

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. T  
DENGAN GOUT ARTRITIS DISERTAI HIPERTENSI DAN  
TN. S DENGAN GOUT ARTRITIS DISERTAI FRAKTUR DI  
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 1  
CIPAYUNG TAHUN 2023**



Disusun Oleh:

Enung Nuraeni, S.Kep

221560311027

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. T  
DENGAN GOUT ARTRITIS DISERTAI HIPERTENSI DAN  
TN. S DENGAN GOUT ARTRITIS DISERTAI FRAKTUR DI  
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 1  
CIPAYUNG TAHUN 2023**

TUGAS AKHIR  
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH  
GELAR PROFESI NERS PADA PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES MEDISTRA INDONESIA



Disusun Oleh:  
Enung Nuraeni, S.Kep  
221560311027

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2022/2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Enung Nureani, S.Kep

NPM : 221560311027

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. T Dengan Gout Arthritis Disertai Hipertensi Dan Tn. S Dengan Gout Arthritis Disertai Fraktur Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023" adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Bekasi, 10 April 2023

Yang Menyatakan



Enung Nuraeni, S.Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Telah Diperiksa Oleh Preceptor Satu Dan Preceptor Dua  
Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 14 April 2023**

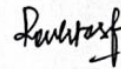
Menyetujui,

**Penguji I**



Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 0404088405

**Penguji II**



Ns.Roulita, S.Kep.,M.Kep  
NIDN. 0310087002

Mengetahui,

**Kepala Program Studi  
Keperawatan (S1 & Profesi Ners)**



Kiki Deniati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Enung Nuraeni, S.Kep  
NPM : 22.156.03.11.027  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : **Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. T Dengan Gout Arthritis Disertai Hipertensi Dan Tn. S Dengan Gout Arthritis Disertai Fraktur Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal: 14 April 2023.

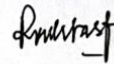
Bekasi, 14 April 2023

**Penguji I**



Lisna Agustina, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0404088405

**Penguji II**



Ns.Roulita, S.Kep.,M.Kep  
NIDN. 0310087002

**WK I Bidang Akademik**

Puri Kresna Wati, SST.,MKM  
NIDN : 0309049001

**Kepala Program Studi Keperawatan  
(S1 & Profesi Ners)**



Kiki Deniati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan

**Ketua STIKes Medistra Indonesia**

Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M. Kes.,  
NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini yang berjudul *“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. T Dengan Gout Arthritis Disertai Hipertensi Dan Tn. S Dengan Gout Arthritis Disertai Fraktur Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023”*

Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Selama penyusunan tugas akhir ini, penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati Penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada

1. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
4. Puri Kresna Wati, SST., MKM selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
5. Sinda Ompusunggu, S.H selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Umum STIKes Medistra Indonesia.
6. Hainun Nisa, SST., M.Keb selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia.
7. Ns. Kiki Deniati, S. Kep., M. Kep, selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan S1 dan Pendidikan Ners STIKes Medistra Indonesia.
8. Ns. Roulita, S. Kep., M. Kep, selaku Dosen pembimbing Tugas Akhir sekaligus penguji II.
9. Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Penguji I

10. Arabta M. pelaten pelawi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen Pembimbing Akademik.
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses Pendidikan
12. Orang tua tercinta, kakak, dan keluarga besar yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan dalam bentuk moril maupun materil serta do'a dan semangat yang selalu menyertai penulis dalam penulisan tugas akhir ini

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, maka penulis mohon kritik dan saran yang membangun kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Profesi Ners Ilmu Keperawatan jika ada kesalahan dalam penulisan tugas. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

Bekasi, 14 April 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN TUGAS AKHIR .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan .....	5
D. Manfaat .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>7</b>
<b>A. Konsep Lansia .....</b>	<b>7</b>
1. Lansia .....	7
2. Batasan-batasan lansia .....	7
3. Proses menua .....	8
4. Perubahan yang terjadi pada lansia .....	11
5. Karakteristik lansia .....	14
6. Tipe lansia .....	15
<b>B. Konsep Arthritis Gout (Asam Urat) .....</b>	<b>16</b>
1. Definisi .....	16
2. Nilai normal asam urat .....	16
3. Klasifikasi asam urat .....	16
4. Tanda dan Gejala arthritis gout .....	17
5. Penyebab arthritis gout .....	17
6. Faktor resiko arthritis gout .....	18
7. Komplikasi .....	19
8. Diagnosis .....	19



9.	Penatalaksanaan.....	20
10.	Pathway.....	22
<b>C.</b>	<b>Konsep Kompres Kaki Air Jahe Hangat .....</b>	<b>23</b>
1.	Pengertian kompres kaki air jahe hangat.....	23
2.	Manfaat kompres kaki air jahe hangat.....	24
3.	Pengaruh kompres kaki air jahe hangat.....	25
4.	Cara kerja kompres kaki air jahe hangat .....	25
<b>D.</b>	<b>Konsep asuhan keperawatan gerontik dengan gout arthritis.....</b>	<b>26</b>
1.	Pengkajian .....	26
2.	Diagnosa keperawatan.....	29
3.	Perencanaan keperawatan.....	29
4.	Implementasi .....	33
5.	Evaluasi .....	33
<b>BAB III</b>	<b>LAPORAN KASUS.....</b>	<b>34</b>
<b>A.</b>	<b>Pengkajian .....</b>	<b>34</b>
1.	Identitas .....	34
2.	Riwayat pekerjaan dan status ekonomi .....	34
3.	Lingkungan tempat tinggal.....	35
4.	Riwayat kesehatan .....	35
5.	Pemeriksaan fisik.....	36
6.	Pengkajian psikososial dan spiritual.....	39
7.	Pengkajian fungsional klien .....	40
8.	Modifikasi dari Barthel Indeks.....	43
9.	Pengkajian Status Mental Gerontik.....	45
10.	Aspek kognitif dan fungsi mental (MMSE) .....	46
10.	Pengkajian Keseimbangan.....	49
11.	Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) .....	52
12.	Geriatric Depression Scale (GDS).....	54
<b>B.</b>	<b>Analisa Data.....</b>	<b>56</b>
<b>C.</b>	<b>Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>59</b>
<b>D.</b>	<b>Rencana Keperawatan.....</b>	<b>60</b>

<b>E.. Catatan Perkembangan dan Evaluasi .....</b>	<b>70</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>144</b>
A. Pengkajian.....	144
B. Diagnosa Keperawatan.....	145
C. Rencana keperawatan.....	147
D. Implementasi.....	150
E. Evaluasi Keperawatan.....	151
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>153</b>
A. Kesimpulan .....	153
B. Saran.....	154
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>155</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>157</b>

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Rencana keperawatan.....	30
Tabel 3.1 <i>KATZ Indeks</i> .....	40
Tabel 3.2 Modifikasi dari <i>Barthel Indeks</i> pasien kelolaan 1.....	43
Tabel 3.3 <i>Short Portable Mental Status Quesiner (SPMSQ)</i> .....	45
Tabel 3.4 <i>Mini Mental Status Exam (MMSE)</i> pasien kelolaan 1 .....	46
Tabel 3.5 <i>The Timed Up and Go Test (TUG Test)</i> pasien kelolaan 1 .....	52
Tabel 3.6 <i>Geriatric depression Scale (GDS)</i> pasien kelolaan 1 .....	54
Tabel 3.7 Analisa Data pasien kelolaan 1 .....	56
Tabel 3.8 Prioritas Diagnosa Keperawatan pasien kelolaan 1 .....	59
Tabel 3.9 Rencana Asuhan Keperawatan pasien kelolaan 1 .....	60
Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi pasien kelolaan 1 .....	70
Tabel 3.11 Catatan Perkembangan Hari ke 2.....	80
Tabel 3.12 Catatan Perkembangan Hari ke 3.....	89
Tabel 3.13 <i>KATZ Indeks</i> .....	104
Tabel 3.14 Modifikasi dari <i>Barthel Indeks</i> pasien kelolaan 2.....	107
Tabel 3.15 <i>Short Portable Mental Status Quesiner (SPMSQ)</i> .....	109
Tabel 3.16 <i>Mini Mental Status Exam (MMSE)</i> pasien kelolaan 2 .....	110
Tabel 3.17 <i>The Timed Up and Go Test (TUG Test)</i> pasien kelolaan 2 ...	115
Tabel 3.18 <i>Geriatric depression Scale (GDS)</i> pasien kelolaan 2 .....	118
Tabel 3.19 Analisa Data pasien kelolaan 2 .....	120
Tabel 3.20 Prioritas Diagnosa Keperawatan pasien kelolaan 2 .....	122
Tabel 3.21 Rencana Asuhan Keperawatan pasien kelolaan 2.....	123
Tabel 3.22 Implementasi dan Evaluasi pasien kelolaan 2 .....	130
Tabel 3.23 Catatan perkembangan hari ke 2.....	136
Tabel 3.24 Catatan perkembangan hari ke 3 .....	141

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	22
------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar operasional prosedur kompres hangat air jahe .....	158
Lampiran 2 Dokumentasi pemberian terapi kompres hangat air jahe.....	161
Lampiran 3 SAP artritis gout .....	162
Lampiran 4 Leaflet artritis gout .....	168
Lampiran 5 Kegiatan bimbingan.....	169
Lampiran 6 Biodata penulis .....	171

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Proses menua merupakan proses sepanjang hidup tidak hanya dimulai dari satu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Proses penuaan akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh, sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan. Perubahan-perubahan akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia yang terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut, pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan demikian itu tampak pula pada sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya nyeri sendi. Dimana hampir 8% orang-orang berusia 50 tahun ke atas mempunyai keluhan seperti adanya rasa nyeri pada sendi, pembengkakan panas dan gangguan saat melakukan aktivitas (Dewi & Kudmasa, 2018).

Masalah-masalah kesehatan akan muncul akibat penuaan usia dapat terjadi pada berbagai sistem tubuh salah satunya adalah penyakit asam urat. Asam urat merupakan hasil akhir dari proses metabolisme salah satu asam nukleat atau purin dari inti sel tubuh (Atmojo, Putra, *et al.*, 2021). Purin termasuk salah satu bagian dari protein tubuh. Salah satu sumber purin dari luar tubuh ialah dari makanan yang dikonsumsi oleh seseorang (Jaliana, Suhadi, *et al.*, 2018). Kadar asam urat darah yang meningkat lebih dari 7,0 ml/dl disebut dengan *arthritis gout*. *Arthritis gout* (asam urat) biasanya memiliki gejala yaitu timbulnya rasa nyeri pada bagian sendi tubuh, peradangan pada sendi yang tertekan, dan kemerahan pada daerah yang telah terjadi asam urat, kekakuan serta pembengkakan pada sendi yang tertekan (Mahendra & Arum, 2021)

Berdasarkan data RISKESDAS 2018 di Jakarta Timur penyakit artritis gout berada pada urutan ke-3 dari 6 Kabupaten/Kota, Provinsi DKI Jakarta dan berdasarkan diagnosis usia 55-64 tahun mencapai 17,32%, usia 65-74 tahun mencapai 21,40% dan usia >75 tahun mencapai 18,08% dengan jumlah keseluruhan total terbanyak yakni didominasi oleh perempuan 8,09% dibanding pria 5,43%. Hal tersebut dapat dilihat dari banyaknya penderita asam urat yang ada dan terbanyak adalah dari usia 65 tahun sampai 74 tahun dengan kategori lansia memiliki tingkat kadar asam urat yang berlebih ((Kemenkes, 2018).

Tahun 2010 angka kejadian artritis gout juga tergolong tinggi di Indonesia. WHO mengungkapkan prevalensi pengidap artritis gout di Indonesia mencapai 81% sehingga Indonesia masuk dalam urutan tertinggi dengan penderita artritis gout Gout Arthritis di Asia. (Rokhimah Puji harlina, Arifin, & Rahmawati, 2018). Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) tahun 2020 jumlah lansia di Indonesia diperkirakan akan menempati urutan ke 6 terbanyak di dunia dan melebihi jumlah lansia di Brazil, Meksiko dan Negara eropa. (Syarifuddin Taiyeb & Caronge, 2019). Berdasarkan data dari World Health Organisation (WHO) pada tahun 2016 prevalensi asam urat di Amerika Serikat sekitar 13,6 kasus per 1000 laki-laki dan 6,4 kasus per 1000 perempuan. WHO memperkirakan sekitar 355.000.000 orang akan mengidap penyakit Gout (Apriana et al., 2018).

Asam urat dapat disebabkan oleh dua faktor utama yaitu tingginya produksi kadar purin dalam tubuh akibat sintesis purin yang berlebihan dan penurunan ekskresi asam urat dalam tubulus distal ginjal (Yunita, Fitriana &Gunawan, 2018). Asam urat adalah senyawa sukar larut dalam air yang merupakan hasil akhir metabolisme purin (Ndede *et al.*, 2019). Penanganan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan kadar asam urat dalam darah, antara lain pengaturan diet, menghindari makanan tinggi purin, konsumsi vitamin dan mineral yang cukup, olahraga rutin, berhenti

merokok, pengendalian stress dan dapat diberikan obat-obatan untuk terapi farmakologi.

Salah satu metode non-farmakologis untuk mengurangi nyeri akibat *arthritis gout* antara lain dengan metode kompres hangat. Kompres hangat yang bertujuan untuk menstimulasi permukaan kulit yang mengontrol nyeri. Salah satu bahan untuk kompres yang dapat memberikan sensasi hangat adalah jahe. Kandungan jahe bermanfaat untuk mengurangi nyeri pada asam urat karena jahe memiliki sifat pedas, pahit dan aromatik dari olerasin seperti zingeron, gingerol, dan shagaol. Olerasin memiliki potensi anti inflamasi, analgetik dan antioksidan yang kuat. Olerasi atau zingerol dapat menghambat sintesis prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri atau radang (Suryani, Sutyono, & Pistanty, 2021).

Untuk mengatasi nyeri akibat *arthritis gout* bisa dilakukan terapi komplementer dengan cara kompres hangat air jahe, kompres hangat kayu manis, kompres hangat daun kelor. Terapi komplementer untuk menurunkan kadar asam urat bisa dilakukan dengan cara meminum rebusan daun salam dan pemberian minum asam jawa. Hal ini sejalan dengan beberapa peneliti yang dilakukan sebelumnya.

Penelitian yang dilakukan oleh (Madoni, 2018) menunjukkan adanya pengaruh kompres hangat memakai parutan jahe terhadap penurunan intensitas nyeri gout arthritis pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang. Penelitian yang dilakukan oleh (Khoirunnisa & Retnaningsih, 2020) menunjukkan adanya pengaruh rebusan daun salam untuk penurunan kadar asam urat pada penderita gout arthritis. Penelitian yang dilakukan oleh (Aprilla, Safitri, & Kasumayanti, 2022) didapatkan ada pengaruh pemberian kompres hangat kayu manis terhadap nyeri pada penderita gout arthritis. Penelitian yang dilakukan oleh (Widiyanto *et al.*, 2020) didapatkan hasil kompres hangat daun kelor efektif menurunkan nyeri asam urat pada lansia di Desa Kenteng, Nogosari, Boyolali. Penelitian yang



dilakukan oleh (Sativa & Kusuma, 2020) menunjukkan adanya perbedaan kadar asam urat sebelum dan sesudah pemberian minuman asam jawa.

