuang di belakang wisma, tanpa terdapat saluran khusus yang mengalir keluar
4. Riwayat Kesehatan
 - a. Status Kesehatan saat ini
 1. Keluhan utama
P : Klien mengatakan mengalami nyeri pada lutut dan kepala

Q : Kualitas terasa seperti ditusuk-tusuk
R : Terjadi pada daerah kaki dan kepala
S : 4-5 (sedang).
T : Terjadi hilang timbul.

2. Upaya mengatasi : Klien mengatakan hanya beristirahat dan meminum obat Tramadol

b. Riwayat Kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah diderita :

Tn. BT mengatakan mengalami hipertensi, asam urat

2. Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu dll) :

Tn. BT mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, baik obat, makanan dan udara.

3. Riwayat kecelakaan: tidak pernah mengalami kecelakaan

4. Riwayat pernah dirawat di RS :

Tn. BT mengatakan pernah dirawat di RS pada 13 September 2022 karena komplikasi penyakitnya.

5. Riwayat pemakaian obat: Amlodipin 5 Mg, Tramadol, Hydrochlorothiazide, Furosemide, Salbutamol

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum: Baik

b. TTV: TD : 140/90 mmHg, N : 106x/menit (Irregular), RR : 20x/mnt,

c. BB/TB : 58 kg / 153 cm

d. Kepala, Rambut, Mata, Telinga, Mulut, gigi dan bibir :

Tidak ada kelainan bentuk pada kepala. Rambut berwarna putih, ada tanda-tanda kebotakan, mata kiri buram saat melihat, pendengaran kurang, mulut terlihat bersih tidak menggunakan gigi palsu, bibir simetris tidak ada kelainan apapun.

e. Dada : Bentuk dada simetris, tidak terjadi kelainan apapun

f. Abdomen : Bentuk bulat, tidak ada nyeri pada abdomen.

g. Kulit : Tampak keriput

h. Ekstremitas atas dan bawah:

Terdapat bengkak pada kaki kanan, terdapat nyeri pada kedua lutut kaki, kekuatan otot

5		5
4		4

6. Pola Fungsional

a. Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan :

Klien mengatakan rutin melakukan pemeriksaan di RS setiap 2 minggu

b. Nutrisi Metabolik :

Klien mengatakan makan rutin 3x sehari, pagi makan bubur dan minum susu ataupun kopi, siang dan malam makan nasi ikan sayur.

c. Eliminasi :

BAB/BAK tidak ada masalah.

d. Aktivitas Pola latihan :

Aktivitas yang selalu dilakukan di wisma adalah mencuci piring, mencuci baju, dan menyapu

e. Pola istirahat tidur :

Klien mengatakan akhir-akhir ini tidur sering tidak pulas karena rasa nyeri yang dirasakan pada kaki, durasi tidur malam kurang lebih 4-5 jam. Klien mengatakan tidur siang kira-kira 2 jam.

f. Pola kognitif persepsi :

Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri juga gangguan pendengaran.

g. Persepsi diri-Pola konsep diri :

Klien mengatakan merasa puas terhadap kondisi dirinya saat ini.

h. Pola peran-hubungan :

Klien mengatakan berhubungan baik dengan para lansia di Wisma Merdeka, juga berhubungan baik dengan keluarga.

i. Seksualitas : Klien berjenis kelamin laki-laki dan tidak terjadi penyimpangan.

- j. Koping-pola toleransi stress : Berdoa dan istirahat, membaca kitab suci
 - k. Nilai-Pola keyakinan : Klien beragama Kristen protestan, dan sering mengikuti kegiatan ibadah yang di lakukan di Aula Senja Cerah
7. Pengkajian Khusus (Format Terlampir)
- a. INDEKS KATZ (Pengkajian Status Fungsional)

INDEKS KATZ	
Skore	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
Lain-Lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C,D,E,F dan G

- b. SPMSQ (Pengkajian Status Kognitif dan Afektif)

