

# LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J.L dengan Gangguan  
Muskuloskeletal: *Gout Arthritis* di Ruangn Sta.Maria Rumah Sakit Budi  
Mulia Bitung**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan**

**Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**(Rania Dewi Fortuna Bawole)**

**(NIM : 22062023)**

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

**Halaman Judul**

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J.L dengan Gangguan  
Muskuloskeletal: *Gout Arthritis* di Ruangn Sta.Maria Rumah Sakit Budi  
Mulia Bitung**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan**

**Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**(Rania Dewi Fortuna Bawole)**

**(NIM : 22062023)**

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

## Halaman Pernyataan Orisinalitas

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J.L dengan Gangguan  
Muskuloskeletal: *Gout Arthritis* di Ruangan Sta.Maria Rumah Sakit Budi  
Mulia Bitung**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji dihadapan tim penguji KIAN  
Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Manado, 28 Juni 2023

Pembimbing KIAN



Vervando Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

## Halaman Persetujuan

Saya Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rania Dewi FortunaBawole, S.Kep

NIM : 22062023

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 bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, April 2023



Rania Dewi Fortuna Bawole, S.Kep

## **Halaman Pengesahan**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dilanjutkan oleh :

Nama : Rania Dewi Fortuna Bawole, S.Kep

NIM : 22062023

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J.L dengan Gangguan Muskuloskeletal: *Gout Arthritis* di Ruangn Sta.Maria Rumah Sakit Budi Mulia Bitung

Telah berhasil dipertahankan dihadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang digunakan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

### **TIM PENGUJI**

Pembimbing : Vervando Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji : Vervando Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 28 Juni 2023

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J.L dengan Gangguan Muskuloskeletal: *Gout Arthritis* di Ruangn Sta.Maria Rumah Sakit Budi Mulia Bitung**

**Rania Dewi Fortuna Bawole<sup>1</sup> Vervando Sumilat<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mahasiswa Fakultas Keperawatan, Universitas De La Salle Manado Kairagi I Kombos Manado

<sup>2</sup>Dosen Fakultas Keperawatan, Universitas De La Salle Manado Kairagi I Kombos Manado

[dheabawole02@gmail.com](mailto:dheabawole02@gmail.com)

**ABSTRAK**

*Penyakit asam urat atau biasa dikenal dengan Gout Arthritis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan kristal monosodium urat di dalam tubuh. Dari hasil observasi yang dilakukan kepada klien di Rumah Sakit Budi Mulia Bitung ditemukan klien sudah lama menderita penyakit gout arthritis dan tergolong kronis. Pada sendi tungkai kaki dan tangan klien sudah terdapat benjolan akibat dari tumpukan tofus. Dari hasil wawancara, klien mengatakan pola makan yang tidak sehat dan disertai dengan mengkonsumsi minuman yang beralkohol, merokok, mengkonsumsi sayuran hijau, dan daging yang berlebih menjadi faktor penyebab terjadinya asam urat pada klien. Pada kasus ini diagnosa keperawatan yang didapatkan ada 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Evaluasi yang dilakukan pada klien selama 3 hari perawatan dengan evaluasi ketiga masalah keperawatan yang didapatkan dapat teratasi.*

**Kata Kunci:** *Asuhan, Keperawatan Gout, Arthritis, Nyeri, Makanan, Mobilitas,*

**Nursing Care of Tn.J.L Clients with Musculoskeletal Disorders: Gout Arthritis in the Sta.Maria Room, Budi Mulia Hospital, Bitung**

**Rania Dewi Fortuna Bawole<sup>1</sup> Vervando Sumilat<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Student of Nursing Faculty De La Salle Manado University Kairagi I Kombos Manado

<sup>2</sup>Lecturer of The Nursing Faculty De La Salle Manado University Kairagi I Kombos Manado  
[dheabawole02@gmail.com](mailto:dheabawole02@gmail.com)

**ABSTRACT**

*Gout or commonly known as Gout Arthritis is a disease caused by the accumulation of monosodium urate crystals in the body. From the results of observations made to clients at Budi Mulia Bitung Hospital, it was found that clients had suffered from gout arthritis for a long time and were classified as chronic. There are lumps in the joints of the client's feet and hands as a result of piles of tofus. From the results of the interview, the client stated that an unhealthy diet accompanied by consuming alcoholic beverages, smoking, consuming green vegetables and excess meat was a factor causing gout in the client. In this case, there were 3 nursing diagnoses, namely acute pain related to physical injury agents, impaired physical mobility related to joint stiffness, and disturbed sleep patterns related to lack of sleep control. The evaluation was carried out on the client for 3 days of treatment with an evaluation of the three nursing problems that were found to be resolved.*

**Keywords:** *Care, Nursing, Gout, Arthritis, Pain, Food, Mobility*

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami 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. Puji Syukur serta terima kasih yang selalu tercurahkan kepada Tuhan Yesus Kristus dan semoga kita semua selalu berpegang teguh pada ajarannya. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya memiliki hambatan yang selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur 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. Vervando Sumilat, 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. Dan semua pihak yang terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang tidak dapat saya ucapkan satu per satu atas doa dan dukungan yang telah diberikan.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan, kritik serta saran guna untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan akhirnya Karya tulis Ilmiah ini dibuat untuk memenuhi tugas akhir untuk Program Profesi Ners, semoga dapat berguna dan bermanfaat untuk kita semua.

Manado, April 2023

Rania Dewi Fortuna Bawole, S.Kep

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	2
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	3
Halaman Persetujuan.....	4
Halaman Pengesahan .....	5
Abstrak Bahasa Indonesia.....	6
Abstrak Bahasa Inggris .....	7
KATA PENGANTAR .....	8
DAFTAR ISI.....	9
Daftar Tabel .....	11
Daftar Gambar.....	12
Daftar Lampiran.....	13
Daftar Singkatan.....	14
BAB I PENDAHULUAN .....	15
1.1 Latar Belakang.....	15
1.2 Rumusan Masalah .....	16
1.3 Tujuan.....	17
1.4 Manfaat.....	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	18
2.1 Landasan Teori .....	18
2.2 Askep Teori .....	27
2.3 Penelitian Terkait.....	46
BAB III GAMBARAN KASUS .....	48
BAB IV PEMBAHASAN.....	57
4.1 Analisis dan Diskusi Hasil.....	57
4.2 Keterbatasan Pelaksanaan .....	61

BAB V PENUTUP.....	62
5.1    Kesimpulan.....	62
5.2    Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA .....	64
Lampiran .....	66

## Daftar Tabel

Tabel Perencanaan .....	30
-------------------------	----

## Daftar Gambar

Gambar 2.1.....	19
-----------------	----

## Daftar Lampiran

Curriculum Vitae.....	66
Pengkajian.....	67

## Daftar Singkatan

WHO	: <i>World Health Organization</i>
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
ESR	: <i>Eusinoofil seimen rate</i>
NSAID	: <i>Non steroidal anti inflammatory drugs</i>
MSUM	: Monosodium urat monohidrat
LVH	: <i>Left Ventrikel Hypertropy</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Penyakit asam urat atau biasa dikenal dengan *Gout Arthritis* adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan kristal monosodium urat di dalam tubuh. Asam urat adalah produk akhir dari katabolisme adenin dan guanin yang berawal dari pemecahan nukleotida purin. Asam urat dikeluarkan melalui ginjal dalam bentuk urin (Nasrul dan Sofitri, 2012 dalam Fitras 2020). *Gout arthritis* adalah penyakit sendi yang dikarenakan oleh tingginya asam urat di dalam darah. Menumpuknya asam urat inilah yang mengakibatkan terjadinya nyeri dan peradangan pada sendi. Pada keadaan yang parah penderita ini tidak mampu berjalan, persendian terasa sangat nyeri jika bergerak, mengalami kerusakan pada sendi dan kecacatan (Susanto, 2018).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018, prevalensi *gout arthritis* di dunia sebanyak 33,3%. *Gout arthritis* adalah bentuk radang sendi yang paling umum, mempengaruhi 9,2 juta orang dewasa (3,9%) di AS (*American College of Rheumatology*, 2020). Prevalensi penyakit *gout arthritis* di Indonesia semakin mengalami peningkatan. Prevalensi penyakit *gout arthritis* berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan di Indonesia 11,9% sedangkan berdasarkan diagnosis atau gejala 24,7% jika dilihat dari kriteria umur, prevalensi tinggi pada umur  $\geq 75$  tahun 54,8%. Penderita wanita lebih banyak 8,46% dibandingkan dengan pria 6,13% (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara tahun 2018 tentang prevalensi *gout arthritis* pada kategori lansia tercatat sebanyak 3.995 kasus. Sedangkan di Dinas Kesehatan Kota Manado tahun 2018 sebanyak 1.428 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kejadian *gout arthritis* di Sulawesi Utara berada pada level tinggi. Dari hasil observasi yang dilakukan di Rumah Sakit Budi Mulia Bitung ditemukan kurang lebih ada 80 kasus *gout arthritis* dalam satu minggu. Sedangkan dari hasil observasi yang dilakukan kepada klien di Rumah Sakit Budi Mulia Bitung ditemukan klien sudah lama menderita penyakit *gout arthritis* dan tergolong kronis. Pada sendi tungkai kaki dan tangan klien sudah terdapat benjolan akibat dari tumpukan tofus. Dari hasil wawancara, klien mengatakan pola makan yang tidak sehat dan disertai dengan

mengonsumsi minuman yang beralkohol, merokok, mengonsumsi sayuran hijau, dan daging yang berlebih menjadi faktor penyebab terjadinya asam urat pada klien.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pasaribu pada tahun 2023, di dapatkan hasil bahwa responden yang memiliki Tingkat pengetahuan “cukup” tentang asam urat sebanyak 30 responden (42,9%), tingkat pengetahuan “kurang” sebanyak 24 responden (34,3%), dan yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 16 responden (22,9%). Dapat disimpulkan bahwa Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Asam Urat adalah sebagian besar Tingkat pengetahuan Cukup.

Kurangnya pengetahuan akan masalah penyakit ini harus diperbaiki dengan memberi wawasan pada klien dan keluarga contohnya tentang diet yang cocok pada penderita *gout Arthritis*. Untuk menjaga agar kadar asam urat darah tetap dalam batas normal, maka dari itu hindari makanan yang mengandung tinggi purin seperti: Jeroan (hati, jantung, lidah, ginjal, usus) sarden, kerang, ikan asin, kacang-kacangan, bayam, udang, daun melinjo. Pada prinsipnya mencegah lebih baik daripada mengobati, tetapi jika sudah telanjur mengalami penyakit ini, langkah terpenting adalah semaksimal mungkin mengurangi konsumsi makanan dan minuman yang kaya akan zat purin disertai dengan olahraga dan istirahat secara teratur. Karena minum obat saja tanpa disertai kepatuhan diet tidak akan membuahkan hasil pengobatan yang baik karena produksi asam urat tetap tinggi.