Menurut penelitian teknik kompres hangat jahe, terdiri dari jahe 100 gram yang telah diparut diletakkan diatas washlap yang sudah dicelupkan pada air panas sekitar 500 cc. Setelah itu kompres pada daerah yang nyeri 20 menit (Suryani et al., 2021). Penelitian lain dilakukan oleh Samsudin pada tahun (2016), didapatkan bahwa pemberian kompres jahe berpengaruh terhadap intensitas nyeri asam urat pada lansia.

Serangan gout timbul secara mendadak (kebanyakan menyerang pada malam hari). Jika gout menyerang, sendi-sendi yang terserang tampak merah, mengilat, bengkak, kulit di atasnya terasa panas disertai rasa nyeri yang hebat, dan persendian sulit digerakkan. Dampak dari *arthritis gout* yang tidak segera ditangani akan menyebabkan penderita mengalami cacat persendian tangan dan kaki seumur hidup. Ini terjadi karena kristalisasi asam urat terbentuk pada persendian, jaringan di bawah kulit (Suryani et al., 2021)

Berdasarkan data-data diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan arthritis gout di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.

## **B. Rumusan Masalah**

Sesuai dengan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengangkat judul karya ilmiah akhir ners “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Arthritis Gout Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023”.

### C. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Gerontik yang komperhensif mengenai Asuhan keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout penerapan kompes hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout penerapan kompes hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.
- b. Dapat menentukan diagnosa pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout penerapan kompes hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.
- c. Dapat membuat rencana tindakan pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout penerapan kompes hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.
- d. Dapat melakukan implementasi pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout penerapan kompes hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.
- e. Dapat melakukan Evaluasi pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. T dan Tn. S dengan artritis gout

penerapan kompres hangat air jahe untuk menurunkan nyeri akibat kadar asam urat yang tinggi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023.

#### **D. Manfaat**

##### 1. Bagi Klien dan Pihak Panti

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dan pihak panti mengenai suatu penyakit, khususnya penyakit artritis gout (asam urat). Diharapkan klien dan pihak panti dapat mencegah penyakit artritis gout, melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi tanda gejala artritis gout, melakukan perawatan pada klien dan menerapkan terapi kompres hangat dengan jahe.

##### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan data untuk upaya-upaya dalam peningkatan pemberian pengetahuan kepada mahasiswa dalam bidang kesehatan khususnya pada mata kuliah keperawatan gerontik

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Lansia**

##### **1. Lansia**

Menurut Constantinides (1994), menua atau menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki yang diderita (Sarida & Hamonangan, 2020)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia meliputi usia pertengahan ialah usia 45-59 tahun, usia lanjut ialah 60-70 tahun, usia lanjut tua ialah 75-90 tahun dan usia sangat tua di atas 90 tahun. Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging process (Sarida & Hamonangan, 2020).

##### **2. Batasan-Batasan Lansia**

Depkes RI membagi lansia sebagai berikut:

- a. Menjelang Usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa vibrilitas
- b. Usia Lanjut (55-64 tahun) sebagai presenium
- c. Usia Lanjut (65 tahun <) sebagai masa senium

Sedangkan WHO Lansia dibagi menjadi 3 kategori yaitu:

- a. Usia Lanjut: 60-70 tahun
- b. Usia Tua: 75-89 tahun
- c. Usia sangat lanjut > 90 tahun

### 3. Proses Menua

Proses secara fisiologis dan biologis, wajar terjadi di mana sel-sel tubuh mengalami kematuran dan degeneratif..

#### a. Tahap Proses Menua

- 1) Masa bayi dan permulaan masa kanak-kanak
- 2) Menjelang usia remaja (7-11 tahun)
- 3) Masa pancaroba dan masa remaja
  - a) Laki-laki: 13-21 tahun
  - b) Perempuan: 12-14 tahun
- 4) Kedewasaan dan ketuaan

#### b. Teori proses penuaan

##### 1) Teori biologis

Berikut beberapa teori yang merupakan teori biologis adalah:

##### a) Teori jam genetik

Menurut Hayflick (1965) secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekwensi mitosis. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

##### b) Teori interaksi sosial

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan mempengaruhi. Keadaan tubule akan baik-baik saja selama sel-sel berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme feedback dimana perlahan-lahan akan mengalami degenerasi (Berger, 1994).

##### c) Teori eror katastrof

Bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein. Masing-masing eror akan saling menambah pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof (Kane, 1994).

d) Teori pemakaian dan keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (tear and wear), dimana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama kelamaan akan timbul deteriorasi.

2) Teori Psikologis

Adapun mengenai teori psikologis, berturut-turut dikemukakan beberapa diantaranya adalah sebagai berikut:

a) Disengagement Theory

Kelompok teori ini dimulai dari University of Chicago, yaitu Disengagement Theory, yang mengatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami disengagement dalam suatu menarik diri. Memasuki usia tua, individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk menyimpan lebih banyak aktivitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini.

b) Teori Aktivitas

Menekankan pentingnya peran serta dalam kegiatan masyarakat bagi kehidupan seorang lansia. Dasar teori ini adalah bahwa konsep diri seseorang tergantung pada aktivitasnya dalam berbagai peran. Hasil studi serupa ternyata menggambarkan pula bahwa aktivitas informal lebih berpengaruh daripada

aktifitas formal. Kerja yang menyibukkan tidaklah meningkatkan selfesteem seseorang, tetapi interaksi yang bermakna dengan orang lainlah yang lebih meningkatkan selfesteem.

c) Teori Kontinuitas

Berbeda dari kedua teori sebelumnya, disini ditekankan pentingnya hubungan antara kepribadian dengan kesuksesan hidup lansia. Menurut teori ini, ciri-ciri kepribadian individu berikut strategi kopingnya telah terbentuk lama sebelum seseorang memasuki usia lanjut.

d) Teori Subkultur

Pada teori subkultur dikatakan bahwa lansia sebagai kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri, sehingga dapat digolongkan selaku suatu subkultur.

e) Teori Stratifikasi Usia

(1) Teori ini dikemukakan oleh Riley yang menerangkan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial yang dapat dijelaskan sebagai berikut : Orang-orang tumbuh dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam artian sosial, biologis, dan psikologis.

(2) Suatu masyarakat dapat dibagi ke dalam beberapa strata sesuai dengan lapisan usia dan peran.

(3) Masyarakat sendiri senantiasa berubah, begitu pula individu dan perannya dalam masing-masing strata

(4) Terdapat saling keterkaitan antara penuaan individu dengan perubahan sosial. Kesimpulannya adalah lansia dan mayoritas masyarakat senantiasa saling mempengaruhi dan selalu terjadi perubahan kohor maupun perubahan dalam masyarakat.

#### **4. Perubahan yang terjadi pada lansia**

##### Otot

- a. Berkurangnya massa otot
- b. Perubahan degeneratif jaringan Konektif
- c. Osteoporosis
- d. Kekuatan otot menurun
- e. Endurance dan koordinasi menurun
- f. ROM terbatas
- g. Mudah jatuh/fraktur

##### Kulit

- a. Proliferasi epidermal menurun
- b. Kelembaban kulit menurun
- c. Suplai darah ke kulit menurun
- d. Dermis menipis
- e. Kelenjar keringat (-)
- f. Kulit kering
- g. Pigmentasi irreguler
- h. Kuku mudah patah
- i. Kulit berkerut, elastisitas berkurang
- j. Sensitivitas kulit menurun



## Sexual

### Pada perempuan

- a. Post-menopause: atrofi dari organ reproduksi
- b. Vagina tipis dan kering
- c. Panjang dan lebar vagina berkurang
- d. Lubrikasi vagina berkurang selama intercourse

### Pada Laki-laki

- a. Degeneratif organ reproduksi
- b. Intensitas respons terhadap stimulus sex berkurang
- c. Aktivitas seksual berkurang
- d. Gangguan Kelenjar prostat

## Pola Tidur

- a. Butuh waktu lebih lama untuk tidur
- b. Sering terbangun
- c. Mutu tidur berkurang
- d. Lebih lama berada di bed

## Fungsi Kognitif

- a. Beberapa lansia menunjukkan penurunan keterampilan intelektual, tapi masih mampu mengembangkan kemampuan kognitif
- b. Penurunan kemampuan mengingat/mengenal memori
- c. Tidak ada/jarang penurunan intelegensi

## Perubahan Penglihatan

- a. Kornea kuning/keruh
- b. Size pupil mengecil/atropi M. Ciliaris
- c. Atropi sel-sel fotoreseptor
- d. Penurunan suplai darah dan neuron ke retina
- e. Pengapuran lensa: katarak
- f. Konsekuensi:
  - Meningkatnya sensitivitas terhadap cahaya silau

- Respons lambat terhadap perubahan cahaya
- Lapangan pandang menyempit, perubahan persepsi warna
- Lambat dalam memproses informasi visual
- Sulit berkendara pada malam hari

#### Fungsi Kardiovaskuler

- a. Pengerasan pembuluh darah
- b. Hipertrofi dinding ventrikel kiri
- c. Vena tebal, kurang elastik
- d. Perubahan mekanisme konduksi
- e. Peningkatan resistensi perifer
- f. Konsekuensi:
  - Tekanan darah meningkat
  - Berkurangnya respons adaptif terhadap exercise
  - Berkurangnya aliran darah ke otak
  - Meningkatnya suseptibilitas untuk aritmia
  - Atherosclerosis dan varicosis

#### Perubahan Fungsi Respirasi

- a. Otot-otot reseptor melemah
- b. Kapasitas vital berkurang
- c. Berkurangnya elastisitas paru
- d. Alveoli melebar
- e. Dinding dada mengeras
- f. Konsekuensi:
  - Meningkatnya penggunaan otot tertentu
  - Meningkatnya energi yang dikeluarkan untuk respirasi
  - Menurunnya efisiensi pertukaran gas
  - Menurunnya tekanan oksigen arterial

#### Perubahan Fungsi Saraf

- a. Gangguan Fungsi Luhur

- b. Sukar bicara
- c. Gerakan otot (kagok)
- d. Gangguan pengenalan seseorang
- e. Sukar tidur (insomnia)
- f. Daya ingat lemah (demensia): atrofi sel otak
- g. Inisiatif turun
- h. Parkinson (otot-otot kaku, menggeletar)

#### **5. Karakteristik lansia**

Karakteristik lansia menurut (Ramadhani, 2021) diantaranya :

- a. Orang berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat 2 UU No.13 tentang kesehatan)
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptive
- c. Lingkungan dan tempat tinggal yang bervariasi.

## **6. Tipe lansia**

Menurut Nugroho W (2000) dalam Angelita et al., (2018) lansia digolongkan menjadi 5 tipe kepribadian, yaitu:

- a. Tipe arif bijaksana, merupakan lansia yang kaya akan pengalaman, menjadi panutan dan dapat menyesuaikan diri dengan perkembangan zaman
- b. Tipe mandiri, dapat mengerjakan kegiatan baru dan mudah bergaul
- c. Tipe tidak puas, memiliki konflik lahir batin, dan tidak dapat menerima proses penuaan dirinya
- d. Tipe pasrah, tipe yang hanya menerima dan menunggu nasib kedepannya
- e. Tipe bingung, merasa kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

## **B. Konsep *Arthritis Gout* (Asam Urat)**

### **1. Definisi**

Asam urat merupakan proses katabolisme purin yang memproduksi senyawa nitrogen, proses katabolisme purin terjadi karena dua hal yaitu dari purin yang terkandung dalam makanan maupun dari asam nukleat endogen DNA. Asam urat dalam jumlah besar dikeluarkan oleh ginjal, namun dapat juga di eksresi melalui saluran cerna, tetapi dalam jumlah yang sedikit (Prayogi, 2017). Kadar asam urat yang meningkat disebabkan karena tubuh memproduksi asam urat dalam jumlah besar sedangkan eksresi asam urat melalui urine mengalami penurunan. Sekitar 20-30% penderita asam urat disebabkan karena sintesa purin yang tidak berjalan dengan normal sehingga memicu peningkatan kadar asam (Pratiwi, 2019).

### **2. Nilai normal asam urat**

Nilai normal kadar asam urat dalam darah dibagi menjadi tiga kategori menurut Prayogi (2017) yaitu :

- a. Wanita : 2,4 mg/dl - 5,7 mg/dl.
- b. Laki-laki : 3,4 mg/dl - 7 mg/dl.
- c. Anak-anak : 2,8 mg/dl - 4 mg/dl.

### **3. Klasifikasi asam urat**

Asam urat diklasifikasikan menjadi dua menurut Pratiwi ( 2017 ) yaitu:

- a. Asam urat primer

Asam urat primer ditandai dengan adanya gangguan metabolisme yang disebabkan oleh faktor hormonal dan faktor keturunan, sehingga tubuh menghasilkan asam urat yang berlebih atau juga terjadi karena proses eksresi asam urat yang menurun dalam tubuh.

- b. Asam urat sekunder

Produksi asam urat berlebih berupa nutrisi yang didapat dari diet tinggi purin dalam tubuh memicu terjadinya asam urat sekunder.

#### **4. Tanda dan Gejala Arthritis Gout**

a. Akut

Serangan awal gout berupa nyeri yang berat, bengkak dan berlangsung cepat, lebih sering di jumpai pada ibu jari kaki. Ada kalanya serangannya nyeri di sertai kelelahan, sakit kepala dan demam.

b. Interkritikal

Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut dimana terjadi periode interkritikal asimtomatik. Secara klinik tidak dapat ditemukan tanda-tanda radang akut.

c. Kronis

Pada gout kronis terjadi penumpukan tofi (monosodium urat) dalam jaringan yaitu di telinga, pangkal jari dan ibu jari kaki (Chilappa et al., 2019).

#### **5. Penyebab Arthritis Gout**

Arthritis gout di sebabkan oleh dua faktor utama yaitu meningkatnya produksi asam urat dalam tubuh, hal ini di sebabkan karena sintesis atau pembentukan asam urat yang berlebihan. Produksi asam urat yang berlebihan dapat di sebabkan karena leukimia atau kanker darah yang mendapat terapi sitostatika. Faktor yang kedua adalah pengeluaran asam urat melalui ginjal kurang (gout renal), gout renal primer di sebabkan karena ekskresi asam urat di tubuli distal ginjal yang sehat, dan gout renal sekunder di sebabkan ginjal yang rusak, misalnya pada glomerulonefritis kronis, kerusakan ginjal kronis (*chronic renal failure*) (Chilappa et al., 2019).

## 6. Faktor resiko Arthritis Gout

menurut Putri (2017) dalam Rokhimah Puji harlina et al., (2018) yaitu :

a. Usia

Bertambahnya umur berpengaruh terhadap penyakit asam urat, hal ini terjadi karena terjadi karena adanya penurunan proses kerja tubuh

b. Genetik

Riwayat keturunan juga dapat berpotensi terhadap penyakit ini yang kemudian di tunjang dengan faktor lingkungan lain

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin juga dapat menjadi faktor yang memicu terjadinya hiperurisemia karena pada laki-laki menunjukkan kadar yang lebih tinggi dibandingkan wanita, hal tersebut dapat terjadi karena hormon esterogen yang dimiliki wanita mampu mempercepat proses eksresi asam urat

d. Obesitas

Obesitas memiliki keterkaitan dengan penyakit degeneratif bukan hanya hiperurisemia yang dapat berpotensi pada penderita obesitas namun juga beberapa penyakit degeneratif lain nya seperti diabetes mellitus tipe II, stroke, hipertensi, penyakit kardiovaskuler, dislipedemia,

e. Obat-obatan

Seseorang yang menggunakan jenis obat tertentu berpotensi mengalami hiperurisemia namun beberapa obat memiliki kemampuan untuk mempercepat proses eksresi. Jenis urikosurik seperti provenesia dan sufipirazon merupakan contoh obat yang berperan dalam eksresi asam urat. Jenis obat tertentu juga dapat menghambat eksresi asam urat salah satunya adalah obat jenis aspirin

f. Latihan fisik dan kelelahan

Latihan fisik yang berat akan memperburuk kondisi keseimbangan tubuh sehingga peran kerja organ tubuh terganggu.