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)			
Skore	No	Pertanyaan	Jawaban
+	1	Tanggal berapa hari ini ?	28
+	2	Hari apa sekarang ini ? (hari,tanggal,bulan)	Selasa (28 Februari 2023)
+	3	Apa nama tempat ini ?	Wisma Merdeka

+		4	Berapa nomor telepon anda ?	Tidak ada HP
+		4a	Dimana alamat anda ? (tanyakan jika hanya klien tidak mempunyai telepon	Jalan AA Maramis no 333 Panti Senja Cerah
+		5	Berapa umur anda ?	81 tahun
-		6	Kapan anda lahir ?	28 November 1941
+		7	Siapa presiden Indonesia sekarang ?	Joko Widodo
+		8	Siapa nama presiden sebelumnya ?	SBY
-		9	Siapa nama kecil ibu anda ?	Anace
+		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua acara menurun.	Bagus dalam menjawab.
			Jumlah Keseluruhan total	10

c. MMSE (Pengkajian Status Kognitif dan Afektif)

Mini Mental State Exam (MMSE)		
Nilai Max	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5	2023 Hujan 28 Februari Selasa	Tahun ? (Sekarang) Musim ? (Sekarang) Tanggal ? (Sekarang) Hari ? (Sekarang)
5	Di Wisma Merdeka Indonesia Sulawesi Utara Manado Panti Senja Cerah	Dimana kita Negara Bagian ? Wilayah ? Kota ? Rumah sakit/panti ? Werdha/Desa ?

Registrasi

3	Klien dapat menjawab semuanya dengan baik.	Sebutkan 3 objek : 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek tersebut. Kemudia tanyakan kemabali ke klien ketiga objek tersebut, beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar
		Kemudian ulangi sampai pasien mempelajari ketiganya.

Perhatian dan Kalkulasi

5	Klien dapat menjawab dengan baik.	Seri 7's contoh : (1+2+3+4+1+2+3). Berikan 1 point untuk setiap jawaban yang benar.
---	-----------------------------------	---

Mengingat

3	Klien dapat menjawab dengan baik.	Meminta pasien mengulang ketiga objek diatas, berikan 1 point untuk setiap jawaban benar.
---	-----------------------------------	---

Bahasa

2	Klien dapat menjawab dengan baik.	Perlihatkan pasien 2 benda kemudian minta pasien menyebutkan nama benda tersebut.
1	Klien dapat menjawab dengan baik.	Mengulang kata tidak ada,jika dana tau tetapi.

Aktivitas

4	Klien dapat melakukan dengan baik	Berikan sebuah kertas, minta pasien mengambil dengan tangan kanan, kemudian lipat kertas menjadi dua bagian dan letakan dilantai
2	Klien dapat melakukan dengan baik	Berikan sebuah kertas yang berisi instruksi : tutup mata anda. Minta pasien untuk melakukannya
Nilai Total : 30		

d. Skala Depresi

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan

0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa kegagalan	
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri

G. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik diri dari social	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu – raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambli keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan in membuat saya tidak tertarik
1	Saya kuatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik

0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tida merasa lebih lelah dari biasanya.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak mempunyai napsu makan sama sekali
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.

Total skor = 2 (depresi tidak ada atau minimal)

e. APGAR Keluarga

No	ITEMS PENILAIAN	SELALU	KADANG-KADANG	TIDAK PERNAH
		(2)	(1)	(0)

1	<p>Adaptasi</p> <p>Saya puas saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan</p>		√	
2	<p>Hubungan</p> <p>Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan Sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya</p>		√	
3	<p>Pertumbuhan</p> <p>Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas/arrah baru</p>	√		
4	<p>Afeksi</p> <p>Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai</p>		√	
5	<p>Pemecahan</p> <p>Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama</p>	√		
	JUMLAH: 7			