Maka dari itu diperlukan asuhan keperawatan bagi pasien dengan *gout arthritis* untuk mencegah proses terbentuknya thofus dan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien, oleh karena itu saya tertarik mengambil kasus ini sebagai kasus dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners saya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Pola makan menjadi sumber utama penyakit *gout arthritis*, karena pola makan yang buruk sehingga menimbulkan penyakit, pola makan itu sendiri dapat diubah maka dari itu saya tertarik mengangkat kasus ini agar saya dapat

membantu dalam melakukan intervensi dan edukasi kesehatan kepada klien penderita asam urat.

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memaparkan analisis asuhan keperawatan pada klien Tn.J.L dengan *Gout Arthritis* di Rumah Sakit Budi Mulia Bitung

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis gambaran kasus *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L
2. Menganalisis asuhan keperawatan *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L
3. Menganalisis praktik pengelolaan terhadap penyakit *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Teoritis**

Manfaat dari kasus ini untuk pengembangan di bidang keperawatan khususnya pada bidang keperawatan medikal dalam menangani kasus penyakit akibat dari pola makan yang buruk sehingga dapat menyebabkan penyakit kronis.

#### **1.4.2 Praktisi**

Kasus ini dapat membantu dalam memberikan pencegahan dan penanganan penyakit *gout arthritis* yang tidak hanya bertujuan pada penderita penyakit *gout arthritis* itu sendiri namun juga dapat berguna bagi masyarakat dalam melakukan pencegahan lebih awal.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Landasan Teori**

#### 2.1.1 Definisi

*Gout Arthritis* adalah suatu masalah metabolisme yang dimulai dari terjadinya peningkatan asam urat, salah satu penyebab dari penyakit *gout arthritis* ini adalah pola makan yang tidak teratur, seperti makanan yang tinggi akan purin (Fajriansi dan Yusnaeni, 2021). *Gout arthritis* merupakan kejadian inflamasi yang terjadi karena penumpukan kristal asam urat pada sendi-sendi, penyakit ini bersifat rematik atau gangguan pada sendi, tidak menular, dan berlangsung secara kronis (Hasibuan, 2020).

Penyakit *gout arthritis* disebut tinggi jika hasil dari kadar asam urat lebih dari 7,5 mg/dl, individu yang menderita *gout arthritis* harus menjaga pola makan dan gaya hidup yang sehat, karena penyebab utama penyakit asam urat adalah makanan (Febriyanti, 2020). Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2023, *gout arthritis* adalah artropati akibat kristal yang paling umum disebabkan oleh kristal monohidrat monosodium urat yang menumpuk di persendian sehingga menyebabkan peradangan dan rasa sakit yang hebat. Kristal ini dapat terbentuk ketika tubuh memiliki kadar asam urat yang tinggi karena peningkatan memecah purin.

Selain itu asam urat merupakan hasil metabolisme normal dari pencernaan protein (terutama dari daging, hati, ginjal, dan beberapa jenis sayuran seperti kacang dan buncis) atau dari penguraian senyawa purin yang seharusnya akan dibuang melalui ginjal, feses, atau keringat. *Gout arthritis* merupakan salah satu dari beberapa penyakit yang sangat membahayakan, karena bukan hanya mengganggu kesehatan tetapi juga dapat mengakibatkan cacat pada fisik (Haryani dan Misniarti 2020).

#### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Sendi adalah pertemuan antara dua tulang, namun tidak semua pertemuan tersebut memungkinkan untuk terjadinya pergerakan,

terdapat tiga jenis sendi pada manusia dengan gerakan yang memungkinkan yakni, sendi fibrosa, kartilaginosa, dan synovial (Qodariah, 2018).

1. Sendi fibrosa atau sendi mati

Sendi ini terdapat diantara tulang-tulang kranium, yang terjadi bila batas dua jenis tulang bertemu dan membentuk cekungan yang tepat dan hanya di pisahkan oleh lapisan tipis jaringan fibrosa.

2. Sendi kartilagiosa atau sendi tulang rawan

Sendi ini terdapat diantara badan-badan vertebra dan diantara manubrium dan badan sternum, sendi tulang rawan ini terjadi jika dua permukaan tulang dilapisi oleh tulang rawan hialin dan dihubungkan oleh fibrokartilago dan ligamen yang tidak membentuk kapsul sempurna disekeliling sendi tersebut.

3. Sendi Sinoval atau sendi bergerak bebas

Terdiri atas dua atau lebih tulang yang ujung-ujungnya dilapisi oleh tulang rawan hialin sendi, terdapat rongga sendi yang mengandung cairan sinoval yang bertugas untuk memberi nutrisi pada tulang rawan sendi yang tidak memiliki pembuluh darah dan seluruh sendi tersebut dikelilingi oleh kapsul fibrosa yang dilapisi oleh membrane sinoval.

**Gambar 2.1**

**Tulang Sendi**



Sumber: Qodariah, 2018

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Ida Bagus (2017), penyebab dari penyakit asam urat terdiri atas beberapa faktor, yaitu :

1. Suku bangsa /ras

Suku bangsa yang paling tinggi prevalensinya pada suku Maori di Australia. Prevalensi suku Maori terserang penyakit asam urat tinggi sekali sedangkan Indonesia prevalensi yang paling tinggi pada penduduk pantai dan yang paling tinggi di daerah Manado-Minahasa karena kebiasaan atau pola makan dan konsumsi alkohol.

2. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol menyebabkan serangan gout karena alkohol meningkatkan produksi asam urat. Kadar laktat darah meningkat sebagai akibat produk sampingan dari metabolisme normal alkohol. Asam laktat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga terjadi peningkatan kadarnya dalam serum.

3. Konsumsi ikan laut

Ikan laut merupakan makanan yang memiliki kadar purin yang tinggi. Konsumsi ikan laut yang tinggi mengakibatkan asam urat.

4. Penyakit

Penyakit-penyakit yang sering berhubungan dengan hiperurisemia. Misalnya obesitas, diabetes melitus, penyakit ginjal, hipertensi, dislipidemia, dan sebagainya. Adipositas tinggi dan berat badan merupakan faktor resiko yang kuat untuk *gout arthritis* pada laki-laki, sedangkan penurunan berat badan adalah faktor pelindung.

5. Obat-obatan

Beberapa obat-obat yang turut mempengaruhi terjadinya hiperurisemia. Misalnya diuretik, antihipertensi, aspirin, dan sebagainya. Obat-obatan juga mungkin untuk memperparah keadaan. Diuretik sering digunakan untuk menurunkan tekanan darah, meningkatkan produksi urin, tetapi hal tersebut juga dapat menurunkan kemampuan ginjal untuk membuang asam urat. Hal ini pada gilirannya, dapat meningkatkan kadar asam urat dalam

darah dan menyebabkan serangan *gout arthritis*. *Gout arthritis* yang disebabkan oleh pemakaian diuretik dapat "disembuhkan" dengan menyesuaikan dosis.

#### 6. Jenis Kelamin

Pria memiliki resiko lebih besar terkena nyeri sendi dibandingkan perempuan pada semua kelompok umur, perbandingan laki-laki dengan perempuan secara keseluruhan berkisar antara 7:1 dan 9:1. Pria memiliki kadar asam urat yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita, karena Wanita memiliki hormon estrogen.

#### 7. Diet tinggi purin

Menkonsumsi makanan yang tinggi purin dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah

### 2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi *gout arthritis* dibagi menjadi dua yaitu :

#### 1. Gout primer

Penyebabnya belum diketahui (idiopatik), diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan meningkatnya produksi asam urat atau bisa juga diakibatkan karena kurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh.

#### 2. Gout sekunder

Penyebabnya antara lain karena meningkatnya produksi asam urat karena nutrisi, yaitu mengkonsumsi makanan dengan kadar purin yang tinggi.

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Sapti tahun 2019, tanda dan gejala yang biasa dialami oleh penderita penyakit *gout arthritis* adalah:

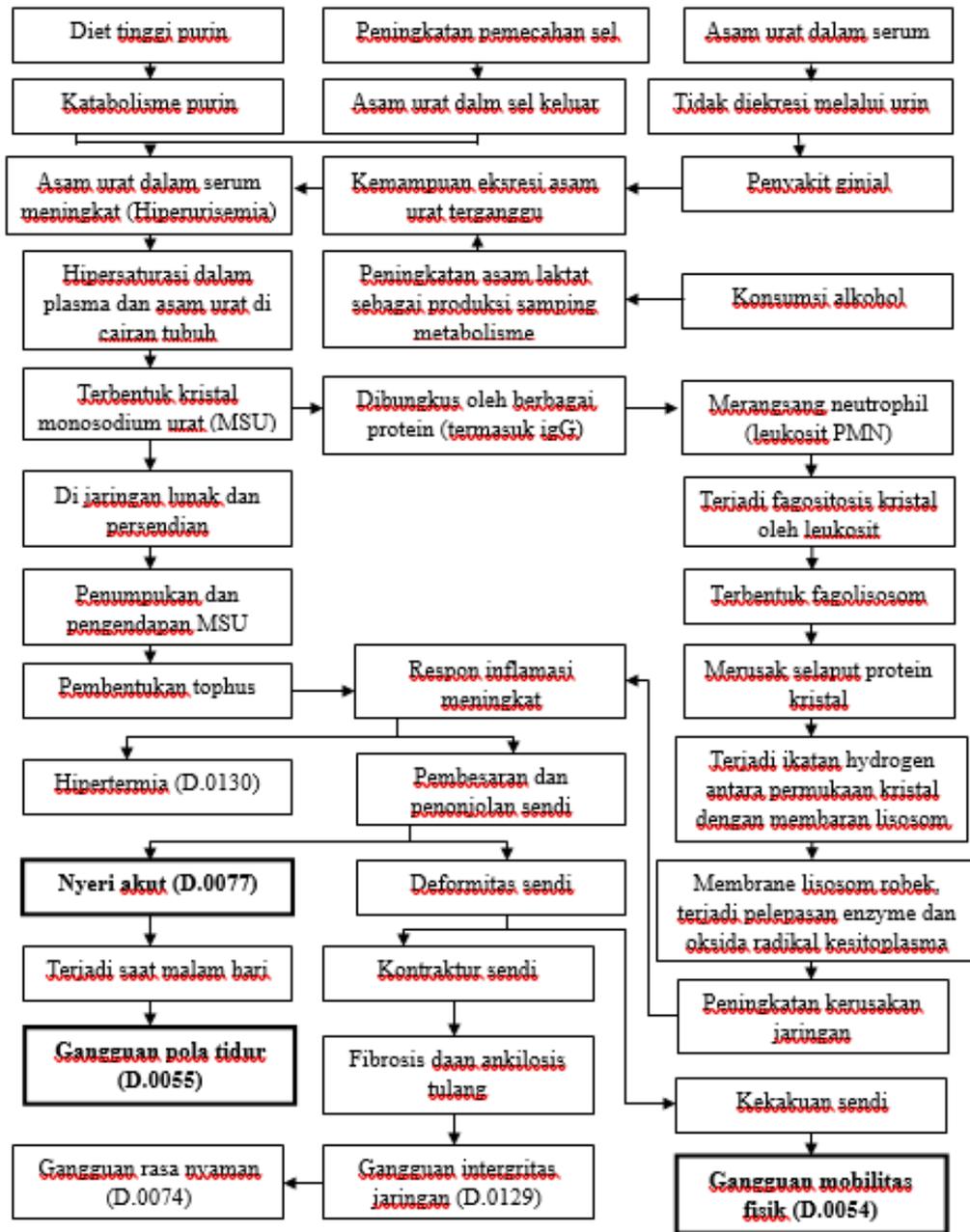
1. Kesemutan dan linu.
2. Nyeri terutama pada malam atau pagi hari saat bangun tidur.