## 7. Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat arthritis pirai antara lain:

a. Gout kronik bertophus

Merupakan serangan gout yang disertai benjolan-benjolan (tofi) di sekitar sendi yang sering meradang. Tofi adalah timbunan kristal monosodium urat di sekitar persendian seperti di tulang rawan sendi, sinovial, bursa atau tendon. Tofi bisa juga ditemukan di jaringan lunak dan otot jantung, katub mitral jantung, retina mata, pangkal tenggorokan.

b. Nefropati gout kronik

Penyakit tersering yang ditimbulkan karena hiperurisemia. terjadi akibat dari pengendapan kristal asam urat dalam tubulus ginjal. Pada jaringan ginjal bisa terbentuk mikrotofi yang menyumbat dan merusak glomerulus.

c. Nefrolitiasis asam urat (batu ginjal)

Terjadi pembentukan massa keras seperti batu di dalam ginjal, bisa menyebabkan nyeri, pendarahan, penyumbatan aliran kemih atau infeksi. Air kemih jenuh dengan garam- garam yang dapat membentuk batu seperti kalsium, asam urat, sistin dan mineral struvit (campuran magnesium, ammonium, fosfat).

d. Persendian menjadi rusak hingga menyebabkan pincang (Chilappa et al., 2019).

## 8. Diagnosis

Kriteria diagnosis gout

berdasarkan Asosiasi Rematik Amerika 1997 adalah sebagai berikut :

a. Ditemukannya kristal urat di cairan sendi



- b. Adanya tofus yang berisi kristal urat
- c. Di dapatkan kristal urat yang khas dalam cairan sendi atau topus berdasarkan pemeriksaan kimiawi, dan mikroskopik dengan sinarterpolarisasi, atau terdapat 6 dari 12 kriteria di bawah ini:
  - 1) Lebih dari sekali mengalami serangan akut artritis.
  - 2) Inflamasi maksimal terjadi pada hari pertama
  - 3) Terjadi peradangan secara maksimal dalam sehari.
  - 4) Oligoarthritis (jumlah sendi yang meradang 2 -4)
  - 5) Kemerahan pada sendi yang meradang.
  - 6) Sendi metatarsopalangeal pertama (ibu jari kaki) terasa sakit atau membengkak.
  - 7) Serangan unilateral (satu sisi) pada sendi metatarsopalangeal/pertam.
  - 8) Serangan unilateral pada sendi tarsal (jari kaki).
  - 9) Topus (deposit besar dan tidak teratur dari natrium urat) di kartigokartikular (tulang rawan) dan kapsula sendi.
  - 10) Hiperurisemia (kadar asam urat dalam darah lebih dari 7,5 mg/dl).
  - 11) Pembengkakan sendi secara asimetris (satu sisi tubuh saja)
  - 12) Serangan artritis akut berhenti secara menyeluruh.

## 9. Penatalaksanaan

Menurut (Chilappa et al., 2019) terapi untuk serangan gout yaitu:

### a. Kolkisin

Dosis : 0,5 – 0,6 mg tiap satu jam atau 1,2 mg sebagai dosis awal dan diikuti 0,5 – 0,6 mg tiap 2 jam sampai gejala penyakit hilang atau mulai timbul gejala saluran cerna, misalnya muntah dan diare. Dapat diberikan dosis

maksimum sampai 7 – 8 mg tetapi tidak melebihi 7,5 mg dalam waktu 24 jam. Untuk profilaksis diberikan 0,5 – 1,0 mg sehari.

b. Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)

Contohnya: indometasin, fenilbutazon

c. Obat urikosurik/ anti hiperurisemia

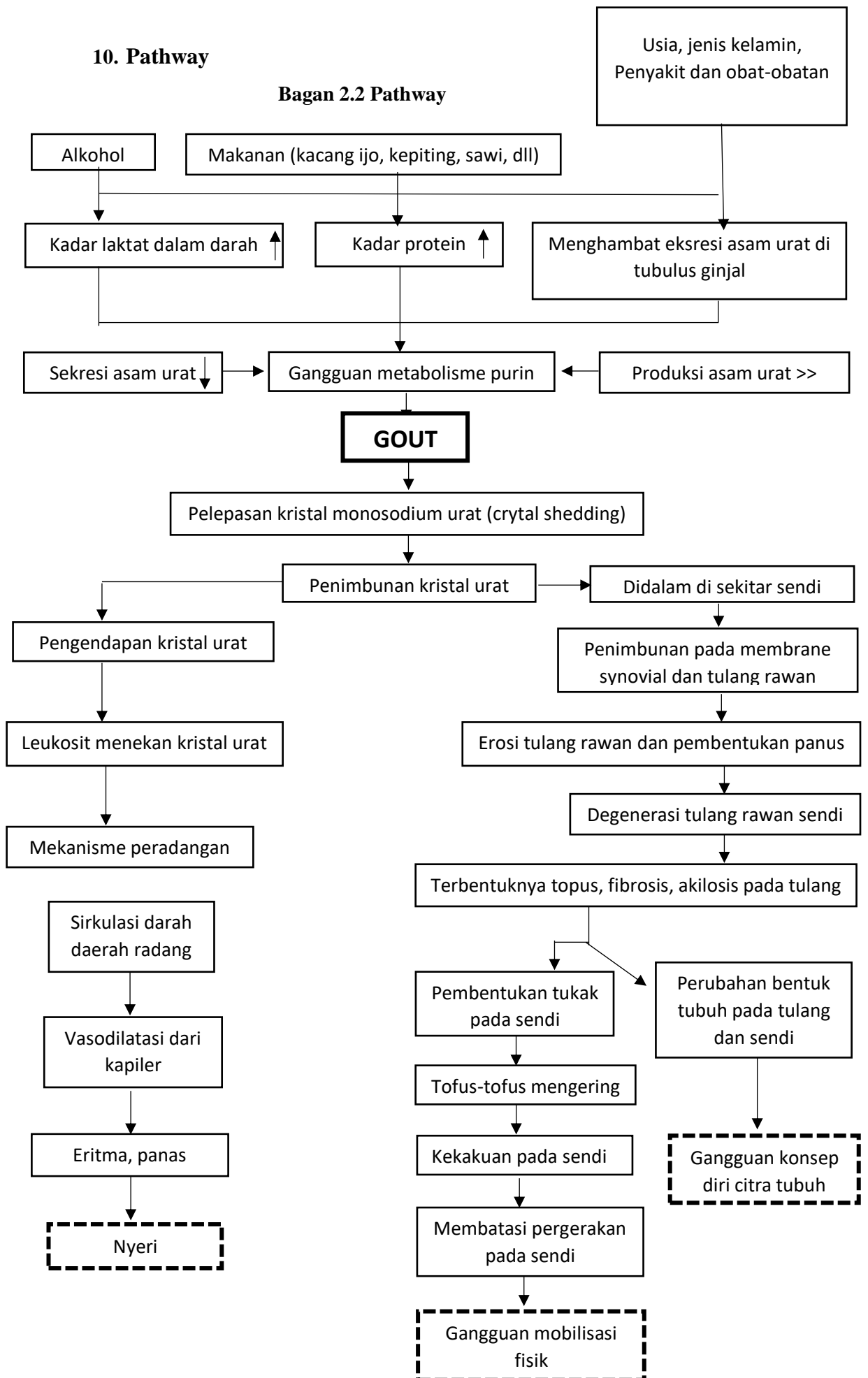
Contohnya: alopurinol, probenesid, sulfinpirazon, dan febuxostat

d. Kortikosteroid

Kortikosteroid sering digunakan untuk menghilangkan gejala gout akut dan akan mengontrol serangan. Kortikosteroid ini sangat berguna bagi pasien yang dikontraindikasikan terhadap golongan NSAID. Jika goutnya monarticular, pemberian intra-articular yang paling efektif. Contohnya: dexametason, hidrokortison, prednisone.

10. Pathway

Bagan 2.2 Pathway



## C. Konsep Kompres Kaki Air Jahe Hangat

### 1. Pengertian kompres kaki air jahe hangat

Hidroterapi kaki atau kompres kaki hangat merupakan terapi komplementer. Kompres kaki pada air hangat akan meningkatkan sirkulasi dan menimbulkan respon sistemik karena terjadi pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi). Terapi kompres kaki air hangat akan memberikan respon lokal terhadap panas, melalui stimulasi ini akan mengirimkan impuls dari perifer ke hipotalamus. Ketika reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus dirangsang, sistem effector mengeluarkan signal yang mulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah diatur oleh pusat vasomotor pada medulla oblongata dari tangkai otak, dibawah pengaruh hipotalamik bagian anterior sehingga terjadi vasodilatasi. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan aliran darah ke setiap jaringan bertambah, khususnya yang mengalami radang dan nyeri, sehingga terjadi penurunan nyeri sendi pada jaringan yang meradang. (Yunita, 2019).

Hidroterapi dapat dikombinasikan dengan bahan herbal. Salah satu bahan herbal yang dapat dikombinasikan dengan rendam kaki adalah jahe. Jahe (*Zingiber officinale Rosc*) adalah salah satu jenis tanaman yang termasuk kedalam suku *Zingiberaceae*. Dikenal dengan nama umum ginger atau garden ginger. Tanaman jahe diduga berasal dari Asia dan merupakan rempah-rempah yang paling dahulu dikenal di Eropa (Rohmantika, 2022).

Kandungan memiliki sifat pedas, pahit dan aromatic dari oleoresin seperti zingeron, gingerol dan shogaol. Oleoresin yang terkandung dalam jahe memiliki potensi anti-inflamasi dan antioksidan yang kuat. Kandungan air dan minyak yang tidak mudah menguap pada jahe berfungsi sebagai faktor yang dapat meningkatkan permeabilitas, oleoresin dapat menembus kulit tanpa menyebabkan iritasi atau kerusakan hingga ke sirkulasi perifer. Komponen jahe mampu menekan

inflamasi dan mampu mengatur proses biokimia yang mengaktifkan inflamasi akut dan kronis seperti artritis dengan menekan pro-inflamasi sitokin dan cemokin yang diproduksi oleh sinoviosit, condrosite, leukosit dan jahe ditemukan secara efektif menghambat ekspresi cemokin (Isnainy, 2021). Jahe yang digunakan yaitu jenis jahe putih/kuning kecil atau disebut juga jahe sunti/jahe emprit. Karena kandungan minyak atsirinya lebih besar dari pada jahe putih/kuning besar atau disebut juga jahe gajah, sehingga rasanya lebih pedas, disamping seratnya tinggi. Jahe ini cocok untuk ramuan obat-obatan, atau untuk ekstrak oleoresin dan minyak atsirinya (Madoni, 2018).

## **2. Manfaat kompres kaki air jahe hangat**

Kompres hangat merupakan salah satu terbaik untuk mengatasi nyeri arthritis. Mengapa kompres hangat karena secara teoritis, ujungujung syaraf nyeri akan mengirimkan signal nyeri lebih sedikit ke dalam otak (saraf pusat) pada waktu dihangatkan. Kompres hangat menimbulkan efek vasolidatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Peningkatan aliran darah dapat menyingkirkan produk-produk inflamasi seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Rasa hangat pada jahe dapat memperlebar pembuluh darah sehingga aliran darah lancar. Dalam sebuah uji klinis bahwa dapat disimpulkan jahe ternyata dapat menghilangkan rasa sakit, meningkatkan pergerakan pada sendi serta membantu mengurangi peradangan disendi dan membuang tumpukan asam urat dengan memperlancar sirkulasi darah. Manfaat jahe yang lainnya juga dapat untuk membantu meredakan nyeri pada punggung dan sakit kepala seperti migraine. Rasa hangat pada jahe dapat memperlebar pembuluh darah sehingga aliran darah lancar (Isnainy, 2021).

### **3. Pengaruh kompres kaki air jahe hangat**

Kompres air jahe hangat tidak dapat menurunkan kadar asam urat seseorang melainkan memiliki pengaruh yang signifikan dalam menurunkan tingkat nyeri asam urat serta pada masalah radang sendi lainnya seperti rheumatoid arthritis dan osteoarthritis. Senyawa- senyawa *gingerol, shogaol, zingerole*, diary (heptanoids dan derivatnya) terutama paradol diketahui dapat menghambat sikooksigenase sehingga terjadi penurunan pembentukan atau biosintesis dari prostaglandin yang menyebabkan berkurangnya rasa nyeri (Madoni, 2018).

Kompres jahe juga bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, memberikan rasa rileks pada tubuh dan membantu melakukan aktifitas sehari-hari. Efek farmakologi dari jahe adalah rasa panas dan hangat sehingga bertujuan membantu melancarkan peredaran darah, mengurangi rasa nyeri dan merangsang saraf-saraf sehingga rangsangan akan dihantarkan melalui serabut saraf dan menyebabkan inhibitory neuron dan projection neuron aktif. Tetapi inhibitory neuron mencegah projection neuron untuk mengirim sinyal ke otak, sehingga pintu ditutup dan tidak ada persepsi nyeri.

### **4. Cara kerja kompres kaki air jahe hangat**

Kompres kaki air jahe hangat bisa dilakukan setiap hari satu kali sampai dua kali selama 1 sampai 2 minggu untuk hasil yang lebih maksimal dengan durasi waktu sampai 15- 20 menit. menggunakan air hangat yang dicampur jahe. Teknik kompres hangat memakai jahe yaitu dengan jahe 100 gram yang telah diparut diletakan diatas washlap yang sudah dicelupkan pada air panas sekitar 500 cc (Suryani *et al.*, 2021).

## **D. Konsep asuhan keperawatan gerontik dengan gout arthritis**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari klien, untuk informasi yang di harapkan klien. Fokus pengkajian pada lansia dengan gout arthritis (Muafiah, 2019).

#### **a. Identitas**

Meliputi: Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.

#### **b. Riwayat Masuk Panti**

Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses nya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.

#### **c. Riwayat Keluarga**

Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

#### **d. Riwayat Pekerjaan**

Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.

#### **e. Status Kesehatan saat ini meliputi: status kesehatan umum selama setahun yang lalu, keluhan-keluhan kesehatan utama, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.**

#### **f. Obat-Obatan**

Menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep

#### **g. Nutrisi**

Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum,

pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya pasien dengan hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.

Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).

Pada pemeriksaan thoraks meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi



(penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).

Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus cordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur).

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).

Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan ekstremitas, kesimetrisan cara berjalan. Pada pemeriksaan integument meliputi kebersihan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak.

Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflex.

i. Pengkajian psikososial dan spiritual

Psikososial mampu beradaptasi dengan orang lain dan orang yang baru dikenal. Spiritual menjelaskan tentang kepercayaan pasien dan cara mempercayai kepercayaannya.

j. Fungsional klien (indeks KATZ)

Mengetahui kemandirian pasien dari bathing, dressing, toileting, transferring, continence, feeding.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan sebagai proses menitikberatkan pada aspek pengkajian dan pengumpulan data untuk mendiagnosis masalah keperawatan pasien berdasarkan apa yang dikeluhkan, hasil pengamatan dari pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial) (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020).