Keterangan: disfungsi keluarga ringan/tidak ada

f. Screening Fall

No	Pengkajian	Skala		Nilai
1.	Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak Ya	0 25	√
2.	Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak Ya	0 15	√
3.	Alat Bantu jalan: - Bed rest/ dibantu perawat - Kruk/ tongkat/ walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		0 15 30	√
4.	Terapi Intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak Ya	0 20	√
5.	Gaya berjalan/ cara berpindah: - Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)		0 10 20	√
6.	Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		0 15	√
Nilai	Total			55

Keterangan: Resiko jatuh tinggi

8. Skala Norton

INDIKATOR	TEMUAN	NILAI
Kondisi fisik	baik	3
	cukup baik	
	buruk	
	sangat buruk	
Kesadaran	Composmentis	4
	apatis	
	somnolen	
	coma	
Kegiatan	mandiri	4
	dengan bantuan	
	terbatas di kursi	
	terbatas di tempat tidur	
Mobilisasi	penuh	3
	agak terbatas	
	sangat terbatas	
	tidak/sulit bergerak	
Inkontinensia	tidak ngompol	4

Keterangan: jumlah 18 yang berarti resiko dekubitus sedang

KLASIFIKASI DATA

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<p>1. P: Klien mengatakan mengalami nyeri pada lutut dan kepala</p> <p>Q: Kualitas terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Terjadi pada daerah kaki dan kepala</p> <p>S: 4-5 (sedang).</p> <p>T: Terjadi hilang timbul.</p> <p>2. Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari</p> <p>3. Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam</p> <p>4. Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri</p> <p>5. Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma</p>	<p>1. Keadaan umum: Baik</p> <p>2. TTV : TD : 140/90 mmHg, N : 106x/menit, RR : 20x/mnt,</p> <p>3. Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL</p> <p>4. Klien merupakan lansia yang berusia 81 tahun</p> <p>5. Kaki tampak bengkak</p> <p>6. Skala nyeri 4-5 (sedang)</p> <p>7. Klien tampak meringis</p> <p>8. Klien tampak lemah</p> <p>9. Klien tampak sering menguap</p> <p>10. Makanan diambil oleh Tn.S</p> <p>11. Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan</p> <p>12. Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi)</p>

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <p>P: Klien mengatakan mengalami nyeri pada lutut dan kepala</p> <p>Q: Kualitas terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Terjadi pada daerah kaki dan kepala</p> <p>S: 4-5 (sedang).</p> <p>T: Terjadi hilang timbul.</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 140/90 mmHg, N: 106x/menit, • Kaki tampak bengkak • Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL • Skala nyeri 4-5 (sedang) • Klien tampak meringis 	<p>Penimbunan kristal urat pada sendi</p> <p>↓</p> <p>Penimbunan pada membran sinovial</p> <p>↓</p> <p>Erosi tulang rawan dan pembentukan panus</p> <p>↓</p> <p>Degenerasi tulang rawan sendi</p> <p>↓</p> <p>Pembentukan tofus, fibrosis, akilosis pada tulang</p> <p>↓</p> <p>Respon inflamasi meningkat</p> <p>↓</p> <p>Tukak pada sendi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari • Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam <p>Data Objektif</p>	<p>Penimbunan kristal urat pada sendi</p> <p>↓</p> <p>Penimbunan pada membran sinovial</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Klien tampak sering menguap 	<p>Erosi tulang rawan dan pembentukan panus</p> <p>↓</p> <p>Degenerasi tulang rawan sendi</p> <p>↓</p> <p>Pembentukan tofus, fibrosis, akilosis pada tulang</p> <p>↓</p> <p>Respon inflamasi meningkat</p> <p>↓</p> <p>Tukak pada sendi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Pola Tidur</p>	
<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri • Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makanan diambil oleh Tn.S • Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan • Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi) 	<p>Usia</p> <p>↓</p> <p>Perubahan pada fisiologis dan psikologis</p> <p>↓</p> <p>Risiko Jatuh</p>	<p>Resiko Jatuh</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PRIORITAS
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif :</p> <p>P: Klien mengatakan mengalami nyeri pada lutut dan kepala</p> <p>Q: Kualitas terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Terjadi pada daerah kaki dan kepala</p> <p>S: 4-5 (sedang).</p> <p>T: Terjadi hilang timbul.</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 140/90 mmHg, N: 106x/menit, • Kaki tampak bengkak • Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL • Skala nyeri 4-5 (sedang) • Klien tampak meringis 	I
2	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari • Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Klien tampak sering menguap 	II