3. Sendi yang terkena *gout arthritis* terlihat bengkak, kemerahan, panas, dan nyeri luar biasa.
4. Gejala lain yaitu demam, menggigil, tidak enak badan, dan jantung berdenyut dengan cepat.

#### 2.1.6 Patofisiologi dan Pathway

Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan *gout arthritis*. Salah satunya yang telah diketahui peranannya adalah konsentrasi asam urat dalam darah. Mekanisme serangan *gout arthritis* berlangsung melalui beberapa fase secara berurutan yaitu, terjadinya presipitasi kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Pembungkusan dengan IgG akan merangsang netrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal. Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit. Kristal difagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling oleh kristal dan membran leukositik lisosom yang dapat menyebabkan kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan. (Nurarif,2015)

Pathway gout arthritis



Sumber: Nurarif, 2015

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Serum asam urat

Umumnya meningkat, diatas 7,5 mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasikan hiperuricemia, akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi

#### 2. Leukosit

Menunjukkan peningkatan yang signifikan mebcapai 20.000/ mm<sup>3</sup> selama serangan akut. Selama periode asimtomatik angka leukosit masih batas normal yaitu 5000-10.000/ mm<sup>3</sup>.

#### 3. Eusinofil seimen rate (ESR)

Meningkat selama serangan akut. Peningkatan serangan sedimen rate mengindikasikan proses inflamasi akut, sebagai akibat deposit asam urat dipersendian.

#### 4. Urine spesimen 24 jam

Urin dikumpulkan dan diperiksa untuk menentukan produksi dan ekskresi dan asam urat. Jumlah normal seorang mengekskresikan 250- 270 mg/24 jam asam urat didalam urine. Ketika produksi asam urat meningkat maka level asam urat urine meningkat. Kadar kurang dari 800 mg/24 jam mengindikasikan gangguan ekskresi pada apsien dengan peningkatan serum asam urat. Instruksikan pasien untuk menampung semua urin dengan peses atau tissue toilet selama waktu pengumpulan. Biasanya diet purin normal direkomendasikan selama pengumpulan urine meskipun bebas purin pada waktu diindikasikan.

#### 5. Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis aspirasi sendi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum kristal urat yang tajam, memberikan dignosis definitif gout.

#### 6. Pemeriksaan radiografi

Pada sendi yang terserang, hasil pemeriksaan menunjukkan tidak terdapat perubahan pada awal penyakit, tetapi setelah penyakit

berkembang progresif maka akan terlihat jelas/ area terpukul pada tulang yang berada dibawah sinavial sendi.

#### 2.1.8 Penatalaksanaan

##### 1. Terapi Farmakologi

###### a. NSAID (*non steroidal anti inflammatory drugs*)

Obat ini bekerja sebagai penghilang rasa sakit dalam dosis yang rendah dan menghilangkan peradangan dalam dosis yang tinggi. Pemakaian NSAID memerlukan kewaspadaan pada pasien yang mengalami penyakit lambung, gagal jantung, hipertensi, asma, gagal ginjal, sirosis hati dan bagi orang yang sudah lanjut usia.

###### b. Allopurinol

Obat ini berfungsi untuk menghentikan produksi asam urat dalam tubuh sebelum terjadi metabolisme. Efek samping apabila digunakan secara berlebihan akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada organ hati.

###### c. Probenesid dan Sulfinpirazone

Obat ini membantu menurunkan kadar asam urat dengan cara membuang asam urat melalui urin.

###### d. Obat pirai

Obat pirai terdiri dari dua macam yaitu obat yang menghentikan inflamasi akut dan obat yang berguna untuk mempengaruhi kadar asam urat.

###### e. Corticosteroid

Sebagai obat anti inflaamasi.

##### 2. Terapi Non Farmakologi

###### a. Kompres hangat

Berguna untuk melancarkan sirkulasi darah, menurunkan rasa nyeri

###### b. Kompres jahe

###### c. Air rebusan daun salam

Berguna sebagai penurun rasa nyeri dan juga penurun kadar asam urat

### 2.1.9 Komplikasi

Komplikasi dari arthritis gout belum banyak disadari oleh masyarakat umum. Menurut Sapti tahun 2019, berikut ini komplikasi yang terjadi akibat tingginya kadar asam urat.

#### 1. Kerusakan sendi

*Gout arthritis* merupakan penyakit yang cukup ditakuti sebagian orang karena menimbulkan kerusakan sendi dan perubahan bentuk tubuh. Kerusakan sendi yang disebabkan tingginya asam urat dapat terjadi di tangan maupun kaki. Kerusakan tersebut terjadi karena asam urat menumpuk di dalam sendi dan menjadi kristal yang mengganggu sendi. Sendi yang tertutup kristal asam urat menyebabkan jari-jari tangan maupun kaki menjadi kaku dan bengkok tidak beraturan. Namun yang ditakuti penderita bukan bengkoknya melainkan rasa sakit yang berkepanjangan.

#### 2. Terbentuk tofi

Tofi adalah timbunan kristal monosodium urat monohidrat (MSUM) di sekitar persendian yang sering mengalami serangan akut atau timbul di sekitar tulang rawan sendi, synovial, bursa, atau tendon. Di luar sendi, tofi juga bisa ditemukan di jaringan lunak, otot jantung (miokard), katup bicuspid jantung (katup mitral), retina mata, dan pangkal tenggorokan (laring). Tofi tampak seperti benjolan kecil (nodul) berwarna pucat, sering teraba pada daun telinga, bagian punggung (ekstensor) lengan sekitar siku, ibu jari kaki, bursa di sekitar tempurung lutut (prepatela), dan pada tendon achilles. Tofi baru ditemukan pada kadar asam urat 10-11 mg/dL. Pada kadar >11 mg/dL, pembentukan tofi menjadi sangat progresif. Bila hiperurisemia tidak terkontrol, tofi bisa membesar dan menyebabkan kerusakan sendi sehingga fungsi sendi terganggu. Tofi juga bisa menjadi koreng (ulserasi) dan mengeluarkan cairan

kental seperti kapur yang mengandung MSU. Dengan adanya tofi, kemungkinan sudah terjadi pengendapan Na urat di ginjal.

### 3. Penyakit jantung

Kadar asam urat yang tinggi dapat menimbulkan gangguan jantung. Bila penumpukan asam urat terjadi di pembuluh darah arteri maka akan mengganggu kerja jantung. Penumpukan asam urat yang terlalu lama dapat menyebabkan LVH (Left Ventrikel Hypertropy) yaitu pembengkakan ventrikel kiri pada jantung

### 4. Batu ginjal

Tingginya kadar asam urat yang terkandung dalam darah dapat menimbulkan batu ginjal. Batu ginjal terbentuk dari beberapa zat yang disaring dalam ginjal. Bila zat tersebut mengendap pada ginjal dan tidak bisa keluar bersama urine maka membentuk batu ginjal. Batu ginjal yang terbentuk diberi nama sesuai dengan bahan pembuat batu tersebut. Batu ginjal yang terbentuk dari asam urat disebut batu asam urat.

### 5. Gagal ginjal (nefropati gout)

Komplikasi yang sering terjadi karena arthritis gout adalah gagal ginjal atau nefropati gout. Tingginya kadar asam urat berpotensi merusak fungsi ginjal. Adanya kerusakan fungsi ginjal dapat menyebabkan ginjal tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik atau mengalami gagal ginjal. Bila gagal ginjal terjadi ginjal tidak dapat membersihkan darah. Darah yang tidak dibersihkan mengandung berbagai macam racun yang menyebabkan pusing, muntah, dan rasa nyeri sekujur tubuh.

## 2.2 Askep Teori

### 2.2.1 Pengkajian

#### 1. Identitas

Terdiri atas nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan.

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang menonjol pada klien *gout arthritis* adalah nyeri dan terjadi peradangan sehingga dapat mengganggu aktivitas klien.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal, ditusuk-tusuk, panas, ditarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak, terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada *gout arthritis* kronis ditemukan benjolan atau tofi pada sendi atau jaringan sekitar.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita oleh klien, apakah keluhan penyakit *gout arthritis* sudah di derita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien *gout arthritis* disertai dengan hipertensi.

5. Riwayat Penyakit

Keluarga Kaji adanya riwayat *gout arthritis* dalam keluarga.

6. Riwayat Psikososial

Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit klien dalam lingkungannya. Respon yang di dapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentan variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri dan kurang pengetahuan akan program pengobatan dan perjalanan penyakit. Adanya perubahan aktivitas fisik akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsepdiri yang maladaptif.

7. Riwayat Nutrisi Kaji

Riwayat nutrisi klien apakah klien sering mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi purin.