Diagnosa yang dapat muncul pada klien Gout Arthritis yang telah disesuaikan dengan SDKI (2017) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (D.0077).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054).
- c. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).
- d. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074).
- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129).
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian (D. 0055).

## **3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Brier & lia dwi jayanti, 2020).

**Tabel 2.1**  
**Rencana keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria	Hasil Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (D.0077).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri hilang atau terkontrol dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan Bahwa Nyeri Berkurang Dengan Menggunakan Manajemen Nyeri. 2. Mampu Mengenali Nyeri (Skala, Intensitas, Frekuensi Dan Tanda Nyeri). 3. Menyatakan Rasa Nyaman Setelah Nyeri Berkurang.	1.1.Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri. 1.2.Pantau kadar asam urat. 1.3.Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 1.4.Ajarkan teknik non farmakologi rileksasi napas dalam 1.5.Posisikan klien agar merasa nyaman, misalnya sendi yang nyeri diistirahatkan dan diberikan bantalan. 1.6.Kalaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri yang tidak berhasil.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan persendian (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan rentan gerak aktif dengan ambulasi secara perlahan dengan kriteria hasil: 1. Klien meningkat dalam	2.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah Latihan 2.2 Kaji tingkat mobilisasi klien 2.3 Bntu klien untuk melakukan rentan gerak aktif maupun rentan gerak pasif 2.4 Lakukan ambulasi dengan

		aktivitas fisik	alat bantu (missal tongkat, kursi roda, walker, kruk)
		2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilisasi	2.5 Latih klien dalam pemenuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan
		3. Memperagaan penggunaan alat bantu	2.6 Motivasi klien untuk meningkatkan Kembali aktivitas yang normal, jika bengkak dan nyeri telah berkurang.
3	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan suhu tubuh klien dalam batas normal dengan kriteria hasil:	3.1 Monitor suhu sesering mungkin 3.2 Monitor warna dan suhu kulit 3.3 Monitor tekanan darah, nadi dan pernafasan 3.4 Monitor intake dan output 3.5 Tingkatkan intake cairan dan nutrisi 3.6 Tingkatkan sirkulasi udara 3.7 Kompres klien pada lipatan paha dan aksila 3.8 Berikan antipiretik
4	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:	4.1 Identifikasi tingkat kecemasan 4.2 Gunakan pendekatan yang menenangkan 4.3 Temani klien untuk memberikan keamanan dan

		2. Status lingkungan yang nyaman	mengurangi takut
		3. Dapat mengontrol nyeri	4.4 Dengarkan dengan penuh perhatian
		4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat	4.5 Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
			4.6 Instruksikan klien menggunakan teknik rileksasi
5	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ketebalan dan tekstur jaringan normal dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada tanda-tanda infeksi 2. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang	5.1 Anjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang nonggar 5.2 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 5.3 Monitor aktivitas dan mobilisasi klien 5.4 Monitor kulit akan adanya kemerahan 5.5 Monitor status nutrisi klien 5.6 Terikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka 5.7 Ajarkan klien tentang luka dan perawatan luka
6	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian (D.0055)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jumlah jam tidur klien dalam batas normal dengan kriteria hasil:	6.1 Monitor dan catat kebutuhan tidur klien setiap hari dan jam 6.2 Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur

- 
- |   |   |
|---|---|
| 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari       | 6.3 Jelaskan pentingnya tidur yang adekua   |
| 2. Pola tidur dan kualitas tidur dalam batas normal       | 6.4 Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas   |
| 3. Perasaan segar setelah tidur dan istirahat             | sebelum tidur (membaca atau bercerita)  |
| 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur | 6.5 Ciptakan lingkungan yang nyaman<br>6.6 Diskusikan dengan klien tentang teknik tidur klien |
- 

#### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Brier & lia dwi jayanti, 2020).

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Pada Pasien Kelolaan 1**

##### **1. Identitas**

- a. Nama : Ny. T
- b. Tempat/tanggal Lahir : Tuban, 17 Agustus 1962 (61 Tahun)
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Cerai mati
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Tanggal masuk PSTW : Lebih dari 1 tahun
- h. Tanggal pengkajian : Kamis, 16 Februari 2023

##### **2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- a. Pekerjaan saat ini : Pasien tinggal di panti
- b. Pekerjaan sebelumnya : Karyawan salon
- c. Sumber pendapatan : Pasien tidak memiliki pendapatan, semua kebutuhan ditanggung oleh panti
- d. Kecukupan pendapatan : Terpenuhi oleh panti

### 3. Lingkungan tempat tinggal

Pasien tinggal di wisma dahlia dengan jumlah 39 orang termasuk Ny. T, keadaan kamar bersih tetapi tercium pesing bekas air kencing, tampak ada beberapa tikus, tempat tidur pasien tampak tidak rapih banyak barang di atas tempat tidur seperti alat mandi, alat makan, tas yang berisikan pakaian. Tampak banyak kutu kasur, ventilasi kamar baik, lantai bersih tetapi terkadang ada genangan air dari atap yang bocor, sirkulasi udara cukup. Terdapat 5 toilet atau kamar mandi yang jaraknya berbeda dengan kamar yaitu berada pinggir kamar tidur, keadaan kamar mandi dan wc cukup bersih lantai tidak licin dan tidak berbau. Pembuangan sampah pada tempat sampah, got bersih tidak terdapat sampah yang menghalangi aliran.

### 4. Riwayat kesehatan

#### a. Status kesehatan saat ini

- 1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir: Nyeri pada kaki, pusing dan gatal (tampak banyak luka garukan di kaki dan tangan)

Skala nyeri dengan metode mnemonic:

P: nyeri lutut

Q: seperti ditusuk-tusuk

R: lutut kiri

S: skala nyeri 5

T: menetap

- 2) Gejala yang dirasakan: Pasien mengeluh sulit tidur karena ngilu dan nyeri dibagian kaki dari lutut sampai telapak kaki, badan terasa gatal terutama di malam hari.

- 3) Faktor pencetus : Pola makan, kepatuhan minum obat

- 4) Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak  
(√) Bertahap



- 5) Upaya mengatasi: Pasien mengatakan melakukan gerak ringan seperti berjalan keluar kamar agar kaki tidak semakin kaku dan kebas.
- 6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat: Pasien mengatakan tidak melakukan pengobatan ke RS/Klinik pengobatan.
- 7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional: Pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan tradisional, pasien hanya meminum obat yang diberi oleh petugas/perawat panti.

**b. Riwayat kesehatan masa lalu**

- 1) Penyakit yang pernah diderita: Pasien mengatakan 2 tahun yang lalu menderita hipertensi
- 2) Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll): Pasien mengatakan tidak ada alergi apapun.
- 3) Riwayat kecelakaan: Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS: Pasien mengatakan tidak pernah dirawat di RS
- 5) Riwayat pemakaian obat: Pasien mengatakan 2 tahun lalu mengonsumsi obat hipertensi tetapi tidak ingat nama obat tersebut.

**5. Pemeriksaan fisik**

- a. Keadaan umum: Composmentis, GCS: E:4, V:5, M:6
- b. TTV: Tekanan darah: 140/82 mmHg, Nadi: 80x/menit, Pernapasan: 21x/menit, Suhu: 36,6°C
- c. BB/TB: 48/152cm

d. Kepala: Bentuk mesocephal, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

1) Rambut:

Penyebaran rambut merata, tampak rambut pendek berwarna putih (uban), tampak bersih tidak ada ketombe dan kutu rambut. Tidak ada benjolan dan tidak ada luka.

2) Mata:

Kedua mata simetris tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya (+), ukuran pupil 2 cm, tidak anemis, sklera tidak ikterik, pasien dapat melihat objek hingga 1 meter.

3) Telinga:

Telinga pasien simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada infeksi maupun tinnitus, pasien mengalami penurunan fungsi pendengaran.

4) Mulut dan Tenggorokan:

Bentuk mulut dan tenggorokan simetris, mukosa lembab, gigi tampak kuning dan terdapat karang gigi, tidak ada kesulitan menelan dan tidak terdapat peradangan pada tenggorokan.

e. Payudara:

Payudara simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan dan tidak ada keluhan. Warna kulit tidak merata dibagian payudara dan dada karena riwayat penyakit kulit/jamur.

f. Sistem pernafasan:

I: Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak menggunakan alat bantu nafas

A: Suara nafas vesikuler dengan frekuensi nafas 21x/menit

P: Tidak ada retraksi otot bantu nafas

P: Perkusi thorax resonan, tidak memakai alat bantu nafas

g. Sistem kardiovaskuler:

I: Irama jantung teratur

A: Tidak ada bunyi jantung tambahan

P: Tidak ada sianosis, tidak ada pembesaran JVF

P: Tidak ada nyeri dada

h. Sistem gastrointestinal:

S: Pasien mengatakan tidak ada mual

O: Tidak ada bunyi tambahan (murmur) tidak terdapat oedema, varises.

A: Terdengar bunyi usus normal

i. Sistem perkemihan:

I: Tidak ada pembengkakan

A: Tidak terdengar bunyi tekak

P: Tidak ada nyeri tekan pada sistem perkemihan

P: Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi

j. Sistem genitoreproduksi: Tidak dilakukan pemeriksaan pada sistem genitoreproduksi

k. Sistem muskuloskeletal:

S: Pasien mengatakan nyeri pada lutut sampai tungkai kaki sebelah kiri, nyeri bertambah ketika pagi hari setelah bangun tidur terkadang pasien tidak mampu berjalan dan terasa kebas.

O: Tampak pasien sedang duduk di teras panti sambil memijat kaki kirinya, kekuatan otot 5,4,5,5

I: Ukuran kaki kiri dan kanan tidak simetris, tampak adanya pembengkakan dibagian kaki kiri.

P: Teraba adanya oedema

P: Adanya nyeri tekan pada kaki kiri

- l. Sistem saraf pusat: Kesadaran composmentis, GCS: E:4 V:5 M:6, klien kooperatif, klien mengatakan sering merasa pusing.
- m. Sistem endokrin: Tidak dilakukan pemeriksaan
- n. Integument: kulit berwarna sawo matang, tampak ada luka bekas garukan, turgor kulit elastis.

## **6. Pengkajian psikososial dan spiritual**

- a. Psikososial: Pasien mampu bersosialisasi secara baik dengan orang lain dan orang yang baru dikenal, klien juga memiliki sikap yang kooperatif sehingga mudah untuk berdiskusi. Pasien mengatakan senang berada diluar ruangan atau diteras panti untuk berbincang-bincang dengan perawat
- b. Identifikasi Masalah Emosional

### **PERTANYAAN TAHAP 1**

- a. Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- b. Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak
- c. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Tidak
- d. Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? Tidak

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”

### **PERTANYAAN TAHAP 2**

- a. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
- b. Ada masalah atau banyak pikiran?
- c. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?
- d. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- e. Apakah cenderung mengurung diri?

Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

c. Spiritual:

Klien beragama islam, klien melakukan shalat ketika tidak ada nyeri pada kakinya, klien mengatakan mengikuti kegiatan pengajian yang diadakan oleh panti. Klien mengatakan percaya bahwa penyakit yang dialaminya adalah cobaan dari Allah SWT, pasien pasrah terhadap penyakitnya dan menyadari karena faktor usia yang semakin tua.

## 7. Pengkajian fungsional klien

**Tabel 3.1**  
**KATZ Indeks**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b></p>	√	

	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2.	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	√	
3.	<p><b>Ke kamar kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	√	

4.	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	√	
5.	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri:</b></p> <p>BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Tergantung</b></p> <p>Inkontinensia parsial atau total: Penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers.</p>	√	
6.	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	√	

**Keterangan:**

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. T, klien bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri, seperti mandi, makan, berpindah, kontinen BAK dan BAB, berpakaian serta kekamar kecil.

**8. Modifikasi dari Barthel Indeks****Tabel 3.2****Modifikasi dari Barthel Indeks**

<b>NO.</b>	<b>KRITERIA</b>	<b>DENGAN BANTUAN</b>	<b>MANDIRI</b>	<b>KETERANGAN</b>
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : setengah porsi Jenis : Lauk pauk, sayur dan buah
2	Minum	5	10 √	Frekuensi : ±4 gelas Jumlah : ±400-600 ml Jenis : Air putih, teh manis
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15 √	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 2x1 hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 √	



6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x1 dalam sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5 √	
8	Naik turun tangga	5 √	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10√	Frekuensi : 1-2x dalam sehari Konsistensi : Lunak
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 √	Frekuensi : 4-5x dalam 24 jam Warna: Kuning bening
12	Olahraga/latihan	5 √	10	Frekuensi : 2x dalam seminggu Jenis : Senam lansia
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 √	Jenis : berbincang-bincang dengan teman dan perawat Frekuensi : 21x/menit

**Keterangan :**

- a. 130 : Mandiri
- b. 60-125 : Ketergantungan sebagian
- c. 55 : Ketergantungan total

**Hasil:** Score yang didapatkan 120 artinya dalam melakukan aktivitas masih ketergantungan sebagian.

## 9. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

**Tabel 3.3**  
**Status Mental Gerontik dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)**

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
	√	01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
	√	05	Berapa umur anda?
	√	06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
	√	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

### Keterangan:

- a. Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
- c. Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- d. Salah  $\geq$  8 : Kerusakan intelektual berat

**Hasil:** Score salah yang didapatkan 5 yang artinya fungsi kerusakan intelektual sedang.

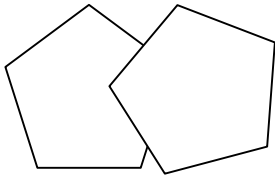
10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 3.4

MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input checked="" type="checkbox"/> Tanggal ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Hari ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Bulan ✓
	Orientasi	5	1	Dimana kita sekarang berada? <input checked="" type="checkbox"/> Negara Indonesia ✓ <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input checked="" type="checkbox"/> Kota Jakarta ✓ <input type="checkbox"/> PSTW..... <input checked="" type="checkbox"/> Wismah Dahlia ✓
			2	
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input checked="" type="checkbox"/> Obyek pulpen ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Obyek bantal ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Obyek selimut ✓

3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• K</li> <li>• A</li> <li>• P</li> <li>• A</li> <li>• B</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpen</li> <li>• Selimut</li> <li>• Bantal</li> </ul>
5	Bahasa	9	7	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <p><input type="checkbox"/> (misal jam tangan) ✓</p> <p><input type="checkbox"/> (missal pensil) ✓</p>

			<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut :  “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <p><input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah  (contoh : tak ada, tetapi)</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <p><input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda ✓  <input type="checkbox"/> Lipat dua ✓  <input type="checkbox"/> Taruh di lantai ✓</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p><input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” ✓</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat  <input type="checkbox"/> Menyalin gambar ✓</p> 
<b>TOTAL NILAI</b>	<b>30</b>		

Keterangan:

26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Hasil:** Dari pemeriksaan Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*) didapatkan score 22 yang artinya aspek kognitif dari fungsi mental ringan

## 10. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (0)

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (1)  
Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi
- b. Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.
  - Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (0)  
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya.
  - Perputaran leher (klien sambil berdiri) (0)  
Keluhan pusing atau keadaan tidak stabil
  - Gerakan menggapai sesuatu (1)  
Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan
  - Membungkuk (0)  
Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

## 2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan (1)  
Klien mampu melakukan tetapi dengan perlahan dan hati-hati

- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) (1)  
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1)
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) (0)  
Langkah simetris tetapi pelan
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) (0)  
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi
- Berbalik (1)  
Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

**Keterangan:**

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

**Hasil:** Score yang didapatkan pada klien 8 yaitu risiko jatuh pada klien sedang klien masih mampu menjaga keseimbangan tubuh tetapi dengan alat bantu seperti meraba-raba dinding ketika ke kamar mandi, berjalan dengan lambat dan penuh hati-hati.