3	<p>Risiko jatuh ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri • Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makanan diambil oleh Tn.S • Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan • Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi) 	III
---	---	-----

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif :</p> <p>P: Klien mengatakan mengalami nyeri pada lutut dan kepala</p> <p>Q: Kualitas terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Terjadi pada daerah kaki dan kepala</p> <p>S: 4-5 (sedang).</p> <p>T: Terjadi hilang timbul.</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 140/90 mmHg, N: 106x/menit, 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri, 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri serta cara mengatasinya 2) Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien 3) Agar tahu klien jujur atau tidak terhadap respon nyerinya 4) Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien 5) Mengurangi tingkat nyeri pasien/mengalihkan pasien dari rasa nyerinya 6) Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul 7) Penggunaan analgetik dengan tepat dapat membantu mengatasi nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> • Kaki tampak bengkak • Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL • Skala nyeri 4-5 (sedang) • Klien tampak meringis 		<p>6) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>7) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9) Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p>	<p>8) Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana</p> <p>9) Mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien</p>
2	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari • Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Klien tampak sering 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Modifikasi lingkungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui pola aktivitas dan tidur 2) Mengetahui faktor pengganggu tidur dan cara mengatasinya 3) Lingkungan yang rendah stimulus dapat meningkatkan kualitas tidur dan kenyamanan klien 4) Stress merupakan salah satu faktor pengganggu tidur, dengan mengatasi stress klien menjadi lebih rileks dan kualitas tidur meningkat 5) Agar klien tahu tentang manfaat tidur saat sakit dan mau tidur

	menguap		<p>4) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	6) Membantu klien rileks dan menginduksi tidur
3	<p>Risiko jatuh ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma <p>Data Objektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jatuh saat berdiri menurun Jatuh saat duduk menurun Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor resiko jatuh Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala <p>Terapeutik</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui faktor yang dapat menyebabkan risiko jatuh Lingkungan yang tidak aman dapat meningkatkan risiko jatuh pada klien Agar tahu skor seberapa beresiko kejadian jatuh pada klien Agar perawat dapat memantau aktivitas klien sehingga meminimalisir kejadian jatuh Perawat dapat membantu mobilisasi klien agar klien tidak beresiko jatuh Alas kaki yang licin dapat

	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan diambil oleh Tn.S • Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan • Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi) 		<p>4) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat Edukasi</p> <p>5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>6) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>7) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>	<p>meningkatkan risiko jatuh</p> <p>7) Berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh yang baik membuat postur tegap dan tidak gampang jatuh</p>
--	---	--	---	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Selasa, 28/02/2023	Nyeri Akut	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: klien mengatakan nyeri di kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4-5 (nyeri sedang)</p> <p>3) Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Hasil: klien tampak meringis</p> <p>4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil: klien mengatakan sangat nyeri saat berjalan dan nyeri mereda ketika klien beristirahat/duduk</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mengalami nyeri pada kaki, terasa seperti ditusuk-tusuk, terjadi hilang timbul, skala nyeri 4-5 (sedang). <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 140/70 mmHg. N : 96 x/menit. RR : 20 x/mnt. - Kaki tampak bengkak - Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL - Skala nyeri 4-5 (sedang) - Klien tampak meringis <p>A : Masalah belum teratasi.</p>