## 8. Pemeriksaan Fisik

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

## 9. Pemeriksaan Diagnosis

- a. Asam urat meningkat dalam darah dan urine
- b. Sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut)
- c. Pada aspirasi cairan sendi di temukan kristal urat
- d. Pemeriksaan radiologi

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan penyakit *gout arthritis* yang sudah disesuaikan dengan buku SDKI (2017) ialah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit
5. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat)
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian

### 2.2.3 Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah keperawatan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>  <i>Observasi</i> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>  <i>Observasi</i> 1) Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien 2) Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 3) Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien 4) Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien

		<p>6. Tekanan darah membaik</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi pijat, kompres hangat/dingin, hypnosis, relaksasi napas dalam)</p> <p>6) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri</p> <p>7) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>9) Jelaskan strategi mengatasi</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>5) Mengurangi tingkat nyeri pasien/ mengalihkan pasien dari rasa nyerinya</p> <p>6) Mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri</p> <p>7) Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>8) Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>9) Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul</p> <p>10) Pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi</p>
--	--	---------------------------------	---	--

			nyeri 10) Anjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri  11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  <i>Kolaborasi</i> 12) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	saat nyeri muncul 11) Memudahkan pasien untuk mengotrol nyeri dengan cara sederhana  <i>Kolaborasi</i> 12) mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah keperawatan	<b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b>  <i>Observasi</i> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	<b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b>  <i>Observasi</i> 1) Mengetahui keluhan lain pasien dan rencana tindakan berikutnya

		<p>gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. kekuatan otot meningkat</li> <li>3. rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. nyeri menurun</li> <li>5. kaku sendi menurun</li> <li>6. Gerakan terbatas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3) Monitor frekuensi dan tekanan darah sebelum dan memulai mobilisasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.</li> </ol>	<p>yang dapat dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya</li> <li>3) Mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien</li> <li>4) Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/ sakit saat berpindah</li> <li>6) Meningkatkan status mobilitas</li> </ol>
--	--	---	--	--

		<p>menurun</p> <p>7. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Berpegang pada pagar tempat tidur)</p> <p>6) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>8) Jelaskan tujuan dan Prosedur Tindakan</p> <p>9) Anjurkan mobilisasi dini</p>	<p>fisik pasien</p> <p>7) Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>8) Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan</p> <p>9) Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan</p> <p>10) Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.</p>
--	--	--	--	--

			10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)	
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan masalah keperawatan hipertermi teratasi dengan kriteria hasil:  1. Menggigil menurun  2. Kulit merah menurun	<b>Manajemen Hipertermia (I.15506)</b>  <i>Observasi</i>  1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)  2) Monitor suhu tubuh  3) Monitor kadar elektrolit  4) Monitor haluaran urine	<b>Manajemen Hipertermia (I.15506)</b>  <i>Observasi</i>  1) Mengetahui penyebab terjadinya hipertermia  2) Mengetahui kenaikan ataupun penurunan suhu tubuh  3) Mengetahui kadar elektrolit

		3. Suhu tubuh membaik	5) Monitor komplikasi akibat hipertermia	4) Mengetahui volume urine yang keluar
		4. Suhu kulit membaik	<i>Terapeutik</i>	5) Mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia
		5. Tekanan darah membaik	6) Sediakan lingkungan yang dingin	<i>Terapeutik</i>
			7) Longgarkan atau lepaskan pakaian	6) Memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien
			8) Basahi dan kipasi permukaan tubuh	7) Membantu proses penurunan suhu tubuh
			9) Berikan cairan oral	8) Membantu penurunan suhu tubuh
			10) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)	9) Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga
			11) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres	10) Menurunkan kehilangan panas

			<p>dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>12) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>13) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>14) Anjurkan tirah baring</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>15) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>	<p>melalui evaporasi</p> <p>11) Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin</p> <p>12) Menghindari terjadinya komplikasi</p> <p>13) Memenuhi kebutuhan oksigen</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>14) Meningkatkan kenyamanan pasien</p>
--	--	--	---	---

				<i>Kolaborasi</i> 15) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
4.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <i>Observasi</i> 13) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 14) Identifikasi skala nyeri 15) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <i>Observasi</i> 13) Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien 14) Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 15) Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien 16) Mengetahui seberapa besar rasa

		<p>4. Pola tidur membaik</p>	<p>16) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>17) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi pijat, kompres hangat/dingin, hypnosis, relaksasi napas dalam)</p> <p>18) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri</p> <p>19) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Edukasi</i></p>	<p>nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>17) Mengurangi tingkat nyeri pasien/mengalihkan pasien dari rasa nyerinya</p> <p>18) Mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri</p> <p>19) Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>20) Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>21) Membantu pasien mengatasi saat</p>
--	--	----------------------------------	---	---

			<p>20) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>21) Jelaskan strategi mengatasi nyeri</p> <p>22) Anjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>23) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>24) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>rasa nyeri muncul</p> <p>22) Pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi saat nyeri muncul</p> <p>23) Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>24) mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien</p>
5.	Gangguan integritas jaringan berhubungan	Setelah dilakukan Tindakan	<b>Perawatan Integritas Kulit</b>	<b>Perawatan Integritas Kulit</b>

	<p>dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat)</p>	<p>keperawatan diharapkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>(I.11353)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>2) Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring</p> <p>3) Gunakan produk berbahan petroleum aatau minyak pada kulit kering</p>	<p><b>(I.11353)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Gangguan integritas kulit/jaringan dapat terjadi karena perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi, penurunan kelembababn, suhu lingkungan ekstrim dan penurunan mobilitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>2) Mencegah terjadinya lesi atau ulkus pada kulit yang tertindis</p> <p>3) Untuk menjaga kelembaban kulit</p> <p>4) Produk berbahan dasar alcohol</p>
--	---	--	--	--

		6. Tekstur membaik	<p>4) Hindari produk berbahan dasar alcohol</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>5) Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>6) Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>8) Anjurkan menggunakan tabir surya</p>	<p>dapat mengiritasi kulit</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>5) Menjaga kelembaban kulit</p> <p>6) Menjaga status hidrasi kulit</p> <p>7) Menjaga kesehatan kulit tetap baik</p> <p>8) Sinar matahari dapat menyebabkn rusakn kulit/ sensai terbakar</p>
6.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan masalah keperawatan	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p>	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas tidur</p>

	<p>gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3) Identifikasi makan dan minuman yang menggagu tidur</li> <li>4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Modifikasi lingkungan</li> <li>6) Batasi waktu tidur siang jika perlu</li> <li>7) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>8) Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3) Mengidentifikasi makan dan minuman mengganggu tidur</li> <li>4) Mengidentifikasi obat tidur yang di konsumsi</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Memodifikasi lingkungan agar nyaman</li> <li>6) Membatasi waktu tidur siang</li> <li>7) Agar Stress berkurang</li> <li>8) Menetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>9) Mengajarkan terapi relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kualitas tidur</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>10) Sesuaikan pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>11) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur</p> <p>15) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap</p>	<p>10) Menyesuaikan pemberian obat agar siklus tidur terjaga</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>11) Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit</p> <p>12) Agar waktu istirahat tercukupi</p> <p>13) Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14) Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor agar waktu tidur tercukupi</p> <p>15) Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan</p>
--	--	--	--	---

			<p>gangguan pola tidur</p> <p>16) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	<p>pola tidur</p> <p>16) Mengajarkan relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kualitas tidur.</p>
--	--	--	---	--

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan intervensi yang telah di susun untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan demi terwujudnya kriteria hasil yang diharapkan (Hidayah N, 2019).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan fase akhir dalam penyusunan asuhan keperawatan yang merupakan hasil akhir dari semua Tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai atau mengukur apakah Tindakan keperawatan yang telah diberikan sudah mencapai kriteria hasil (Hidayah N, 2019).

### 2.3 Penelitian Terkait

Dalam jurnal penelitian yang berjudul Penggunaan Daun Salam Terhadap Klien Asam Urat Untuk Menurunkan Kadar Asam Urat di Kelurahan Gunung Agung, yang dilakukan oleh Rika, dkk (2021). Tujuan dari penelitian ini adalah setelah penyuluhan dan demonstrasi, diharapkan pemberian daun salam pada klien asam urat untuk menurunkan kadar asam urat. Hasil penelitian yang ditemukan adalah faktor utama dalam peningkatan kadar asam urat adalah faktor genetik dan factor makanan yang tinggi purin, sehingga dianjurkan untuk melakukan diet makanan yang tinggi purin dengan mengkonsumsi makanan yang rendah purin dan melakukan pola hidup sehat serta mengkonsumsi rebusan air daun salam, dan didapati bahwa setelah 7 hari mengkonsumsi rebusan air daun salam ditemukan bahwa kadar asam urat dari beberapa individu sudah menurun.

Menurut Anisa Nanik (2020), pada penelitiannya yang berjudul Penerapan Latihan Isometrik Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Penderita Gout Arthritis di Keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga dengan penurunan kadar asam urat menggunakan inovasi latihan isometrik. Hasil yang didapatkan adalah

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 kali kunjungan dapat disimpulkan pada klien pertama terdapat penurunan kadar asam urat yang semula 11,3 mg/dL turun menjadi 10,9 mg/dL dan skala nyeri dari skala 6 turun menjadi skala 4. Evaluasi keperawatan pada klien kedua terdapat penurunan kadar asam urat yang semula 6,8 mg/dL turun menjadi 6,2 mg/dL skala nyeri dari skala 5 turun menjadi skala 3.

Menurut Sita Dewi, dkk (2020) dengan judul penelitian Hubungan Kemampuan Pengaturan Diet Rendah Purin Dengan Kadar Asam Urat, dengan tujuan untuk mengetahui hubungan diet rendah purin terhadap penurunan kadar asam urat. Pada hasil penelitian yang telah dilakukan, ditemukan bahwa 89,6% individu masih dalam tahap diet purin yang buruk sehingga dampak yang akan muncul yaitu peningkatan asam urat sehingga dapat mempengaruhi proses aktivitas individu itu sendiri.

Pada penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gout Arthritis di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, yang dilakukan oleh Hidayah N (2019), tujuan dari penelitian ini adalah mengaplikasikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan goat arthritis, hasil penelitian ditemukan bahwa nyeri yang dirasakan pada persendian karena tingginya kadar asam urat dapat mengganggu pola tidur, pola aktivitas, dan pola makan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Susanto H (2018) dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Gout Arthritis pada Tn.M dan Ny.S dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di UPT PSTW Jember. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan intervensi dalam mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan gotu arthritis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit asam urat mengalami nyeri yang hebat sehingga diberikan intervensi untuk mengurangi dan dilakukan pengkajian nyeri untuk menilai penyebab, kualitas, intensitas, skala, dan waktu nyeri yang dirasakan.

### **BAB III GAMBARAN KASUS**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 Januari 2023 pada jam 14.30 di ruangan Sta Maria kamar no 5, dan didapatkan hasil nama klien Tn.J.L, lahir pada tanggal 28 Agustus 1952 (72 Tahun). Keluhan utama klien saat masuk rumah sakit yaitu nyeri sudah 3 hari pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah tidak tertahankan sehingga istri klien membawa klien ke RS Budi Mulia Bitung. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital, kesadaran *compos mentis* dengan GCS 15, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 92x/menit, suhu badan 37,3<sup>o</sup>c dan frekuensi pernafasan 20x/menit. Pada pengkajian nyeri, klien tampak meringis dengan skala nyeri 8 dari 10, lokasi nyeri di pergelangan tangan kanan dan kaki kanan. Dalam pengkajian pola aktivitas dan Latihan, seluruh aktivitas harian klien dibantu oleh istri, uji kekuatan otot pada klien didapatkan hasil kekuatan otot kiri 5 dan kanan 3. Sedangkan pada pengkajian pola tidur dan istirahat, sejak sakit klien tidur siang 1 jam sedangkan tidur malam  $\pm$  3 jam dan sering terbangun karena nyeri dan gelisah dimalam hari.