**Tabel 3.5**  
**The timed up and go (tug) Test**

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

11-19 detik : Resiko jatuh sedang

20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

**Hasil:** Pasien mampu kembali setelah berjalan 10 langkah dalam waktu ±17 detik artinya pasien mengalami risiko jatuh sedang.

### 11. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita: Ny. T

Kondisi Fisik Umum: Composmentis

- a. Baik 4 ✓
- b. Lumayan 3
- c. Buruk 2
- d. Sangat buruk 1

Kesadaran :

- a. Komposmentis 4 ✓
- b. Apatis 3
- c. Sopor 2
- d. Koma 1

Aktifitas:

- a. Ambulasi 4 ✓

- b. Ambulasi dengan bantuan 3
- c. Hanya bisa duduk 2
- d. Tiduran 1

Inkontinen:

- a. Tidak 4 ✓
- b. Kadang-kadang 3
- c. Sering Inkontinesia urin 2
- d. Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi:

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

<12 : Kemungkinan besar terjadi

**Interprestasi hasil:** Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) didapatkan score 16 yang artinya tidak terjadi dekubitus pada klien.

## 12. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3.6

### Pengkajian Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	√	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		√
4	Apakah anda sering merasa bosan	√	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	√	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		√
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		√
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang	√	
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini menyenangkan	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		√
13	Apakah anda merasa penuh semangat	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		√

**Interpretasi :**

Skor 0-5 : Normal

Skor  $\geq 6$  : Depresi

**Hasil:** Hasil yang didapatkan pasien tidak mengalami depresi, pasien mengatakan senang berada dipinti merasa ada yang mengurus dirinya

## B. Analisa Data

Tabel 3.7

### Analisa data

No.	Analisis Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lutut kaki kiri terasa nyeri dan ngilu</li> <li>- Klien mengatakan nyeri bertambah Ketika bangun tidur</li> <li>- Klien mengatakan untuk mengatasi nyeri yang berkelanjutan kalian selalu berjalan</li> </ul> <p>P : nyeri lutut            Q : seperti ditusuk-tusuk            R : lutut kiri            S : skala nyeri 5            T : menetap</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 140/82 mmHg,, Nadi:80x/menit RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>- Klien tampak sedang memijit-mijit lutut kaki kiri</li> <li>- Klien menunjukkan letak nyeri</li> <li>- Klien ketakutan sentuhan untuk menghindari nyeri</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Kadar asam urat 9 mgdl</li> <li>- Kaki kiri tampak bengkak karena asam urat tinggi dan nyeri</li> </ul>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat (D.0078)</p>
2.	DS:	Gangguan pola tidur b.d

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit tidur dalam seminggu ini karena lututnya terasa nyeri dan ngilu</li> <li>- Klien mengatakan tidur hanya 3-4 Jam pada malam hari</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa tidur siang</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh kurang tidur</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Klien tampak tidak tidur siang atau sore.</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> </ul>	<p>kurang kontrol tidur d.d klien tampak lesu(D.0055)</p>
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak menggosok gigi beberapa hari ini karena gosok gigi dan pasta giginya hilang</li> <li>- Klien mengatakan mengganti baju 1x dalam sehari</li> <li>- Klien mengatakan badan terasa gatal ketika malam hari</li> <li>- Klien mengatakan mandi 2x sehari</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lusuh</li> <li>- Klien tampak makan berantak sampai ke baju-baju yang dikenakan</li> <li>- Klien mengeluh gatal di badan dan tangan</li> <li>- Gigi tampak kuning dan banyak</li> </ul>	<p>Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)</p>

	<p>karang gigi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuku tampak panjang dan kotor</li> <li>- Warna kulit dibagian badan tampak tidak merata karena banyaknya bekas penyakit kulit</li> <li>- Tercium aroma tidak sedap dari badan</li> <li>- Terdapat banyak luka bekas karukan di kedua tangan karena pasien mengeluh gatal</li> </ul>	
4 .	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering nyeri lutut</li> <li>- Klien mengatakan ketika ingin ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</li> <li>- Klien mengatakan usia 61 tahun</li> <li>- Klien mengatakan nyeri ketika kaki di angkat</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh karena nyeri dan ngilu dilutut</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score risiko jatuh pada saat pengkajian didapatkan dengan kategori risiko jatuh sedang dengan score 8</li> <li>- Postur saat berjalan tidak paten</li> <li>- Klien tampak saat berjalan ke toilet meraba dinding</li> <li>- Kekuatan otot 5,4,5,5</li> </ul>	<p>Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien berusia 61 tahun</li> <li>- Tampak kaki kiri bengkak karena asam urat yang tinggi</li> </ul>	
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering merasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 140/82, Nadi:80 mmHg, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>- Pasien mengeluh pusing</li> <li>- Pasien mengonsumsi obat hipertensi amlodipine 10 mg/hari</li> </ul>	<p>Risiko perfusi serebral/jaringan tidak efektif b.d hipertensi (D.0017)</p>

### C. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3.8**  
**Prioritas Diagnosa Keperawatan**

No	Diagnosa	Skor
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat (D.0078)	
2.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)	
3.	Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)	
4.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (D.0017)	
5.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)	



### D. Rencana Keperawatan

**Table 3.9**  
**Rencana Asuhan Keperawatan**

No	Kriteria Batasan Karakteristik	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
		Dx.Kep	Kode	Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lutut kaki kiri terasa nyeri dan ngilu</li> <li>- Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bangun tidur</li> <li>- Klien mengatakan untuk mengatasi nyeri yang berkelanjutan kalian selalu berjalan</li> </ul> <p>P : nyeri lutut</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat (D.0078)</p>	D.0078	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan nyeri menurun dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Merinigis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> </ol>	L.08066	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> </ol>	1.08238

<p>Q: seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : lutut kiri</p> <p>S : skala nyeri 5</p> <p>T : menetap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa ketika bangun tidur dipagi hari</li> <li>- Klien mengatakan nyeri kaki dan lutut sudah 1 tahun yang lalu</li> <li>- Klien mengatakan lututnya terasa kaku saat di gerakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 140/82, Nadi:80x/ menit, RR:</li> </ul>					<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--	--

	<p>21x/menit, Suhu:36,2°c</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sedang memijit-mijit lutut kaki kiri</li> <li>- Klien menunjukkan letak nyeri</li> <li>- Klien ketakutan sentuhan untuk menghindari nyeri</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Kadar asam urat 9 mgdl</li> <li>- Kaki kiri tampak bengkak karena sam urat tinggi dan nyeri</li> </ul>					secara mandiri	
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit tidur dalam</li> </ul>	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	D.0055	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di	L. 05045	<p><b>Dukungan tidur</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Identifikasi pola</p>	1.05174

	<p>seminggu ini karena lututnya terasa nyeri dan ngilu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidur hanya 3-4 Jam pada malam hari</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa tidur siang</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh kurang tidur</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Klien tampak tidak tidur siang atau sore.</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> </ul>			<p>harapkan pola tidur pasien membaik dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluhan sulit tidur menurun</li> <li>- keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>- keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>		<p>aktivitas dan tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> <li>2. Modifikasi lingkungan (kebisingan)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--	--	--

						tidur 3. Ajarkan relasasi dengan cara nonfarmakologi (ROP)	
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak menggosok gigi beberapa hari ini karena gosok gigi dan pasta giginya hilang</li> <li>- Klien mengatakan mengganti baju 1x dalam sehari</li> <li>- Klien mengatakan badan terasa gatal ketika malam hari</li> <li>- Klien mengatakan mandi 2x sehari</li> </ul>	Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat.	D.0109	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat.</p> <p>KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan makan meningkat</li> <li>- Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> </ul>	L.11103	<p><b>Dukungan perawatan diri</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <p>1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dan makan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Siapkan keperluan pasien (sikat gigi dan pasta gigi)</p> <p>2. Damping dalam melakukan</p>	I.11348

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lusuh</li> <li>- Klien tampak makan berantak sampai ke baju-baju yang dikenakan</li> <li>- Klien mengeluh gatal di badan dan tangan</li> <li>- Gigi tampak kuning dan banyak karang gigi</li> <li>- Kuku tampak panjang dan kotor</li> <li>- Warna kulit dibagian badan tampak tidak merata karena banyaknya bekas penyakit kulit</li> <li>- Tercium aroma tidak</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ul>		<p>perawatan diri sampai mandi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	
--	---	--	--	--	--	---	--

	<p>sedap dari badan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat banyak luka bekas karukan di kedua tangan karena pasien mengeluh gatal</li> </ul>					
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering merasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 140/82 mmHg, Nadi:80x/menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>- Pasien mengeluh</li> </ul>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi</p>	D.0017	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di harapkan keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal untuk menunjang fungsi jaringan meningkat, dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>2. Tekanan darah diastolic membaik</li> <li>3. Sakit kepala</li> </ol>	<p><b>Pemantauan tanda vital</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah</li> <li>2. Monitor nadi (frekuensi)</li> <li>3. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentasikan</li> </ol>	

	<p>pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengonsumsi obat hipertensi amlodipine 10 mg/hari</li> </ul>			menurun		<p>hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol>	
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering nyeri lutut</li> <li>- Klien mengatakan ketika ingin ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</li> <li>- Klien mengatakan usia 74 tahun</li> </ul>	<p>Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	D.0143	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di harapkan tingkat jatuh menurun</p> <p>KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>2. Jatuh saat dikamar mandi menurun</li> </ol>	L.14138	<p><b>Pencegahan jatuh</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi factor risiko jatuh (missal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</li> <li>2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai</li> </ol>	I. 14540



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri ketika kaki di angkat</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh karena nyeri dan ngilu dilutut</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score risiko jatuh pada saat pengkajian didapatkan dengan kategori risiko jatuh tinggi</li> <li>- Postur saat berjalan tidak paten</li> <li>- Klien tampak saat berjalan ke toilet</li> </ul>					<p>licin, penerangan kurang</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--	---	--

	<p>meraba dinding</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kekuatan otot 5,4,5,5</li><li>- Klien berusia 74 tahun</li><li>- Tampak kaki kiri bengkak karena asam urat yang tinggi</li></ul>					keseimbangan tubuh	
--	--	--	--	--	--	--------------------	--

**E. Catatan Perkembangan dan Evaluasi**

**Tabel 3.10**  
**Catatan Perkembangan Hari ke 1**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat.	16/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kaki dan lutut sebelah kiri terasa nyeri dan ngilu</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri terasa di pagi hari setelah bangun tidur</li> <li>3. Klien mengatakan bersedia di berikan terapi kompres hangat air jahe</li> </ol> <p>P : nyeri lutut Q: seperti ditusuk-tusuk R : lutut kiri S : skala nyeri 5 T : menetap</p>	

			<p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (kompres hangat air jahe)</p> <p>7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>4. Klien mengatakan ketika ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</p> <p>5. Klien mengatakan menyukai bubur kacang ijo</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. TTV : TD: 140/82, Nadi:80 mmHg, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</p> <p>2. Klien mengeluh nyeri pada kaki disebelah kiri</p> <p>3. Klien tampak meringis ketakutan ketika kakinya di pegang menghindari rasa nyeri</p> <p>4. Klien tampak sedang memijit punggung kaki yang tampak bengkak</p> <p>5. Lutut sampai punggung kaki</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>tampak bengkak</p> <p>6. Klien tampak sedang memakan bubur kacang ijo</p> <p>7. Skala nyeri 5</p> <p>8. Nilai asam urat 9 mgdl</p> <p><b>A</b> : Masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--

				relaksasi napas dalam) 6. Edukasi makan rendah zat purin (missal kajang ijo, sawi)	
2.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	16/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> <li>4. Memodifikasi lingkungan (kebisingan)</li> <li>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>6. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>7. Mengajarkan relasasi dengan cara nonfarmakologi (ROP)</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sulit tidur dalam seminggu ini karena lututnya terasa nyeri dan ngilu</li> <li>2. Klien mengatakan tidur hanya 3-4 jam pada malam hari</li> <li>3. Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas di siang hari</li> <li>2. Klien mengeluh kurang tidur</li> <li>3. Klien tampak tidak tidur siang atau sore.</li> <li>4. Klien tampak gelisah</li> <li>5. Menjelaskan kepada pasien pentingnya tidur cukup yaitu 6-8</li> </ol>	

				<p>jam</p> <p>6. Membuat jadwal waktu tidur dengan klien</p> <p>7. Klien mengatakan susah tidur karena nyeri kaki yang dirasakannya</p> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>2. Modifikasi lingkungan (kebisingan)</p> <p>3. Mengajarkan relasasi dengan cara nonfarmakologi (rop)</p>	
3.	Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat.	16/02/23 Jam 06.00/13.00	<p>1. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dan makan</p> <p>2. Menyiapkan keperluan pasien (sikat gigi dan pasta gigi)</p>	<p><b>S:</b></p> <p>1. Klien mengatakan tidak mempunyai sikat gigi dan pasta gigi karena hilang</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> <li>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan mandi 2x sehari</li> <li>3. Klien mengatakan mengganti baju 1x sehari</li> <li>4. Klien mengtaakan badan teratas gatal dimalam hari</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lusuh</li> <li>2. Klien tampak mengganti baju 1x sehari</li> <li>3. Tercium aroma tidak sedap dari tubuh klien</li> <li>4. Tampak banyak luka bekas karukan di tangan klien</li> <li>5. Gigi tampak kuning dan terdapat karang gigi</li> <li>6. Tampak pakaian kotor karena makan tidak beraturan dan berserakan</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--



				<p><b>A:</b> Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pakaian ganti setiap selesai mandi atau setelah kotor</li> <li>2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> <li>3. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	
4.	Risiko perfusi serebral/jaringan tidak efektif b.d hipertensi	16/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah</li> <li>2. Memonitor nadi (frekuensi)</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>6. Menginformasikan hasil</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan pusing</li> <li>2. Pasien mengatakan meminum obat hipertensi setiap pagi</li> <li>3. Pasien mengatakan sudah lama mempunyai penyakit hipertensi</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV : TD: 140/82 mmHg, Nadi:80x/menit RR: 21x/menit,</li> </ol>	

			pemantauan	<p>Suhu:36,2°c</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Penyebab dari tidak terkontrolnya tekanan darah tinggi karena pasien kesulitan dalam meminum obat</li> <li>3. kesulitan dalam meminum obat</li> <li>4. Menjelaskan tujuan pemeriksaan tekanan darah pada pasien</li> <li>5. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada perawat panti</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda-tanda vital secara teratur setiap hari</li> <li>2. Pastikan pasien sudah meminum obat tanpa dibuang</li> </ol>	
5.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot	16/02/23 Jam 06.00/13.00	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (missal usia >65 tahun dan	<b>S:</b>	

	menurun		<p>kekuatan otot menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang</li> <li>3. Mengorientasikan ruangan pada pasien</li> <li>4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sering nyeri lutut</li> <li>2. Klien mengatakan ketika ingin ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</li> <li>3. Klien mengatakan usia 61 tahun</li> <li>4. Klien mengatakan nyeri ketika kaki di angkat</li> <li>5. Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh karena nyeri dan ngilu dilutut</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berusia 61 tahun</li> <li>2. Score risiko jatuh pada saat pengkajian didapatkan 8 dengan kategori risiko jatuh sedang</li> </ol>	
--	---------	--	--	---	--