			<p>5) Mengajarkan dan melakukan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman</p> <p>7) Mengajarkan menggunakan analgetic sesuai dosis dan jam yang ditentukan. Hasil klien mematuhi anjuran perawat</p> <p>8) Mengatur obat yang akan diminum. Hasil: obat Tramadol HCl tablet 1x1 (malam) dan Omegtamine tablet 2x1 (pagi & malam) yang didapatkan dari setiap pemeriksaan kesehatan</p>	P : Intervensi dilanjutkan
		Gangguan Pola Tidur	<p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Hasil: sebelum sakit klien tidur nyenyak jam tidur 7-8 jam, saat sakit klien sulit tidur dan tidur tidak cukup hanya 4-5 jam</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasil: nyeri akibat penyakit gout arthritis yang dialami</p> <p>3) Memodifikasi lingkungan agar nyaman. Hasil mengatur volume TV menjadi kecil</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari - Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Klien tampak sering menguap <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

			<p>4) Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan bermain kartu dan menyanyi. Hasil: klien tampak senang dan merasa nyaman</p> <p>5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Hasil: klien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>6) Mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien tahu dan dapat mempraktekkan</p>	
		Risiko Jatuh	<p>1) Mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Hasil: klien sudah berusia 81 tahun dan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh. Hasil: lantai yang licin setelah di pel</p> <p>3) Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala Screening Fall. Hasil: resiko jatuh tinggi dengan hasil skor 55</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri - Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma - Klien mengatakan akan berhati-hati saat berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan diambil oleh Tn.S - Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan - Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi) <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

			<p>4) Disediakan tempat duduk dekat perawat. Hasil: agar perawat dapat membantu klien saat akan berjalan atau melakukan aktivitas</p> <p>5) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Hasil: klien jarang meminta bantuan perawat</p> <p>6) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Hasil: klien menggunakan sepatu dengan alas kaki karet sehingga tidak licin</p> <p>7) Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. Hasil: klien mengatakan mengerti dan akan berhati-hati.</p>	
2	Rabu, 01/03/23	Nyeri Akut	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: klien mengatakan nyeri di kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <p>- Klien mengatakan masih mengalami nyeri pada kaki, terasa seperti ditusuk-tusuk, terjadi hilang timbul, skala nyeri 4 (sedang).</p> <p>O :</p> <p>- TTV</p>

			<p>2) Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang)</p> <p>3) Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Hasil: klien tampak meringis</p> <p>4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil: klien mengatakan sangat nyeri saat berjalan dan nyeri mereda ketika klien beristirahat/duduk</p> <p>5) Mengulangi teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman</p> <p>7) Menganjurkan menggunakan analgetic sesuai dosis dan jam yang ditentukan. Hasil klien mematuhi anjuran perawat</p> <p>8) Mengatur obat yang akan diminum. Hasil: obat Tramadol HCl tablet 1x1 (malam) dan Omegtamine tablet 2x1 (pagi & malam) yang didapatkan dari setiap pemeriksaan kesehatan</p>	<p>TD : 140/80 mmHg.</p> <p>N : 90 x/menit.</p> <p>RR : 20 x/mnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki tampak bengkak - Hasil pemeriksaan asam urat: 13 mg/dL - Skala nyeri 4 (sedang) - Klien tampak meringis <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	---	---

		<p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Hasil: klien mengatakan masih sulit tidur dan tidur selama 4-5 jam</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasil: nyeri akibat penyakit gout arthritis yang dialami</p> <p>3) Memodifikasi lingkungan agar nyaman. Hasil: mengatur volume TV menjadi kecil</p> <p>4) Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan bermain kartu dan menyanyi. Hasil: klien tampak senang dan merasa nyaman</p> <p>5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Hasil: klien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>6) Mengulangi teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien dapat mempraktekkan dan mengatakan merasa lebih baik dan nyaman</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari - Klien mengatakan hanya tidur selama 4-5 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Klien tampak sering menguap <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
		<p>Risiko Jatuh</p>	<p>1) Mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Hasil: klien sudah berusia 81 tahun dan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri - Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk

		<p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh. Hasil: lantai yang licin setelah di pel</p> <p>3) Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala Screening Fall. Hasil: resiko jatuh tinggi dengan hasil skor 55</p> <p>4) Disediakan tempat duduk dekat perawat. Hasil: agar perawat dapat membantu klien saat akan berjalan atau melakukan aktivitas</p> <p>5) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Hasil: klien jarang meminta bantuan perawat</p> <p>6) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Hasil: klien menggunakan sepatu dengan alas kaki karet sehingga tidak licin</p> <p>7) Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. Hasil: klien mengatakan mengerti dan akan berhati-hati.</p>	<p>mengambil makanan klien di dapur wisma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan berhati-hati saat berjalan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meminta bantuan perawat - Makanan diambil oleh perawat - Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan serta dibantu perawat <p>- Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi)</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	---	---

3.	Kamis, 02/03/23	Nyeri Akut	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: klien mengatakan masih nyeri di kedua kaki, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri datang tiba-tiba dan terasa selama kurang lebih 5 menit</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 2-3 (nyeri ringan)</p> <p>3) Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Hasil: klien tampak sudah tidak meringis</p> <p>4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil: klien mengatakan sangat nyeri saat berjalan dan nyeri mereda ketika klien beristirahat/duduk</p> <p>5) Mengulangi teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki sudah berkurang, terasa seperti ditusuk-tusuk, terjadi hilang timbul, skala nyeri 2-3 (ringan). <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 140/70 mmHg.</p> <p>N : 94 x/menit.</p> <p>RR : 20 x/mnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bengkak pada kaki tampak menurun - Skala nyeri 2-3 (ringan) <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

			<p>7) Mengajukan menggunakan analgetic sesuai dosis dan jam yang ditentukan. Hasil klien mematuhi anjuran perawat</p> <p>8) Mengatur obat yang akan diminum. Hasil: obat Tramadol HCl tablet 1x1 (malam) dan Omegtamine tablet 2x1 (pagi & malam) yang didapatkan dari setiap pemeriksaan kesehatan</p>	
		Gangguan Pola Tidur	<p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Hasil: klien mengatakan sudah tidak kesulitan tidur dan tidur selama 7 jam</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasil: nyeri akibat penyakit gout arthritis yang dialami</p> <p>3) Memodifikasi lingkungan agar nyaman. Hasil mengatur volume TV menjadi kecil</p> <p>4) Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan bermain kartu dan menyanyi. Hasil: klien tampak senang dan merasa nyaman</p>	<p>12:00 S: - Klien mengatakan sudah tidak sulit tidur pada malam hari</p> <p>- Klien mengatakan hanya tidur selama 7 jam</p> <p>O : - Klien tampak bersemangat - Klien tampak tidur siang</p> <p>A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan</p>

			<p>5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Hasil: klien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>6) Mengulangi teknik relaksasi napas dalam. Hasil: klien dapat mempraktekkan dan mengatakan merasa lebih baik dan nyaman</p>	
		Risiko Jatuh	<p>1) Mengidentifikasi faktor resiko jatuh. Hasil: klien sudah berusia 81 tahun dan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh. Hasil: lantai yang licin setelah di pel</p> <p>3) Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala Screening Fall. Hasil: resiko jatuh tinggi dengan hasil skor 55</p> <p>4) Disediakan tempat duduk dekat perawat. Hasil: agar perawat dapat membantu klien saat akan berjalan atau melakukan aktivitas</p>	<p>12:00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengalami gangguan penglihatan pada mata kiri - Teman klien mengatakan klien sering meminta bantuan temannya untuk mengambil makanan klien di dapur wisma - Klien mengatakan akan berhati-hati saat berjalan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meminta bantuan perawat - Makanan diambil oleh perawat - Klien tampak berpegangan di dinding dan kursi saat berjalan serta dibantu perawat - Hasil screening fall 55 (risiko jatuh tinggi) <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.</p>

			<p>5) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Hasil: klien jarang meminta bantuan perawat</p> <p>6) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Hasil: klien menggunakan sepatu dengan alas kaki karet sehingga tidak licin</p> <p>7) Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. Hasil: klien mengatakan mengerti dan akan berhati-hati.</p>	
--	--	--	---	--