Dari hasil pengkajian di dapatkan klasifikasi data, didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan kanan dan dan kaki kanan, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, klien mengatakan nyeri pada malam hari sehingga pasien merasakan kesulitan saat tidur dan merasa tidak puas saat tidur, klien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam  $\pm$  3 jam dan sering terbangun, klien mengatakan sulit untuk berjalan serta seluruh kegiatan dibantu oleh istri. Sedangkan data objektif seperti klien tampak meringis, klien tampak gelisah, tanda-tanda vital klien (tekanan darah 150/90 mmHg, suhu badan 37,3<sup>c</sup>, nadi 92x/menit, dan frekuensi pernafasan 20x/menit), pengkajian nyeri klien (P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 8 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit), rentang gerak menurun, kekuatan otot kiri 5 dan kanan 3, klien tampak sakit menggerakkan sendi tangan kanan dan sendi kaki kanan, pergelangan tangan kanan dan kaki kanan

tampak bengkak, seluruh kegiatan klien tampak dibantu oleh istri, dan kantong mata klien tampak menghitam.

Pada analisa data terbagi dalam tiga komponen yang pertama data, etiologi, dan masalah. Dalam penulisan ini, penulis mengangkat 3 masalah yaitu: pertama nyeri akut yang disebabkan oleh hiperurisemia, sehingga mengakibatkan terbentuknya kristal monosodium urat (MSU) di jaringan lunak dan persendian, hal tersebut memicu terjadinya penumpukan MSU dan pembentukan tophus yang menghasilkan respon inflamasi meningkat sehingga terjadi pembesaran dan penonjolan pada sendi dan menyebabkan masalah nyeri akut. Dari masalah tersebut didapatkan data pada pengkajian seperti data subjektif: klien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, dan data objektif: pasien tampak meringis, tanda-tanda vital klien (tekanan darah 150/90 mmHg, suhu badan 37,3°C, nadi 92x/menit, dan frekuensi pernafasan 20x/menit), pengkajian nyeri (P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 8 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit).

Masalah yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh hiperurisemia, sehingga mengakibatkan terbentuknya kristal monosodium urat (MSU) di jaringan lunak dan persendian, hal tersebut memicu terjadinya penumpukan MSU dan pembentukan tophus yang menghasilkan respon inflamasi meningkat sehingga terjadi pembesaran dan penonjolan pada sendi menimbulkan kekakuan pada sendi dan menyebabkan masalah gangguan mobilitas fisik. Dari masalah tersebut didapatkan data pada pengkajian seperti data subjektif: klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, klien mengatakan sulit untuk berjalan serta seluruh kegiatan dibantu oleh istri, dan data objektif: rentang gerak menurun, kekuatan otot kiri 5 dan kanan 3, klien tampak sakit menggerakkan sendi tangan kanan dan sendi kaki kanan, pergelangan tangan kanan dan kaki kanan tampak bengkak, seluruh kegiatan klien tampak dibantu oleh istri.

Masalah yang ketiga yaitu gangguan pola tidur yang disebabkan oleh hiperurisemia, sehingga mengakibatkan terbentuknya kristal monosodium urat (MSU) di jaringan lunak dan persendian, hal tersebut memicu terjadinya penumpukan

MSU dan pembentukan tophus yang menghasilkan respon inflamasi meningkat sehingga terjadi pembesaran dan penonjolan pada sendi dan memicu terjadinya nyeri pada malam hari yang menyebabkan masalah gangguan pola tidur. Dari masalah tersebut didapatkan data pada pengkajian seperti data subjektif: klien mengatakan nyeri pada malam hari sehingga pasien merasakan kesulitan saat tidur dan merasa tidak puas saat tidur, klien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam  $\pm$  3 jam dan sering terbangun, dan data objektif: klien tampak gelisah, kantong mata klien terlihat menghitam.

Dalam diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, klien tampak meringis, tekanan darah meningkat (TD: 150/90 mmHg), dan klien sulit tidur. Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai oleh penulis yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, dan tekanan darah membaik. Penulis mengambil intervensi seperti, **Observasi:** identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal. **Terapeutik:** fasilitasi istirahat dan tidur. **Edukasi:** jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri. **Kolaborasi:** kolaborasi dalam pemberian terapi analgesik.

Diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi yang ditandai dengan klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, klien mengatakan sulit untuk berjalan, rentang gerak menurun, seluruh kegiatan klien dibantu oleh istri. Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai oleh penulis yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun. Penulis mengambil intervensi seperti, **Observasi:** identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan

tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum. **Terapeutik:** fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. **Edukasi:** jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur, klien mengeluh tidak puas tidur, dan kantong mata klien tampak menghitam. Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai oleh penulis yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Penulis mengambil intervensi seperti, **Observasi:** identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. **Terapeutik:** modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). **Edukasi:** jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.

Dalam tahapan implementasi penulis melakukan implementasi selama 3 hari selama jam dinas yaitu 7 jam. Implementasi hari pertama dilakukan pada hari senin tanggal 9 januari 2023 pada jam 14.00 sampai 21.00 dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri) (Hasil: P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 8 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit) , mengidentifikasi skala nyeri (Hasil: klien mengatakan nyeri di tangan kanan dan kaki kanan dengan skala nyeri 8 dari 10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Hasil: klien tampak meringis). **Edukasi:** menjelaskan strategi meredakan nyeri (Hasil: menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan cara teknik nafas dalam dan teknik distraksi dengan mengalihkan perhatian klien dengan

mendengarkan musik) **Kolaborasi:** berkolaborasi dalam pemberian terapi analgesic (Hasil: melayani injeksi ketorolac 30mg/IV dan paracetamol 500mg).

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Hasil: klien mengatakan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan), mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (klien mengatakan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan sehingga klien sulit untuk melakukan mobilisasi), memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (Hasil: Tekanan darah: 150/90 mmHg), memonitor kondisi umum (Hasil: klien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, mengeluh nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan). **Terapeutik:** memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Hasil: klien menggunakan tongkat untuk berjalan), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil: klien melakukan aktivitas atau pergerakan secara bertahap dan dibantu oleh istri). **Edukasi:** menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Hasil: menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi yaitu untuk memenuhi kebutuhan dasar dengan melakukan aktifitas hidup sehari-hari, mempertahankan diri, dan melindungi diri. Dimulai dengan Latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Klien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat), mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Hasil: mengajarkan cara duduk ditempat tidur, setelah itu berpindah dari tempat tidur kekursi dan dari kursi berjalan pelan-pelan keluar ruangan dan dilakukan setiap hari secara bertahap. Klien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat dan mulai melakukan Latihan secara bertahap).

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, implemnetasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: klien mengatakan hanya tidur 1 jam di siang hari dan  $\pm$  3 jam di malam hari dan sering terbangun), mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (Hasil: klien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (Hasil: klien mengkonsumsi

*Alprazolam* 1 x 0,25 mg). **Terapeutik:** memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu (Hasil: klien mematikan lampu saat tidur), melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) (Hasil: klien mengatakan istri klien sering memijat klien sebelum tidur). **Edukasi:** menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Hasil: menjelaskan pentingnya cukup tidur selama sakit yaitu untuk meredakan rasa nyeri dan membuat tubuh menjadi lebih sehat), menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM (Hasil: klien mengatakan hanya mengkonsumsi obat yang dianjurkan oleh dokter).

Evaluasi pada hari pertama dilakukan pada jam 20.30 dan didapatkan hasil seperti, diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, **S:** klien mengatakan masih merasa nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, **O:** klien tampak meringis, pengkajian nyeri (P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 7 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit), **A:** masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan. Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, **S:** klien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan **O:** kekuatan otot: kiri (5) kanan (3), klien tampak lemah, klien tampak sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, **A:** masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan. Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, **S:** klien mengatakan masih sulit tidur, klien mengatakan istirahat tidak cukup **O:** klien tampak gelisah, klien tampak mengantuk, kantong mata klien tampak menghitam, **A:** masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari selasa tanggal 10 januari 2023 pada jam 07.00 sampai 14.00, dengan diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri)

(Hasil: P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 5 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit) , mengidentifikasi skala nyeri (Hasil: klien mengatakan nyeri di tangan kanan dan kaki kanan dengan skala nyeri 5 dari 10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Hasil: klien tampak meringis). **Edukasi:** menjelaskan strategi meredakan nyeri (Hasil: menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan cara teknik nafas dalam dan teknik distraksi dengan mengalihkan perhatian klien dengan mendengarkan musik) **Kolaborasi:** berkolaborasi dalam pemberian terapi analgesic (Hasil: melayani paracetamol 500mg).

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Hasil: klien mengatakan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan), memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (Hasil: Tekanan darah: 130/80 mmHg), memonitor kondisi umum (Hasil: klien tampak sudah mulai bisa menggerakkan pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, namun masih sakit melakukan aktifitas secara mandiri). **Terapeutik:** memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Hasil: klien menggunakan tongkat untuk berjalan), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Hasil: klien melakukan aktivitas atau pergerakan secara bertahap dan dibantu oleh istri). **Edukasi:** mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Hasil: klien sudah mulai melakukan aktifitas secara bertahap dengan duduk di tempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi).

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: klien mengatakan tidur 4 jam di malam hari dan 2 jam di siang hari namun masih sering terbangun), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (Hasil: klien mengkonsumsi *Alprazolam* 1 x 0,25 mg). **Terapeutik:** memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu (Hasil: klien mematikan lampu saat tidur), melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi,

terapi akupresur) (Hasil: klien mengatakan istri klien sering memijat klien sebelum tidur).

Evaluasi pada hari kedua dilakukan pada jam 13.30 dan didapatkan hasil seperti, diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, **S:** klien mengatakan masih merasa nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, **O:** klien tampak meringis, pengkajian nyeri (P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 4 dari 10, T: hilang timbul setiap 10 menit), **A:** masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan. Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, **S:** klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, namun masih terasa nyeri, **O:** kekuatan otot: kiri (5) kanan (4), klien mulai mencoba berjalan menggunakan tongkat dan dibantu oleh istri, **A:** masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan. Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, **S:** klien mengatakan masih suka terbangun saat tidur, **O:** klien tampak gelisah, klien tampak mengantuk, **A:** masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari Rabu tanggal 11 januari 2023 pada jam 14.00 sampai 21.00 , dengan diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri) (Hasil: P: proses pencedera fisik, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, S: skala 2 dari 10, T: hilang timbul setiap 30 menit) , mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Hasil: klien tampak ceria). **Kolaborasi:** berkolaborasi dalam pemberian terapi analgesic (Hasil: melayani paracetamol 500mg).

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Hasil: klien mengatakan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan namun sudah bekurang), memonitor frekuensi jantung dan

tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (Hasil: Tekanan darah: 120/80 mmHg), memonitor kondisi umum (Hasil: klien tampak sudah mulai bisa menggerakkan pergelangan tangan kanan dan kaki kanan). **Edukasi:** mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Hasil: klien sudah bisa melakukan aktifitas seperti duduk di tempat tidur, berjalan, dan makan secara mandiri).

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, implementasi yang dilakukan seperti **Observasi:** mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: klien mengatakan tidur 7 jam di malam hari dan 2 jam di siang hari), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (Hasil: klien mengatakan sudah tidak mengonsumsi obat tidur). **Terapeutik:** memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu (Hasil: klien mematikan lampu saat tidur), melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) (Hasil: klien mengatakan istri klien sering memijat klien sebelum tidur).