				<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Postur saat berjalan tidak paten</li> <li>4. Klien tampak berjalan ke toilet ssambil meraba-raba dinding</li> <li>5. Memberi tahu klien lingkungan atau lantai yang licin</li> <li>6. Klien tidak bisa mengangkat kaki sebelah kiri</li> <li>7. Kaki sebelah kiri tampak bengkok</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah Risiko jatuh belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>3. Menganjurkan menggunakan alas</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--

				kaki yang tidak licin	
--	--	--	--	-----------------------	--

**Tabel 3.11**  
**Catatan Perkembangan Hari ke 2**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat.	17/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan tekni non farmakologis untuk mengurangi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kaki dan lutut sebelah kiri terasa nyeri dan ngilu</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri terasa di pagi hari setelah bangun tidur</li> <li>3. Klien mengatakan bersedia di berikan terapi kompres hangat air jahe</li> </ol> <p>P : nyeri lutut Q: seperti ditusuk-tusuk R : lutut kiri</p>	

			<p>nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (kompres hangat air jahe)</p> <p>7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>S : skala nyeri 5</p> <p>T : menetap</p> <p>4. Klien mengatakan ketika ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</p> <p>5. Klien mengatakan hari ini tidak memakan bubur kacang ijo tetapi masih memakain sawi</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. TTV : TD: 132/78 mmHg, Nadi:88x/ menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,4°c</p> <p>2. Klien mengeluh nyeri pada kaki disebelah kiri</p> <p>3. Klien tampak ketakutan ketika kakinya di pegang menghindari rasa nyeri</p> <p>4. Skala nyeri 5</p> <p>5. Nilai asam urat 7,2 mgdl</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>6. Klien diberikan kompres hangat air jahe</p> <p><b>A</b> : Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe seminggu 2-3x)</li> <li>2. Edukasi makan rendah zat purin (missal kajang ijo, sawi)</li> </ol>	
2.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	17/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> <li>4. Memodifikasi lingkungan (kebisingan)</li> <li>5. Menjelaskan pentingnya tidur</li> </ol>	<p><b>S</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sulit tidur dalam seminggu ini karena lututnya terasa nyeri dan ngilu</li> <li>2. Klien mengatakan tidur 4-5 jam pada malam hari</li> <li>3. Klien mengatakan terbangun dimalam hari karena ingin ke toilet dan sulit untuk tidur krmali</li> </ol>	

			<p>cukup selama sakit</p> <p>6. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>7. Mengajarkan relasasi dengan cara nonfarmakologi (ROP)</p>	<p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sedang duduk di teras panti</li> <li>2. Klien tampak tidak tdiur siang atau sore.</li> <li>3. Klien tampak gelisah karena dimalam hari kare nyeri pada kakinya</li> <li>4. Menjelaskan kepada pasien pentingnya tidur cukup yaitu 6-8 jam</li> <li>5. Membuat jadwal waktu tidur dengan klien</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--



				2. Modifikasi lingkungan (kebisingan)	
3.	Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat.	17/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dan makan</li> <li>2. Menyiapkan keperluan pasien (sikat gigi dan pasta gigi)</li> <li>3. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> <li>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah menggosok gigi setelah mempunyai sikat gosok gigi</li> <li>2. Klien mengatakan mandi 2x sehari</li> <li>3. Klien mengatakan mengganti baju 1x sehari</li> <li>4. Klien mengatakan badan teratas gatal dimalam hari</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mengganti baju 1x sehari</li> <li>2. Tercium aroma tidak sedap dari tubuh klien</li> <li>3. Tampak banyak luka bekas karukan di tangan klien</li> <li>4. Klien tampak sudah menggosok</li> </ol>	

				<p>gigi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Klien tampak mengganti pakaian setelah pakaian kotor</li> <li>6. Klien diberikan parfum oleh perawat</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pakaian ganti setiap selesai mandi atau setelah kotor</li> <li>2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> </ol>	
4.	Risiko perfusi serebral/jaringan tidak efektif b.d hipertensi	17/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah</li> <li>2. Memonitor nadi (frekuensi)</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih pusing terutama disiang hari</li> <li>2. Pasien mengatakan pundak terasa berat</li> <li>3. Pasien mengatakan ketika pusing</li> </ol>	

			<p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>6. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>mata teratas berkunang</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh pusing</li> <li>2. TTV : TD: 137/91 mmHg, Nadi:100x/menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>3. Pasien sudah dipastikan meminum obat amlodipine 10mg</li> <li>4. Menjelaskan tujuan pemeriksaan tekanan darah pada pasien</li> <li>5. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada perawat panti</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda-tanda vital secara berkala</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--

				2. Pantau tanda-tanda syok	
5.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	17/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (missal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</li> <li>2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Mengorientasikan ruangan pada pasien</li> <li>4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri lutut di kaki sebelah kiri</li> <li>2. Klien mengatakan ketika ingin ke toilet berjalan sambil meraba-raba dinding</li> <li>3. Klien mengatakan usia 61 tahun</li> <li>4. Klien mengatakan nyeri ketika kaki di angkat</li> <li>5. Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh karena nyeri dan ngilu dilutut</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berusia 61 tahun</li> <li>2. Score risiko jatuh pada saat</li> </ol>	

				<p>pengkajian didapatkan 8 dengan kategori risiko jatuh sedang</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Postur saat berjalan tidak paten</li><li>4. Klien tampak berjalan ke toilet sambil meraba-raba dinding</li><li>5. Kaki sebelah kiri tampak masih bengkak</li></ol> <p><b>A:</b> Masalah Risiko jatuh belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li><li>2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li></ol>	
--	--	--	--	--	--

**Tabel 3.12**  
**Catatan Perkembangan Hari ke 3**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis/peradangan akibat adanya kristal urat.	18/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan tekin non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> <li>6. Menjelaskan strategi meredakan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kaki dan lutut sebelah kiri masih terasa nyeri dan ngilu</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri terasa di pagi hari setelah bangun tidur</li> </ol> <p>P : nyeri lutut Q: seperti ditusuk-tusuk R : lutut kiri S : skala nyeri 3 T : menetap</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV : TD: 151/88, Nadi:98</li> </ol>	

			<p>nyeri (kompres hangat air jahe)</p> <p>7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>mmHg, RR: 21x/menit, Suhu:36°C</p> <p>2. Klien mengeluh nyeri pada kaki disebelah kiri</p> <p>3. Skala nyeri 3</p> <p>4. Nilai asam urat 8,1 mgdl</p> <p><b>A:</b> Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi di lanjutkan</p> <p>1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe seminggu 2-3x)</p> <p>2. Edukasi makan rendah zat purin (missal kajang ijo, sawi)</p>	
2.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	18/02/23 Jam 06.00/13.00	<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3. Melakukan prosedur untuk</p>	<p><b>S:</b></p> <p>1. Klien mengatakan tidur 5-6 jam pada malam hari</p> <p>2. Klien mengatakan terbangun dimalam hari karena ingin ke</p>	

			<p>meningkatkan kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memodifikasi lingkungan (kebisingan)</li> <li>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>6. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>7. Mengajarkan relasasi dengan cara nonfarmakologi (ROP)</li> </ol>	<p>toilet dan sulit untuk tidur kembali</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Klien mengatakan hari ini tidak ada kesulitan dalam tidur</li> <li>4. Klien mengatakan tidur jam 21.00 dan bangun pukul 04.00</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sedang duduk di teras panti</li> <li>2. Klien tampak tidak tidur siang atau sore.</li> <li>3. Membuat jadwal waktu tidur dengan klien</li> <li>4. Menciptakan lingkungan yang tenang (misal penerangan yang tidak terlalu terang)</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pola tidur teratasi</p>	
--	--	--	---	--	--



				<b>P:</b> Intervensi dihentikan	
3.	Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat.	18/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dan makan</li> <li>2. Menyiapkan keperluan pasien (sikat gigi dan pasta gigi)</li> <li>3. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> <li>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	<b>S:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah menggosok gigi</li> <li>2. Klien mengatakan mandi 2x sehari</li> <li>3. Klien mengatakan mengganti baju 1x sehari tetapi jika kotor klien mengganti pakaiannya yang bersih</li> <li>4. Klien mengatakan badan teratas gatal di malam hari sudah berkurang</li> </ol> <b>O:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien memakai parfum atau minyak wangi yang telah diberikan oleh perawat</li> <li>2. Klien tampak sudah menggosok</li> </ol>	

				<p>gigi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Klien tampak mengganti pakaian setelah pakaian kotor</li> <li>4. Klien didampingi oleh perawat dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</li> <li>5. Klien tampak melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan klien</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah defisit perawatan diri teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan secara mandiri dan dibantu oleh petugas panti/perawat panti</p>	
4.	Risiko perfusi serebral/jaringan tidak efektif b.d hipertensi	18/02/23 Jam 06.00/13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah</li> <li>2. Memonitor nadi (frekuensi)</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah meminum obat</li> <li>2. Pasien mengatakan terkadang</li> </ol>	

			<p>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>6. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>masih terasa pusing</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV : TD: 126/77 mmHg, Nadi:99x/menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,6°c</li> <li>2. Pasien meminum obat amlodipine 10 mg</li> <li>3. Pasien masih mengeluh pusing tetapi berkurang</li> <li>4. Menginformasikan hasil TTV kepada perawat panti</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan oleh perawat panti</p>	
5.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot	18/02/23 Jam 06.00/13.00	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (missal usia >65 tahun dan kekuatan	<b>S:</b>	

	menurun		<p>otot menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang</li> <li>3. Mengorientasikan ruangan pada pasien</li> <li>4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri lutut di kaki sebelah kiri</li> <li>2. Klien mengatakan usia 74 tahun</li> <li>3. Klien mengatakan nyeri ketika kaki di angkat</li> <li>4. Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh karena nyeri dan ngilu dilutut</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berusia 74 tahun</li> <li>2. Score risiko jatuh pada saat pengkajian didapatkan dengan kategori risiko jatuh tinggi</li> <li>3. Postur saat berjalan tidak paten</li> <li>4. Kaki sebelah kiri tampak masih bengkok</li> </ol>	
--	---------	--	---	---	--

				<p><b>A:</b> Masalah Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li><li>2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li></ol>	
--	--	--	--	--	--

## **F. Pengkajian pada pasien kelolaan 2**

### **1. Identitas**

- a. Nama : Tn. S
- b. Tempat/tanggal Lahir : Jakarta, 7 April 1961 (62 Tahun)
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Status Perkawinan : Belum menikah
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Tanggal masuk PSTW : Tahun 2013
- h. Tanggal pengkajian : Kamis, 16 Februari 2023

### **2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- a. Pekerjaan saat ini: Saat ini pasien tinggal di panti dan tidak bekerja
- b. Pekerjaan sebelumnya: Wirausaha (Pedagang bensin)
- c. Sumber pendapatan: Pasien tidak memiliki pendapatan, semua kebutuhan ditanggung oleh panti
- d. Kecukupan pendapatan: Terpenuhi oleh panti

### **3. Lingkungan tempat tinggal**

Pasien tinggal di wisma edelweis dengan jumlah 37 orang termasuk Tn. S. Ruangan cukup bersih, penerangan baik, sirkulasi udara cukup baik, keadaan kamar mandi dan WC cukup bersih. Pembuangan air kotor (got) tidak ada sumbatan, sumber air minum yaitu air gallon mineral. Pembuangan sampah ke tempat sampah, sumber pencemaran tidak ada, Tampak banyak kutu kasur dan kamar tercium bau pesing. Resiko injury klien mengatakan matanya sudah kabur yang dapat menyebabkan resiko jatuh.

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Status kesehatan saat ini

- 1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir: Klien mengatakan sering merasa nyeri seperti kesemutan dan kebas pada bagian kaki.
- 2) Gejala yang dirasakan: Pasien mengeluh kaki kiri kebas dan seperti kesemutan
- 3) Faktor pencetus : Asam urat
- 4) Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak  
(√) Bertahap
- 5) Upaya mengatasi: Istirahat dan tidur
- 6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat: Pasien mengatakan pernah mengalami kecelakaan jatuh dan dirawat di RS dan melakukan pengobatan fisioterapi karena pasien mengalami fraktur pada kaki sebelah kiri
- 7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional: Pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan tradisional, pasien hanya meminum obat yang diberi oleh petugas/perawat panti.

##### b. Riwayat kesehatan masa lalu

- 1) Penyakit yang pernah diderita: Pasien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit apapun
- 2) Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll): Pasien mengatakan tidak ada alergi apapun.
- 3) Riwayat kecelakaan: Pasien mengatakan kurang lebih 5 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan patah tulang pada kaki kiri
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS: Pasien mengatakan 1 tahun yang lalu di rawat di RS karena patah tulang

- 5) Riwayat pemakaian obat: Pasien mengatakan mengkonsumsi obat sesuai dengan yang di resepkan oleh dokter

## 5. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum: Composmentis, GCS: E:4, V:5, M:6
- b. TTV: Tekanan darah: 135/90 mmHg, Nadi: 82x/menit, Pernapasan: 20x/menit, Suhu: 36,6°c
- c. BB/TB : 67/178cm
- d. Kepala : Bentuk mesocephal, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

### 1) Rambut:

S: Klien mengatakan tidak ada nyeri dibagi kepala

O: Penyebaran rambut merata, tampak rambut pendek berwarna putih (uban), tampak bersih tidak ada ketombe dan kutu rambut. Tidak ada benjolan dan tidak ada luka.

### 2) Mata:

S: Klien mengatakan penglihatan sedikit kabur tetapi tidak ada nyeri

O: Kedua mata simetris tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya (+), ukuran pupil 2 cm, tidak anemis, sklera tidak ikterik.

### 3) Telinga:

S: Klien mengatakan pendengaran masih normal dan tidak ada nyeri dibagian telinga.

O: Telinga pasien simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada infeksi maupun tinnitus, pasien mengalami penurunan fungsi pendengaran.



## 4) Mulut dan Tenggorokan:

S: Klien mengatakan tidak ada keluhan dibagian mulut dan tenggorokan

O: Bentuk mulut dan tenggorokan simetris, mukosa lembab, gigi tampak kuning dan terdapat karang gigi, tidak ada kesulitan menelan dan tidak terdapat peradangan pada tenggorokan.

## e. Payudara:

S: Klien mengatakan tidak ada nyeri dan keluhan dibagian payudara

O: Letak payudara pasien simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan dan tidak ada keluhan. aerola hitam.

## f. Sistem pernafasan:

S: Klien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas dan tidak ada sesak.