Evaluasi pada hari ketiga dilakukan pada jam 20.30 dan didapatkan hasil seperti, diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, **S:** klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, **O:** klien tampak ceria **A:** masalah keperawatan nyeri akut teratasi, **P:** intervensi dihentikan. Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, **S:** klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, **O:** kekuatan otot: kiri (5) kanan (5), **A:** masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi, **P:** intervensi dihentikan. Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, **S:** klien mengatakan kebutuhan tidur sudah terpenuhi **O:** klien tampak ceria, keluhan sulit tidur menurun **A:** masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi, **P:** intervensi dihentikan.

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### **4.1 Analisis dan Diskusi Hasil**

Pada pembahasan ini, penulis membahas tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *Gout Arthritis* sesuai dengan konsep asuhan keperawatan teori yang ada. Asuhan keperawatan ini dibuat selama 3 hari yang dilaksanakan pada tanggal 9 januari 2023 – 11 januari 2023 di ruang Sta.Maria Rumah Sakit Budi Mulia Bitung.

#### **4.1.1 Pengkajian**

Dalam pengkajian keperawatan klien dengan *gout arthritis* dalam tinjauan teoritis mengidentifikasi mulai dari identitas klien (terdiri atas nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan). Keluhan utama yang menonjol pada klien seperti nyeri dan terjadi peradangan sehingga mengganggu aktifitas klien. Riwayat kesehatan (riwayat Kesehatan sekarang didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi, riwayat kesehatan dahulu didapatkan bahwa klien sudah lama menderita *gout arthritis*, dan riwayat kesehatan keluarga didapatkan bahwa tidak ada keluarga yang menderita *gout arthritis*). Riwayat psikososial (respon emosi klien terhadap penyakit yaitu klien merasa sedih karena klien tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya, adanya perubahan aktivitas fisik dan perubahan mobilitas fisik karena adanya nyeri pada kaki kanan dan tangan kanan sehingga seluruh aktifitas klien dibantu oleh istrinya). Riwayat nutrisi (klien sering mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi purin seperti *seafood* dan sayuran hijau). Pemeriksaan fisik (Pemeriksaan fisik pada daerah sendi di lakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien melakukan beberapa

Gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah Gerakan tersebut aktif, pasif, atau abnormal). Pemeriksaan diagnosis (asam urat meningkat dalam darah dan urine, sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut), pada aspirasi cairan sendi di temukan kristal urat, pemeriksaan radiologi. Pada pengkajian mulai dari keluhan utama klien sampai pada pemeriksaan fisik didapatkan kesamaan dengan teori, hanya saja pada kasus tidak terdapat pemeriksaan radiologi.

#### **4.1.2 Diagnosa**

Dalam diagnosa keperawatan penulis menemukan kesenjangan seperti penulis hanya menemukan 3 diagnosa utama pada klien dengan masalah *gout arthritis* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Sedangkan pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan, penulis tidak mengangkat semua diagnosa dikarenakan penulis menyesuaikan dengan hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada klien sehingga hanya 3 diagnosa yang menurut penulis cocok untuk dilakukan asuhan keperawatan.

#### **4.1.3 Intervensi**

Pada tahap ini penulis menyesuaikan dengan teori dan keadaan klien dan disesuaikan dengan adanya sarana dan pra sarana yang ada. Untuk masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi dengan mendengarkan musik, intervensi ini sudah dilakukan langsung kepada pasien. Menurut Agus Ferdiansyah pada tahun 2021, teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pada lansia dengan *gout arthritis* sehingga dapat diterapkan dan dikembangkan dalam intervensi pada lansia yang mengalami gangguan nyeri terutama pada penyakit *gout arthritis*. Dengan

dilakukan teknik relaksasi nafas dalam selain dapat menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan klien juga dapat merelaksasikan otot-otot yang tegang sehingga klien merasa nyaman dan klien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan. Andreas setyono (2021) menerangkan bahwa pemberian terapi musik terjadi pengalihan perhatian dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Seseorang, yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri, akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap rangsang nyeri. Kompres hangat jahe merah merupakan intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri, namun intervensi ini tidak bisa dilakukan kepada klien karena terbatas dengan alat dan bahan yang tidak tersedia di rumah sakit. Kompres hangat jahe merah juga banyak digunakan sebagai terapi dalam mengatasi beberapa masalah kesehatan pada pasien di banyak negara. Penelitian yang dilakukan oleh Sunarti dan Alhuda pada tahun 2015 dengan memberikan kompres hangat jahe merah pada pasien reumatik menunjukkan hasil yakni terjadi penurunan skala nyeri pasien. Penelitian lain yang dilakukan oleh Masyhurrosyi menunjukkan bahwa pasien yang diberikan kompres hangat jahe menunjukkan ada pengaruh pemberian kompres hangat jahe merah pada perubahan nyeri sebelum dan sesudah (Masyhurrosyidi, Kumboyono, & Utami, 2018).

Penelitian yang terkait mengenai masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, dalam Elviatus (2017) juga mengatakan Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM). Latihan Range Of Motion (ROM) adalah salah satu program rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan aktivitas fisik klien. Pada penelitian ini juga penulis memberikan latihan ROM.

Pada masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, penulis menganjurkan istri dari klien untuk

melakukan pijat atau *massage* pada klien sebelum tidur, hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nindya Sari (2022), menunjukkan bahwa secara menyeluruh terapi komplementer berupa *massage* yang dilakukan pada pasien berpengaruh pada peningkatan kualitas tidur. *Massage* mampu menstimulasi sensor syaraf yang rangsangannya diteruskan ke hipotalamus dan menghasilkan *corticotropin releasing factor* (CRF). CRF merangsang kelenjar pituary untuk meningkatkan produksi *Proopiomelanocortin* (POMC). Hal tersebut merangsang medula adrenal serta meningkatkan sekresi endorfin yang mengaktifkan parasimpatik sehingga otot-otot yang tegang menjadi lebih relaks. Kondisi itu menstimulasi tubuh melepaskan serotonin dan membantu munculnya rangsangan tidur serta meningkatkan kualitas tidur seseorang).

#### **4.1.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan menurut SIKI dan SLKI yang telah direncanakan sebelumnya. Pada implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu mulai dari tanggal 9 januari 2023 sampai 11 januari 2023 dan dilakukan sesuai dengan jam dinas penulis yaitu 3x7 jam. Untuk implementasi dalam tinjauan teori sama dilakukan selama 3 hari namun waktu pelaksanaannya selama 3x24 jam. Pada implementasi keperawatan untuk kasus *gout arthritis* ini dilakukan selama 3x7 jam dan mengikuti intervensi keperawatan yang telah direncanakan.

#### **4.1.5 Evaluasi**

Tujuan dalam evaluasi keperawatan ini yaitu untuk melihat subjek dalam mencapai tujuan yang disertai dengan kriteria hasil yang ada pada tahap perencanaan. Evaluasi keperawatan ini dilakukan pada 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu yang pertama nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisik, yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, dan yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, ketiga masalah keperawatan ini teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteri hasil pada hari ketiga tanggal 11 januari 2023.

#### **4.2 Keterbatasan Pelaksanaan**

Berdasarkan pada pengalaman langsung peneliti dalam proses berlangsung ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa faktor yang harus diperhatikan lagi. Penelitian ini terbatas dalam pemberian asuhan keperawatan yang masih sangat kurang dalam pelaksanaannya karena penulis hanya melakukan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan jam dinas yaitu 7 jam. Dalam Penelitian ini juga tidak ada perbandingan antara klien yang satu dan yang lainnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

**1. Menganalisis gambaran kasus *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 Januari 2023 pada jam 14.30 di ruangan Sta Maria kamar no 5, dan didapatkan hasil nama klien Tn.J.L, lahir pada tanggal 28 Agustus 1952 (72 Tahun). Keluhan utama klien saat masuk rumah sakit yaitu nyeri sudah 3 hari pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah tidak tertahankan sehingga istri klien membawa klien ke RS Budi Mulia Bitung.

**2. Menganalisis asuhan keperawatan *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L**

Pada kasus ini pengkajian yang di dapat seperti nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kaki kanan, skala nyeri 8 dari 10, klien sulit menggerakkan sendi tangan kanan dan kaki kanan, seluruh aktifitas klien dibantu oleh istri, pola istirahat dan tidur klien tidak terpenuhi karena merasa nyeri. Diagnosa keperawatan yang didapatkan ada 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan masalah keperawatan yaitu, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur menggunakan SIKI dan SLKI. Implementasi keperawatan pada kasus ini dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi, Evaluasi yang dilakukan pada klien selama 3 hari perawatan dengan evaluasi dalam bentuk SOAP ketiga masalah keperawatan yang didapatkan dapat teratasi.

3. Menganalisis praktik pengelolaan terhadap penyakit *gout arthritis* pada pasien Tn.J.L

Penulis menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi musik untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien serta melakukan Latihan ROM untuk meningkatkan mobilitas fisik klien dan menganjurkan untuk melakukan pijat sebelum tidur untuk membantu klien mengatasi gangguan pola tidur yang dialami oleh klien.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Saran untuk perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam dunia pendidikan untuk membantu dalam penyusunan asuhan keperawatan dengan kasus *gout arthritis*.

### 5.2.2 Saran Untuk Rumah Sakit

Hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan keperawatan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan keperawatan sesuai dengan teori.

### 5.2.3 Untuk Penelitian Selanjutnya

Untuk penelitian sebaiknya mampu memberikan pelayanan serta melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien dengan *gout arthritis*. Dengan kerja sama yang baik diharapkan tetap dipertahankan dalam mengatasi terjadinya komplikasi lanjut

## DAFTAR PUSTAKA

- Febriyanti. (2020). *Hubungan Kemampuan Pengaturan Diet Rendah Purin Dengan Kadar Asam Ura*. Jurnal Ners LENTERA.
- Bidjun. (2022). *Pengaruh Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru*. Manado.
- Fajriansi. (2021). *Hubungan Antara Indeks Massa Tubuh Dengan Kadar Asam Urat Pada Usia Dewasa (26-45 Tahun) Di Stikes Nani Hasanuddin Makassar*. Makassar: Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah.
- Fitriana. (2015). *Cara Cepat Usir Asam Urat*. Yogyakarta: Medika .
- FitzGerald. (2020). *American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout Arthritis Rheumatol* .
- Hasibuan. (2020). *Efektivitas Rebusan Daun Sirsak Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis*. Medan: Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia.
- Kemendes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Jakarta.
- Liang . (2022). *Advances in Experimental and Clinical Research of the Gouty Arthritis Treatment With Traditional Chinese Medicin*. Evid Based Complement Alternat Med.
- Novianti. (Yogyakarta). *Hidup Sehat Tanpa Asam Urat*. 2015: Notebook (Perpustakaan Nasional RI).
- Qodariah. (2018). *Perbandingan Efektivitas Kompres Minyak Jahe Dan Kompres Minyak Cengkeh Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Pada Lansia*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.

- Qodariah lilis. (2018). *Perbandingan Efektivitas Kompres Minyak Jahe Dan Kompres Minyak Cengkeh Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Pada Lansia*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Rika. (2021). *Penggunaan Daun Salam Terhadap Klien Asam Urat Untuk Menurunkan Kadar Asam Urat Di Kelurahan Gunung Agung*. Medan: Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indoensia (SDKI)* (1 ed.). Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 ed.). Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* (1 ed.). Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- World Health Organization. (2018). *World Gout Arthritis Report*. Retrieved from <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/gout>

Lampiran

## 1. Curriculum Vitae (CV)



### I. Identitas Peneliti

Nama : Rania Dewi Fortuna Bawole

Tempat, Tanggal Lahir : Tahuna, 02 Desember 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Suku/Bangsa : Sanger

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Kelurahan Ondong, Kecamatan Siau Barat,  
Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro

Fakultas/Program Studi : Keperawatan/Ilmu Keperawatan

Nama Orang Tua

Ayah : Jefry Bawole

Ibu : Martha Revy Sarame

Nama Saudara

Kakak : Rainer Roy Bawole

Vanesha Gloria Bawole

Motto :

E-mail : dheabawole02@gmail.com

## II.Riwayat Pendidikan

Tahun 2005-2011 : Lulus dari SD Gmist Imanuel Ondong

Tahun 2011-2014 : Lulus dari SMP Negeri 1 Siau Barat

Tahun 2014-2017 : Lulus dari SMA Negeri 1 Siau Barat

Tahun 2017-2022 : Lulus S1 Keperawatan dari Cendrawasih Jayapura

## III.Riwayat Organisasi

- Anggota HIMAKEP Uncen tahun 2019/2020

## 2. PENGKAJIAN

Unit : Tgl. Pengkajian: 09-01-2023  
Ruang/Kamar : St. Maria Waktu Pengkajian : 14.30  
Tgl.Masuk RS : 08-01-2023 Auto Anamnesa : √  
Allo Anamnese : -

### I. IDENTIFIKASI

#### A. Klien

Nama Initial : Tn. J L  
Tempat/tgl.Lahir (umur) : Toraja, 28 Agustus 1952 / 70 Tahun  
JenisKelamin : Laki-Laki  
Status Perkawinan : Menikah  
Jumlah Anak : 3 orang  
Agama/suku : Kristen Protestan/ Toraja  
Warga Negara : Indonesia  
Bahasa yang digunakan : Indonesia  
Pendidikan : SMP  
Perkerjaan : Wiraswasta  
Alamat Rumah : Madidir Unet Ling. V

#### B. Penanggung Jawab

Nama : Ny. F.K  
Alamat : Madidir Unet Ling. V  
Hubungan dengan klien : Istri

### II. DATA MEDIK

Dikirim oleh : IGD  
Diagnosa Medik :  
Saat Masuk : Gouth Arthritis  
Saat pengkajian : Gouth Arthritis

### III. KEADAAN UMUM

#### A. KEADAAN SAKIT

Keluhan Utama saat Pengkajian : Nyeri pergelangan tangan dan kaki bagian kanan

Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan dan kaki bagian kanan selama 3 hari . nyeri sudah tidak tertahan sehingga istri pasien membawa pasien ke RS Budi Mulia Bitung. Klien tampak sakit sedang dan terbaring lemah

#### B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran

Kualitatif :  Compos Mentis

Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :

Respon Motorik : 6

Respon Bicara : 5

Respon Membuka mata : 4 +

---

Jumlah : 15

Kesimpulan : Klien masih sadar sepenuhnya

Flapping Tremor/asterixis : Negatif

2. Tekanan Darah : 150/90 mmHg

MAP : 76 mmHg

Kesimpulan : Kebutuhan darah ke perifer klien terpenuhi

3. Suhu : 37,3 °C  Axilla

4. Nadi : 92 x/menit

5. Pernafasan : Frekuensi 20 x/menit

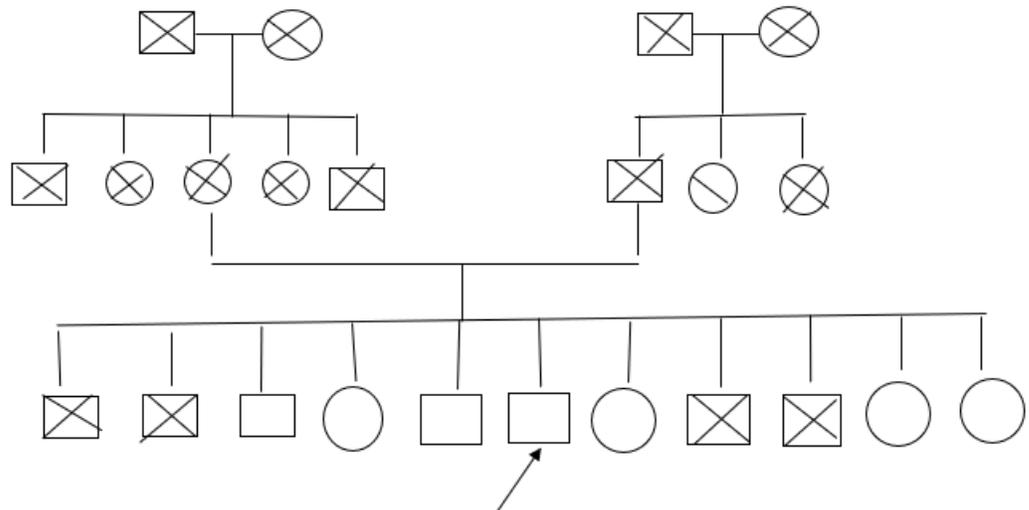
Irama: Teratur

Jenis: Dada

### C. PENGUKURAN

- |                          |                                   |                 |          |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------|
| 1. Lingkar lengan atas   | : 32 cm                           | 3. Tinggi badan | : 165 cm |
| 2. Lipat kulit triceps   | : 7 cm                            | 4. Berat badan  | : 55 kg  |
| Indeks Massa Tubuh (IMT) | : $20,22 \text{ kg/m}^2$          |                 |          |
| Kesimpulan               | : Indeks masa tubuh pasien normal |                 |          |

### D. GENOGRAM



#### KETERANGAN :

- |  |               |
|--|---------------|
|  | : Laki - Laki |
|  | : Meninggal   |
|  | : Perempuan   |
|  | : Klien       |

### IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

## **A. KAJIAN PERSEPSI KESEHATAN-PEMELIHARAAN KESEHATAN**

Riwayat penyakit yang pernah dialami: Klien pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit asam urat pada tahun 2022

### 1. Data Subjektif

#### a. Keadaan sebelum sakit:

Klien mengeluh sudah lama mengetahui kalau terkena penyakit asam urat tinggi selama ini klien sering mengkonsumsi obat allopurinol

#### b. Keadaan sejak sakit:

Klien mengatakan selama sakit pasien hanya mengkonsumsi obat yang didapat dari rumah sakit

### 2. Data objektif

#### a. Observasi

Kebersihan rambut : Kondisi rambut agak berminyak dan beruban

Kulit kepala : kulit kepala tidak berketombe

Kebersihan kulit : Kulit tampak bersih

Hygiene rongga mulut: Tampak bersih

Kebersihan genitalia: Cukup

Kebersihan anus : Cukup

Tanda/ Scar Vaksinasi: √BCG    √Cacar

## **B. KAJIAN NUTRISI METABOLIK**

### 1. Data subjektif

#### a. Keadaan sebelum sakit : Klien makan 3x sehari, 1 porsi habis.

Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk (ikan dan daging). Kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari(1500-2000cc) berupa air putih.

#### b. Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan pasien makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan. Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur



Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan

Hepar : Tidak ada pembesaran hepar

Lien : Tidak ada pembesaran

Perkusi : berbunyi redup

Ascites : Negatif

Kelenjar limfe inguinal : Tidak dikaji

Kulit

Spider Naevi : Negatif

Uremic Frost : Negatif

Edema : Negatif

Icteric : Negatif

Tanda radang : Pergelangan tangan dan kaki kanan

Lesi : Pergelangan tangan dan kaki kanan

c. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium : tidak ada

d. Terapi : IVFD NaCL 0,9% 14 tpm, pantoprazole 2x40 mg/IV,

Sucralfat 3x10 cc/ P O

### **C. KAJIAN POLA ELIMINASI**

#### 1. Data Subjektif

- a. Keadaan sebelum sakit : BAB teratur setiap hari pada pagi hari. Bentuk dan warna feses lunak berwarna kuning kecoklatan. Buang air kecil lancar kurang lebih sebanyak 6-7 kali sehari
- b. Keadaan sejak sakit : Selama dirumah sakit klien belum BAB selama di Rs. Untuk buang air kecil klien lancar sehari 5-6 kali sehari. Urine berwarna kuning jernih.

#### 2. Data objektif

- a. Observasi : klien tidak terpasang kateter urine, urine berwarna kuning
- b. Pemeriksaan fisik
  - Peristaltik usus : 25x/mnt
  - Palpasi suprapubica : Kosong
  - Nyeri ketuk ginjal : Kiri negatif, Kanan negatif
  - Mulut uretra : Tidak dikaji
  - Anus :
    - Peradangan : Negatif
    - Firssura : Negatif
    - Hemoroid : Negatif
    - Prolapsus Recti : Negatif
    - Fistula Ani : Negatif
    - Massa Tumor : Negatif
- c. Pemeriksaan diagnostik
  - Laboratorium : tidak ada
- d. Terapi : Tidak ada

### **D. KAJIAN POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN**

1. Data Subjektif

a. Keadaan sebelum sakit

Klien mampu merawat diri secara mandiri, klien melakukan aktivitas secara mandiri, setiap hari.

b. Keadaan sejak sakit

Dalam melakukan kegiatan sehari-hari meliputi mandi, makan, BAB/ BAK dan berpakaian klien dibantu oleh anak/ istrinya.