O:

I: Pergerakan dada simetris, tidak ada lesi

A: Suara nafas vesikuler, frekuensi nafas 21x/menit

P: Tidak ada retraksi otot bantu nafas

P: Perkusi thorax resonan, tidak memakai alat bantu nafas

## g. Sistem kardiovaskuler:

I: Irama jantung teratur

A: Tidak ada bunyi jantung tambahan

P: Tidak ada sianosis, tidak ada pembesaran JVF

P: Tidak ada nyeri dada

h. Sistem gastrointestinal:

S: Pasien mengatakan tidak ada mual

O:

I: Umbilikus tampak datar masuk ke dalam

A: Terdengar bising usus normal

P: Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa

P: Tidak ada suara pekak

i. Sistem perkemihan:

I: BAK normal, tidak ada pembengkakan

A: Tidak terdengar bunyi tekak

P: Tidak ada nyeri tekan pada sistem perkemihan

P: Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi

j. Sistem genitoreproduksi: Tidak dilakukan pemeriksaan pada sistem genitoreproduksi

k. Sistem muskuloskeletal:

S: Pasien mengatakan nyeri pada lutut sampai tungkai kaki sebelah kiri, pasien mengatakan kaki terasa kebas, 1 tahun yang lalu pasien mengalami patah tulang pada kaki kiri

O: Tampak pasien sedang duduk di teras panti sambil memijat kaki kirinya, kekuatan otot 5,4,5,5

I: Ukuran kaki kiri dan kanan simetris, tampak adanya kelainan saat berjalan

P: Adanya nyeri tekan pada kaki kiri

P: Terdapat nyeri

l. Sistem saraf pusat:

S: Klien mengatakan terkadang merasa pusing

O: Kesadaran composmentis, GCS: E:4 V:5 M:6

klien koporatif, klien terkadang mengeluh pusing.

m. Sistem endokrin: Tidak dilakukan pemeriksaan

## 6. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Psikosial: Pasien mengatakan senang bersosialisasi dengan perawat, petugas panti atau teman lainnya yang berada satu wisma dengan klien. Sikap klien terhadap orang lain sangat baik dan mudah akrab. Klien merasa sangat puas bisa mempunyai banyak teman dan saling bertukar cerita.

b. Identifikasi Masalah Emosional

### PERTANYAAN TAHAP 1

e. Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak

f. Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak

g. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Tidak

h. Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? Tidak

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama

dengan 1 jawaban “YA”

### PERTANYAAN TAHAP 2

f. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?

g. Ada masalah atau banyak pikiran?

h. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?

i. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?

j. Apakah cenderung mengurung diri?

Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

**MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)**

**c. Spiritual:**

Klien beragama islam, klien melakukan shalat ketika klien menginginkannya, klien mengatakan mengikuti kegiatan pengajian yang diadakan oleh panti. Klien mengatakan percaya bahwa penyakit yang dialaminya adalah cobaan dari Allah SWT, pasien pasrah terhadap penyakitnya dan menyadari karena faktor usia yang semakin tua.

**7. Pengkajian fungsional klien**

**Tabel 3.13**

**KATZ Indeks**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	√	

2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	√	
3.	<p><b>Ke kamar kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	√	
4.	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p>	√	

	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih Perpindahan		
<b>5.</b>	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri:</b></p> <p>BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Tergantung</b></p> <p>Inkontinensia parsial atau total: Penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers.</p>	√	
<b>6.</b>	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	√	

**Keterangan :**

Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. S, klien bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri, seperti mandi, makan, berpindah, kontinen BAK dan BAB, berpakaian serta kekamar kecil.

## 8. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3.14

### Modifikasi dari Barthel Indeks

NO.	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : setengah porsi Jenis : Lauk pauk, sayur dan buah
2	Minum	5	10 √	Frekuensi : ±4 gelas Jumlah : ±400-600 ml Jenis : Air putih, teh manis
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15 √	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 2x1 hari

5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 √	
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x1 dalam sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5 √	
8	Naik turun tangga	5	10√	
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10√	Frekuensi : 1-2x dalam sehari  Konsistensi : Lunak
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 √	Frekuensi : 4-5x dalam 24 jam  Warna: Kuning bening
12	Olahraga/latihan	5	10 √	Frekuensi : 2x dalam seminggu  Jenis : Senam lansia
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 √	Jenis : berbincang- bincang dengan teman dan perawat  Frekuensi :

Keterangan :

- a. 130 : Mandiri
- b. 60-125 : Ketergantungan sebagian
- c. 55 : Ketergantungan total



**Hasil:** Score yang didapatkan 130 artinya dalam melakukan aktivitas secara mandiri

### 9. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPSMQ)

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

**Tabel 3.15**

#### Pengkajian Status Mental Gerontik

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
	√	01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
	√	07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
	√	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Keterangan:

- e. Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh
- f. Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
- g. Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- h. Salah  $\geq$  8 : Kerusakan intelektual berat

**Hasil:** Score salah yang didapatkan 3 yang artinya fungsi kerusakan intelektual ringan

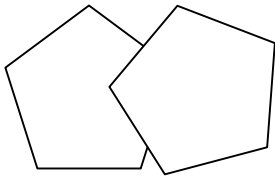
**10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

**Tabel 3.16**

**Aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Men sebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tahun ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Musim ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Tanggal ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Hari ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Bulan ✓</li> </ul>
	Orientasi	5	4	Dim na kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Negara Indonesia ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Propinsi Jakarta ✓</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kota Jakarta ✓</li> <li><input type="checkbox"/> PSTW.....</li> <li><input type="checkbox"/> Wism Edelweis ✓</li> </ul>

2	Registrasi	3	3	<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <p><input type="checkbox"/> Obyek pulpen ✓</p> <p><input type="checkbox"/> Obyek kursi ✓</p> <p><input type="checkbox"/> Obyek meja ✓</p>
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• K</li> <li>• A</li> <li>• P</li> <li>• A</li> <li>• B</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpen</li> <li>• Meja</li> <li>• Kursi</li> </ul>
5	Bahasa	9	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <p><input type="checkbox"/> (misal jam tangan) ✓</p> <p><input type="checkbox"/> (missal pensil) ✓</p>

			<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut :  “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.  <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah  (contoh : tak ada, tetapi)</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”  <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda ✓  <input type="checkbox"/> Lipat dua ✓  <input type="checkbox"/> Taruh di lantai ✓</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)  <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” ✓</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.  <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat ✓  <input type="checkbox"/> Menyalin gambar ✓</p> 
<b>TOTAL NILAI</b>	<b>30</b>		

## Keterangan

26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Hasil:** Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*) didapatkan score 29 artinya aspek kognitif dan fungsi mental pada klien baik.

## 11. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

### a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

Klien dapat bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (0)

Bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (1)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi

- b. Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka.

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri) (1)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil

- Gerakan menggapai sesuatu (1)

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan

- Membungkuk (1)

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

## 2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan (0)  
Klien mampu melakukan tetapi dengan perlahan dan hati-hati
- Ketinggian langkah kaki (mangkat kaki saat melangkah) (1)  
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mangangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)

- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) (0)  
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) (1)  
Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) (0)  
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi
- Berbalik (0)  
Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

Keterangan:

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

**Interpretasi hasil:** Score risiko jatuh pada klien didapatkan 7 yang artinya klien risiko jatuh sedang, klien mampu mengikuti beberapa perintah yang di intruksikan dengan pergerakan lambat dan penuh hati-hati

**Tabel 3.17**  
**The timed up and go (tug) Test**

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

$\leq 10$  detik : Resiko jatuh rendah

11-19 detik : Resiko jatuh sedang

20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

$\geq 30$  detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

**Hasil:** Pasien mampu kembali setelah berjalan 10 langkah dalam waktu 15 detik artinya pasien mengalami risiko jatuh sedang dan butuh pantauan

## 12. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita: Tn. S

Kondisi Fisik Umum:

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| a. Baik         | 4 ✓ |
| b. Lumayan      | 3   |
| c. Buruk        | 2   |
| d. Sangat buruk | 1   |

Kesadaran :

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| a. Komposmentis | 4 ✓ |
| b. Apatis       | 3   |
| c. Sopor        | 2   |
| d. Koma         | 1   |

Aktifitas:

- |                            |     |
|----------------------------|-----|
| a. Ambulasi                | 4 ✓ |
| b. Ambulasi dengan bantuan | 3   |
| c. Hanya bisa duduk        | 2   |
| d. Tiduran                 | 1   |

Inkontinen:

- |          |     |
|----------|-----|
| e. Tidak | 4 ✓ |
|----------|-----|



- f. Kadang-kadang 3
- g. Sering Inkontinesia urin 2
- h. Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi:

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

<12 : Kemungkinan Besar terjadi

**Hasil:** Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) didapatkan score 16 artinya kecil sekali/ tak terjadi dekubitus pada klien.

### 13. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3.18

#### Pengkajian Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		√
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		√
4	Apakah anda sering merasa bosan	√	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		√
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		√
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	√	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		√
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini menyenangkan	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini	√	
13	Apakah anda merasa penuh semangat	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan	√	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	√	

**Interpretasi :**

Skor 0-5 : Normal

Skor  $\geq 6$  : Depresi

**Hasil:** Didapatkan hasil klien tidak mengalami depresi, klien mengatakan senang berada dipinti karena mempunyai banyak teman dan sudah menjadi keluarga

## G. Analisa Data

**Tabel 3.19**

### Analisa Data

No.	Analisis Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lutut kaki kiri terasa nyeri dan kebas</li> <li>- Klien mengatakan nyeri dan kebas dirasakan setelah mengalami kecelakaan dan menyebabkan fraktur pada kaki sebelah kiri</li> <li>- Klien mengatakan nyeri bertambah dimalam hari</li> </ul> <p>P : nyeri lutut Q : seperti ditusuk-tusuk R : lutut kiri S : skala nyeri 3 T : menetap</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 132/72, Nadi:90 mmHg, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>- Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan patang tulang kaki kiri</li> <li>- Klien tampak sedang duduk dan tidak banyak melakukan jalan</li> <li>- Klien menunjukkan letak nyeri</li> </ul>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada gangguan dalam berjalan</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Kadar asam urat 8,3 mgdl</li> </ul>	
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan penglihatan sudah tidak jelas, sedikit kabur</li> <li>- Klien mengatakan ketika nyeri hanya duduk dan tidak melakukan aktivitas berjalan</li> <li>- Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan menyebabkan patah tulang kaki sebelah kiri, sehingga cara berjalan klien jingjit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak hanya duduk dikursi teras panti</li> <li>- Klien tampak tidak bisa melihat objek yang jauh dengan jelas</li> <li>- Klien mengeluh tidak bisa berjalan ketika kakinya sakit</li> <li>- Klien tampak berjalan jingjit</li> <li>- Hasil pengkajian pada risiko jatuh didapatkan klien dengan risiko jatuh sedang</li> </ul>	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak mengetahui</li> </ul>	Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi (D.0111)

	<p>penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan tidak mengerti dengan penyakit yang klien alami</li><li>- Klien mengatakan tidak mendapatkan edukasi dari perawat terkait penyakitnya</li><li>- Klien mengatakan hanya meminum obat dan tidak mengerti dengan obat yang di minum</li></ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien tampak bingung</li><li>- Klien tampak menanyakan penyakit yang dialami</li><li>- Klien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah yang dihadapi (klien mengira kebas dan nyeri adalah efek dari kecelakaan patah tulang 1 tahun yang lalu)</li></ul>	
--	---	--

**H. Diagnosa Keperawatan****Tabel 3.20****Prioritas Diagnose Keperawatan**

<b>No</b>	<b>Keluhan</b>	<b>Skor</b>
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d klien tampak meringis (D.0078)	
2.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)	
3.	Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi (D.0111)	

## I. Rencana Keperawatan

Tabel 3.21

### Rencana keperawatan

No	Kriteria Batasan Karakteristik	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
		Dx.Kep	Kode	Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1.	DS: - Klien mengatakan lutut kaki kiri terasa nyeri dan kebas - Klien mengatakan nyeri dan kebas dirasakan setelah mengalami kecelakaan patah tulang - Klien mengatakan nyeri bertambah	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeltal kronis	D.0078	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan nyeri menurun dengan KH : 4. Keluhan nyeri menurun 5. Merinigis menurun 6. Gelisah menurun	L.08066	<b>Manajemen nyeri</b> <b>Observasi</b> 4. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5. Identifikasi skala nyeri 6. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri	1.08238



	<p>dimalam hari</p> <p>P : nyeri lutut</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : lutut kiri</p> <p>S : skala nyeri 3</p> <p>T : menetap</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : TD: 132/72, Nadi:90x/menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°c</li> <li>- Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan patang tulang kaki kiri</li> <li>- Klien tampak sedang</li> </ul>					<p><b>Terapeutik</b></p> <p>2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>5. Jelaskan strategi meredakan nyeri (kompres hangat air jahe)</p> <p>6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>duduk dan tidak banyak melakukan jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menunjukkan letak nyeri</li> <li>- Tampak ada gangguan dalam berjalan</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Kadar asam urat 8,3 mgdl</li> </ul>						
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan penglihatan sudah tidak jelas, sedikit kabur</li> <li>- Klien mengatakan ketika nyeri hanya duduk dan tidak</li> </ul>	<p>Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	D.0143	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di harapkan tingkat jatuh menurun</p> <p>KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun</li> </ol>	L.14138	<p><b>Pencegahan jatuh</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi factor risiko jatuh (missal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</li> <li>4. Identifikasi factor</li> </ol>	I. 14540

	<p>melakukan aktivitas berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan menyebabkan patah tulang kaki sebelah kiri, sehingga cara berjalan klien jingjit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak hanya duduk dikursi teras panti</li> <li>- Klien tampak tidak bisa melihat objek yang jauh dengan jelas</li> </ul>			<p>2. Jatuh saat dikamar mandi menurun</p>		<p>lingkungan yang meningkatkan risiko</p> <p>5. jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Orientasikan ruangan pada pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh tidak bisa berjalan ketika kakinya sakit</li> <li>- Klien tampak berjalan jingjit</li> <li>- Hasil pengkajian pada risiko jatuh didapatkan klien dengan risiko jatuh sedang</li> </ul>					6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak mengetahui penyakitnya</li> <li>- Klien mengatakan tidak mengerti dengan penyakit yang klien alami</li> <li>- Klien mengatakan</li> </ul>	Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi	D.0111	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di harapkan pengetahuan klien meningkat dengan KH: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat</li> </ol>	L.12111	<p><b>Edukasi kesehatan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>	I.12383

	<p>tidak mendapatkan edukasi dari perawat terkait penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya meminum obat dan tidak mengerti dengan obat yang di minum</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bingung</li> <li>- Klien tampak menanyakan penyakit yang dialami</li> <li>- Klien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ul>			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perilaku sesuai dengan topic meningkat</li> <li>3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>4. Perilaku membaik</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> </ol>	
--	---	--	--	---	--	---	--

	yang dihadapi (klien mengira kebas dan nyeri adalah efek dari kecelakaan patah tulang 1 tahun yang lalu)						
--	--	--	--	--	--	--	--

## J. Catatan Perkembangandan Evaluasi

Tabel 3.22

### Catatan Perkembangan Hari Ke 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	17/02/2023/06.00-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan tekik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki dan lututnya terasa nyeri saat berjalan</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa di pagi hari</li> <li>- Klien mengatakan bersedia di berikan terapi kompres hangat air jahe</li> </ul> <p><b>P :</b> nyeri pada kaki dan lutut</p> <p><b>Q :</b> seperti ditusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> lutut dan kaki kiri</p>	

			<p>6. Menjelaskan prosedur penggunaan kompres hangat air jahe</p>	<p>S : skala nyeri 3 T : hilang timbul</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Lutut klien tampak bengkak</li> <li>- Klien tampak mengeluh kakinya nyeri</li> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Kadar asam urat 8,2 mg/dl</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <p>7. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>8. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe )</p>	
--	--	--	---	---	--