2. Data objektif

a. Observasi

Aktivitas harian :

Makan: Dibantu (2)

Mandi: Dibantu (2)

Berpakaian: Dibantu (2)

Kerapihan: Dibantu (2)

BAB: Dibantu (2)

BAK: Dibantu(2)

Ambulasi : Tongkat

Postur Tubuh: Membungkuk

Gaya jalan: Pasien tampak kesulitan saat berjalan

Anggota gerak yang cacat: Tidak ada

Fiksasi: Tidak ada

Tracheostomic: Tidak ada

b. Pemeriksaan Fisik

JVP : tidak dikaji

Perfusi pembuluh perifer kuku : Tidak dikaji

Thorax dan pernapasan : 20x/mnt

Inspeksi

Bentuk thorax: Simetris

Stridor : Negatif

Dyspnea d effort : Negatif

Sianosis : Negatif

Palpasi

Vocal premitus : normal

Perkusi : Sonor

Batas Paru Hepar : Sonor

Kesimpulan : Normal

Auskultasi

Suara napas : Normal

Suara ucapan: terdengar jelas

Suara tambahan: Tidak ada

Jantung

Inspeksi :

Ictus cordis : normal/ tidak nampak

Klien menggunakan alat pacu jantung : Negatif

Palpasi :

Ictus cordis : Teraba

Thrill : Negatif

Perkusi :

Batas jantung : Sonor

Batas kanan jantung : Sonor

Batas kiri jantung : Sonor

Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Murmur jantung bisa terdengar

Bunyi jantung II P : Regular jantung terkompensasi

Bunyi jantung I T : lup-dup

Bunyi jantung I M : lup-dup

Murmur : Negatif

Hr: 92x/mnt

Bruit Aorta: Negatif

Arteri Renalis :Negatif

Arteri Femoralis : Negatif

Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Positif

Tempat : Lengan kanan dan kaki kanan

Rentang gerak : klien sulit menggerakkan kaki kanan

Mati sendi : Tidak

Kaku sendi : Lengan kanan dan kaki kanan

Uji kekuatan otot : Kiri 5, Kanan 3

5	3
5	3

Refleks fisiologik : Positif

Refleks patologik : Negatif

Clubbing jari-jari : Negatif

Varices tungkai : Positif

Columna vertebralis

Inspeksi : kelainan bentuk: Tidak ada kelainan bentuk

Palpasi : Nyeri tekan : Negatif

N III – IV – VI: Dapat mengangkat kelopak mata,gerakan mata

N VIII Romberg test : Negatif

N XI : Dapat menggerakkan bahu

Kaku kuduk : Negatif

c. Pemeriksaan diagnostic

Laboratorium : Tidak ada

## **E. KAJIAN POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**

1. Data Subjektif

a. Keadaan sebelum sakit : Sebelum sakit kebutuhan istirahat-tidur klien tercukupi, klien biasanya dalam sehari tidur 6-8 jam.

b. Keadaan sejak sakit : sejak sakit klien tidur siang 1 jam sedangkan tidur malam  $\pm$  3 jam dan sering terbangun karena nyeri dan gelisah dimalam hari

2. Data Objektif

a. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Positif

Palpebrae inferior berwarna gelap : Positif

Terapi : Alprazolam 0,25 gr/mg/ P O

## **F. KAJIAN POLA PERSEPSI KOGNITIF**

1. Objektif

- a. Keadaan sebelum sakit  
Klien mengatakan biasanya bila terjadi nyeri pasien akan memeriksa ke dokter praktek yang sering didatangi
- b. Keadaan sejak sakit  
Klien mengatakan nyeri pergelangan tangan kanan dan kaki kanan seperti ditusuk-tusuk dan bertambah sakit saat digerakan

2. Data objektif

- a. Observasi  
Klien tampak meringis, mengeluh nyeri, skala nyeri 8

- b. Pemeriksaan fisik

Penglihatan

Cornea : putih

Visus : Tidak dikaji

Pupil : hitam

Lensa mata: tidak ada

Tekanan intra ocular: tidak ada

Pendengaran

Pina : klien merasa ada gelombang suara yang masuk

Canalis : tidak ada kaji

Membrane Tympani : Normal

Test pendengaran : dapat mendengar dengan baik

Pengenalan rasa posisi pada Gerakan lengan dan tungkai: nyeri pergelangan tangan kanan dan kaki kanan

N I : pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

N II: pada jarak 5 meter pasien tidak bisa melihat dengan jelas

N V sensorik : pasien mampu menerima sensorik dengan baik

N VII sensorik : tidak terdapat kelumpuhan wajah

N VIII pendengaran : dapat mendengar dengan baik

Tes Romberg : Negatif

c. Pemeriksaan diagnostic

Laboratorium : tidak ada

d. Terapi : Tidak ada

## **G. KAJIAN POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI**

1. Data subjektif

a. Kedaan sebelum sakit

Klien mengatakan mempunyai persepsi yang baik terhadap dirinya

b. Keadaan sejak sakit

Klien mengatakan sejak sakit, dia tidak bisa berbuat apa-apa karena lemah

2. Data objektif

a. Observasi

Kontak mata : ada

Rentang perhatian : memperhatikan

Suara dan cara bicara: lemah lembut dan jelas

Postur tubuh : membungkuk

b. Pemeriksaan fisik

Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada

Abdomen:

Bentuk: Simetris

Bayangan Vena: Negatif

Benjolan Massa: Negatif

Kulit: Lesi Kulit: Tidak ada

## **H. KAJIAN POLA PERAN DAN HUBUNGAN SESAMA**

### 1. Data Subjektif

#### a. Keadaan sebefore sakit

Klien mengatakan sebelum masuk RS mempunyai hubungan yang baik dengan istri, anak, saudara juga tetangga dan masyarakat  
Klien setiap hari berada di bengkel

#### b. Keadaan sejak sakit

Klien mengatakan setelah masuk RS klien tetap mempunyai hubungan yang baik dengan istri, anak, saudara dan pasien lainnya di dalam ruangan

### 2. Data objektif

#### a. Observasi

Klien tampak sering mengobrol dengan istri dan pasien yang berada di ruangan yang sama

## **I. KAJIAN POLA REPRODUKSI-SEKSUALITAS**

### 1. Data subjektif

a. Keadaan sebelum sakit: klien berjenis kelamin laki-laki, memiliki 3 orang anak, sudah jarang berhubungan dengan alasan sudah tua

b. Keadaan sejak sakit: klien mengatakan tidak mengalami nyeri saat berkemih

### 2. Data objektif

#### a. Observasi

Klien mempunyai anak 3, 2 laki-laki dan 1 perempuan

b. Pemeriksaan fisik: tidak dikaji

c. Pemeriksaan dignostik

Laboratorium: tidak ada

d. Terapi: tidak ada

## **J. KAJIAN MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRESS**

1. Data subjektif
  - a. Keadaan sebelum sakit: klien mengatakan setiap ada masalah klien selalu berdoa dan bercerita kepada istri
  - b. Keadaan sejak sakit: klien mengatakan khawatir dengan kondisi/keadaan yang dialami
2. Data objektif
  - a. Observasi  
Klien tampak gelisah, klien tampak cemas
  - b. Pemeriksaan fisik  
Tekanan darah :  
Berbaring : 150/90 mm/Hg  
HR : 92x/mnt  
  
Kulit : Keringat Dingin: klien tidak berkeringat dingin  
  
Basah : -
  - c. Terapi: tidak ada

## **K. KAJIAN POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN**

1. Data subjektif
  - a. Keadaan sebelum sakit  
Klien mengatakan sebelum masuk RS klien aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan
  - b. Keadaan sejak sakit  
Klien mengatakan sejak masuk RS klien selalu berdoa sebelum makan, sebelum tidur dan setelah bangun tidur dan sering membaca Alkitab
2. Data objektif

a. Observasi

Klien tampak sering mendengarkan lagu rohani dan membaca Alkitab

## KLASIFIKASI DATA

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan kanan dan dan kaki kanan</li> <li>- Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada malam hari sehingga pasien merasakan kesulitan saat tidur dan merasa tidak puas saat tidur</li> <li>- Klien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam <math>\pm</math> 3 jam dan sering terbangun</li> <li>- Klien mengatakan sulit untuk berjalan serta seluruh kegiatan dibantu oleh istri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak gelisah,</li> <li>- Tanda-tanda vital klien Tekanan darah: 150/90 mmHg Suhu badan 37,3°C Nadi 92x/menit Frekuensi pernafasan 20x/menit</li> <li>- Pengkajian nyeri klien P: proses pencedera fisik Q: seperti ditusuk-tusuk R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan S: skala 8 dari 10 T: hilang timbul setiap 10 menit</li> <li>- Rentang gerak menurun,</li> <li>- Kekutan otot               <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> </li> <li>- Klien tampak sakit menggerakkan sendi tangan kanan dan sendi kaki kanan,</li> <li>- Pergelangan tangan kanan dan kaki kanan tampak bengkak</li> <li>- Seluruh kegiatan klien tampak dibantu oleh istri</li> </ul>	5	3	5	3
5	3				
5	3				

	- Kantong mata klien tampak menghitam.
--	--

### ANALISA DATA

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan kanan dan pergelangan kaki kanan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak meringis</li> <li>- Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 150/90 mmHg Suhu badan 37,3°C Nadi 92x/menit Frekuensi pernafasan 20x/menit</li> <li>- Pengkajian nyeri klien P: proses pencedera fisik Q: seperti ditusuk-tusuk R: pergelangan tangan kanan dan kaki kanan S: skala 8 dari 10 T: hilang timbul setiap 10 menit</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Hiperurisemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">terbentuknya kristal monosodium urat (MSU)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">di jaringan lunak dan persendian</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">penumpukan MSU</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">pembentukan tophus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">respon inflamasi meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">pembesaran dan penonjolan pada sendi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">nyeri akut</p>	Nyeri akut
2,	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Hiperurisemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">terbentuknya kristal monosodium urat (MSU)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gangguan mobilitas fisik

	<p>kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sulit untuk berjalan serta seluruh kegiatan dibantu oleh istri</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rentang gerak menurun</li> <li>- kekuatan otot</li> </ul> <table border="1" data-bbox="418 846 565 1052"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sakit menggerakkan sendi tangan kanan dan sendi kaki kanan</li> <li>- pergelangan tangan kanan dan kaki kanan tampak bengkak</li> <li>- seluruh kegiatan klien tampak dibantu oleh istri.</li> </ul>	5	3	5	3	<p>di jaringan lunak dan persendian</p> <p>↓</p> <p>penumpukan MSU</p> <p>↓</p> <p>pembentukan tophus</p> <p>↓</p> <p>respon inflamasi meningkat</p> <p>↓</p> <p>pembesaran dan penonjolan pada sendi</p> <p>↓</p> <p>kekakuan sendi</p> <p>↓</p> <p>gangguan mobilitas fisik</p>	
5	3						
5	3						
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri</li> </ul>	<p>Hiperurisemia</p> <p>↓</p>					

	<p>pada malam hari sehingga pasien merasakan kesulitan saat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam <math>\pm 3</math> jam dan sering terbangun</li> <li>- Pasien mengeluh sulit tidur</li> <li>- Pasien mengeluh istirahat tidak cukup</li> <li>- Pasien mengeluh tidak puas tidur</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Kantong mata pasien terlihat menghitam</li> </ul>	<p>terbentuknya kristal monosodium urat (MSU)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>di jaringan lunak dan persendian</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>penumpukan MSU</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>pembentukan tophus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>respon inflamasi meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>pembesaran dan penonjolan pada sendi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nyeri akut</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>terjadi di malam hari</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>gangguan pola tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>
--	---	---	----------------------------

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal teratasi	Prioritas
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	09 januari 2023	11 januari 2023	I
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)	09 januari 2023	11 januari 2023	II
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)	09 januari 2023	11 januari 2023	III