2.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	17/02/2023/06.00-13.00	<p>7. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (missal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</p> <p>8. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>9. Mengorientasikan ruangan pada pasien</p> <p>10. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>11. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>12. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatatakan kaki terasa keram</li> <li>- Klien mengatakan semenjak kejadian jatuh dan kaki patah berjalan jadi berbeda</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh dan terlalu lama</li> <li>- Klien mengerti dengan anjuran yang diberikan oleh perawat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada kelainan saat berjalan</li> <li>- Klien mengeluh keram</li> <li>- Klien dengan riwayat jatuh di kamar mandi dan mengalami patah tulang dibagian kaki kiri</li> <li>- Mengorientasikan ruangan yang licin dan sulit di jangkau</li> </ul>	
----	--	------------------------	---	--	--

				<p>untuk berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien memahami anjuran untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>- Penerangan disekitar lingkungan tampak memadai dan tidak ada masalah</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>- Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>	
3.	Defisit pengetahuan b.d.	17/02/2023/06.00-13.00	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak</li> </ul>	

	kurangnya terpapar informasi		<p>2. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>	<p>memahami penyakit yang dideritanya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ada edukasi tentang penyakitnya</li> <li>- Klien mengatakan hanya diberi obat tanpa mengetahui obat yang diminumnya</li> <li>- Klien mengatakan penyakit yang dideritanya saat ini merupakan akibat dari kecelakaan yang pernah dialaminya</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bingung</li> <li>- Klien tampak bertanya mengenai penyakitnya</li> <li>- Klien diberikan penjelasan mengenai factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatannya saat ini</li> </ul>	
--	------------------------------	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"><li>- Adanya kesalahan persepsi mengenai kondisi klien</li></ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan mengenai penyakit yang dialami klien</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

Tabel 3.23

## Catatan Perkembangan Hari ke 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	18/02/2023/06.00-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> <li>6. Menjelaskan prosedur penggunaan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki dan lututnya masih terasa nyeri terutama saat berjalan</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa hebat di pagi hari</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada bahan untuk kompres hangat air jahe secara mandiri</li> </ul> <p><b>P :</b> nyeri pada kaki dan lutut</p> <p><b>Q :</b> seperti ditusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> lutut dan kaki kiri</p> <p><b>S :</b> skala nyeri 3</p>	

			<p>kompres hangat air jahe</p>	<p>T : hilang timbul</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sedang duduk dikursi dekat wisma sambil memijit kakinya</li> <li>- Lutut klien tampak bengkak</li> <li>- Klien tampak mengeluh kakinya nyeri</li> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Klien diberikan kompres hangat air jahe</li> <li>- Klien sennag telah diberikan kompres hangat air jahe</li> <li>- Kadar asam urat 5.7 mg/dl</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Memberikan teknik non</p>	
--	--	--	--------------------------------	--	--

				farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe) 2. Cek kadar asam urat	
2.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	18/02/2023/0600-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (missal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</li> <li>2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Mengorientasikan ruangan pada pasien</li> <li>4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatatakan kaki terasa kram</li> <li>- Klien mengatakan semenjak kejadian jatuh dan kaki patah berjalan jadi berbeda</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa berjalan jauh dan terlalu lama</li> <li>- Klien mengerti dengan anjuran yang diberikan oleh perawat</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot kaki 4</li> <li>- Menganjurkan klien untuk minta bantuan ketika ingin ke toilet dimalam hari</li> <li>- Klien dianjurkan untuk tidak</li> </ul>	

				<p>memakai alas kaki yang licin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi tahu klien untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>- Klien tampak mengerti dengan anjuran yang diberikan oleh perawat</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrol kadar asam urat secara rutin</li> </ul>	
3.	Defisit pengetahuan b.d.kurangnya terpapar informasi	18/02/2023/06 00-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan</li> <li>3. Memberikan kesempatan untuk</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan memahami dengan penjelasan mengenai penyakit yang dideritanya</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	



			<p>bertanya</p> <p>4. Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Klien telah diberikan edukasi mengenai penyakit yang dideritanya</li><li>- Menyamakan persepsi klien mengenai penyakitnya</li></ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah defisit pengetahuan teratasi dengan diberikannya edukasi pendidikan Kesehatan</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	---	--

Tabel 3.24

## Catatan Perkembangan Hari ke 3

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	19/02/2023/06.00-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat air jahe)</li> <li>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki dan lututnya masih terasa nyeri tetapi berkurang</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa di pagi hari setelah bangun tidur</li> </ul> <p>P : nyeri pada kaki dan lutut Q : seperti ditusuk-tusuk R : lutut dan kaki kiri S : skala nyeri 1 T : hilang timbul</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 1</li> </ul>	

			6. Menjelaskan prosedur penggunaan kompres hangat air jahe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien diberikan kompres hangat air jahe</li> <li>- Kadar asam urat 4.0 mg/dl</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah nyeri kronis teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi di lanjutkan oleh pihak panti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cek kadar asam urat secara berkala</li> <li>- Hindari makanan yang mengandung tinggi purin, seperti kacang ijo, sawi</li> </ul>	
2.	Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	19/02/2023/06.00-13.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt;65 tahun dan kekuatan otot menurun)</li> <li>2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal lantai licin, penerangan kurang)</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mengikuti semua anjuran yang diberikan oleh perawat, seperti minta bantuan ketika ingin ke toilet di malam hari, menggunakan alas kaki yang tidak licin, menjaga</li> </ul>	

			<p>3. Mengorientasikan ruangan pada pasien</p> <p>4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>	<p>konsentrasi untuk menyimbangkan posisi tubuh</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak memahami factor resiko jatuh</li> <li>- Klien memahi dan menerapkan anjuran yang diberikan oleh perawat</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah risiko jatuh teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan secara mandiri</p>	
--	--	--	---	---	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulisan akan menguraikan pembahasan antara tinjauan teoritis dengan laporan kasus penulis tentang keperawatan gerontik kepada Ny. T dan Tn. S dengan *Arthritis Gout* (Asam Urat) adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang di mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut teori**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Maha, 2017). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Maha, 2017).

##### **2. Menurut Kasus**

###### **a. Menurut kasus 1**

Berdasarkan data pengkajian yang didapat dari kasus ditemukan data – data seperti: keadaan umum: baik, kesadaran: Composmentis. Klien sudah tidak ada penghasilan dan tidak ada aset yang dimiliki klien. Saat ini klien tinggal di wisma Dahlia. Klien mengeluh gatal-gatal dan tampak ada luka garukan di tangan. Gejala yang dirasakan dalam 1 tahun terakhir yaitu mengalami nyeri dan linu di bagian kaki dan lutut sebelah kiri. Nyeri dirasakan ketika pagi hari diasaat bangun tidur. Klien mengatakan nyerinya seperti di tusuk-tusuk ada di skala 5. Kaki sebelah kiri tampak bengkak dan klien mengatakan tidak kuat untuk berjalan jauh, ketika ke

kamar mandi klien berjalan sambil meraba-raba dinding. Klien mengatakan mempunyai penyakit hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan rutin meminum obat amlodipine 10 mg. TTV: TD: 140/82 mmHg, Nadi:80x/menit, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°C.

b. Menurut kasus 2

Klien mengatakan kaki dan lutut terasa nyeri dan kebas, nyeri seperti tertusuk-tusuk dan bersds di skala 3. Saat ini klien tinggal di wisma Edelweiss. Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami kecelakaan dan menyebabkan patah tulang di kaki sebelah kiri. Penglihatan sedikit kabur, Klien mengalami gangguan penglihatan jarak jauh. Klien baru mengetahui penyakit yang dirasakan ya, klien tidak pernah mendapatkan edukasi dan informasi tentang penyakitnya. TTV : TD: 12/72, Nadi:90 mmHg, RR: 21x/menit, Suhu:36,2°C

### 3. Analisa peneliti

Menurut analisa penulis, pada umumnya gejala yang dirasakan klien Ny. T dan Tn. S antara data yang ada diteori dengan data yang ditemukan dikasus memiliki kesamaan dan tidak ada kesenjangan. Terdapat nyeri dan linu pada di bagian kaki dan lutut ketika berjalan ini dapat menyebabkan risiko jatuh saat berjalan. Nyeri dirasakan ketika malam hari dan pagi hari disaat bangun tidur. Klien mengatakan nyerinya seperti di tusuk-tusuk.

## B. Diagnosa Keperawatan

### 1. Menurut teori

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Maha, 2017). Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensia. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya. Diagnosis sama pentingnya serta memiliki muatan aspek legal

dan etis yang sama dengan diagnosis medis. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan kunci perawat dalam membuat rencana asuhan yang diberikan pada pasien yang dikelola (Koerniawan et al., 2020).

- a. Nyeri kronis b.d muskuloskeletal kronis
- b. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur
- c. Risiko jatuh b.d kekuatan otot
- d. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi
- e. Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat.
- f. Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi

## 2. Menurut kasus

Pada klien kelolaan pertama didapatkan 5 diagnosa yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien.

- a. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)
- b. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)
- c. Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)
- d. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (D.0017)
- e. Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)

Pada klien kelolaan ke dua didapatkan diagnosa yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien

- a. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)
- b. Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)
- c. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

## 3. Menurut Analisa

Diagnosa keperawatan pada NY. T dan Tn. S menggunakan SDKI yang diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan yang terjadi pada kasus tersebut yaitu didapatkan adalah nyeri kronis berhubungan dengan kondisi

muskuloskeletal kronis yang dimana pada kasus tersebut didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri, linu, sampai terjadinya bengkak pada kakinya, oleh karena itu dapat menyebabkan risiko jatuh saat berjalan. Penyakit ini disebabkan karena tubuh memproduksi asam urat dalam jumlah besar sedangkan ekskresi asam urat melalui urine mengalami penurunan.

Diagnosa keperawatan pada Ny. T dan Tn. S pada kasus diatas berbeda yaitu Ny. T diangkat gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yang dimana didapatkan bahwa klien mengeluh tidur tidak cukup kerana sering terbangun tengah malam hal ini disebabkan nyeri pada lututnya yang rasanya berdenyut-denyut atau nyeri seperti ditusuk jarum. Pada kasus ke dua Tn. S yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dimana didapatkan dari hasil pengkajian pasien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya, perilaku keliru terhadap masalah yang dihadapi (klien mengira kebas dan nyeri adalah efek dari kecelakaan patah tulang 1 tahun yang lalu).

Perbedaan dari 2 kasus diatas yaitu Ny. T mempunyai riwayat artritis gout dengan hipertensi. Pada Ny.T terdapat gangguan nyeri sendi pada kaki kiri dan terdapat bengkak, sedangkan Tn. S mempunyai riwayat artritis gout dengan riwayat jatuh 1 tahun lalu dan mengalami patah tulang pada kaki kiri yang menyebabkan klien berjalan jingjit.

## **C. Rencana keperawatan**

### **1. Menurut teori**

Intervensi keperawatan dibuat untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Intervensi dibuat secara spesifik dan operasional yang terdiri dari aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan lebih baik lagi jika teridentifikasi siapa yang melakukan (Koerniawan et al., 2020).

Intervensi atau rencana keperawatan menitikberatkan pada bagaimana proses perencanaan intervensi yang berisi aktivitas yang akan dilakukan perawat kepada pasien didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis



untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Koerniawan et al., 2020). Perencanaan atau intervensi dirancang oleh peneliti berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana Tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik dan edukas.

## 2. Menurut kasus

### a. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T dan Tn. S karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa dengan tujuan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan gelisah menurun dengan memberikan terapi non farmakologi yaitu kompres hangat air jahe yang bertujuan untuk megurangi keluhan nyeri pada lutut.

### b. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Tn. S berbeda dengan perencanaan pada Ny. T yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur pasien membaik (L. 05045) dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun dan keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan memberikan intervensi identifikasi faktor pengganggu tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

### c. Defisit perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Tn. S berbeda dengan perencanaan pada Ny. T yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat dengan tujuan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan makan meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat dan minat melakukan perawatan diri meningkan dengan

memberikan intervensi identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dan makan, Siapkan keperluan pasien (sikat gigi dan pasta gigi), Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Ny. T berbeda dengan perencanaan pada Tn. S yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan tujuan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik tertentu meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun dengan diberikan indakan intervensi yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya.

f. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Tn. S berbeda dengan perencanaan pada Ny. T yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dengan tujuan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tekanan darah dalam batas normal dengan memberikan intervensi yaitu memastikan klien meminum obat hipertensi (amlodipine 10 mg/hari)

g. Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T dan Tn. S karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa dengan tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam di harapkan tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil: jatuh saat berjalan menurun dan jatuh saat di kamar mandi menurun dengan memberikan intervensi mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (missal lantai licin, penerangan kurang) dan menganjurkan klien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

### 3. Analisa peneliti

Perbandingan antara intervensi teori dengan intervensi yang ditentukan dikasus memiliki kesamaan intervensi dan penulis membuat rencana kompres hangat air jahe sebagai teknik non-farmakologis. Pada pasien Ny. T memprioritaskan untuk kompres hangat air jahe dan untuk Tn. S kompres hangat air jahe serta melakukan edukasi penyakit asam urat.

## **D. Implementasi**

### **1. Menurut teori**

Implementasi merupakan pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan. Pada tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana Tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap ini, sehingga upaya pelaksanaan atau Tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

### **2. Menurut kasus**

Pelaksanaan tindakan keperawatan ini disesuaikan dengan susunan intervensi yang telah dibuat sebelumnya dengan menerapkan tindakan dari SIKI. Peneliti melaksanakan Tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah direncanakan dan disesuaikan dengan kondisi klien. Klien mengatakan skala nyeri berkurang. Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak hanya dilakukan sendiri melainkan melibatkan pengasuh panti terutama untuk memfollow up implementasi kompres hangat air jahe.

### **3. Analisa peneliti**

Implementasi dilakukan selama 3x7 jam pada kedua kasus dengan mendapat dukungandari penjaga panti sehingga mempermudah proses implementasi keperawatan sesuai dengan rencana. Tindakan mandiri keperawatan pada Ny. T dan Tn. S menggunakan terapi modalitas diantaranya kompres hangat air jahe menimbulkan efek vasolidatasi

pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Peningkatan aliran darah dapat menyingkirkan produk-produk inflamasi seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Rasa hangat pada jahe dapat memperlebar pembuluh darah sehingga aliran darah lancar. Terapi ini dilakukan oleh perawat dengan klien dengan waktu 15 – 20 menit. Serta memberikan Pendidikan Kesehatan kepada Tn. S terkait penyakit asam urat.

## **E. Evaluasi Keperawatan**

### **1. Menurut teori**

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai atau tidak. Luaran Keperawatan menitikberatkan pada penetapan tujuan dan indikator/kriteria hasil yang diharapkan serta evaluasi pencapaian luaran tersebut berdasarkan respon pasien setelah diberikan implementasi keperawatan (Koerniawan et al., 2020).

### **2. Menurut kasus**

Kasus Ny. T menunjukkan hasil evaluasi dari ke-5 masalah keperawatan 2 diantaranya teratasi yaitu, gangguan pola tidur dan defisit perawatan diri. Sedangkan 3 masalah perawatan belum teratasi atau teratasi Sebagian yaitu, nyeri kronis, risiko jatuh dan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pada kasus Tn. S menunjukkan hasil evaluasi dari ke-3 masalah keperawatan sudah teratasi.

### **3. Analisa peneliti**

Pada tahap evaluasi diagnosa keperawatan telah ditetapkan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x7 jam. Penulis telah

menerapkan implementasi yaitu tindakan kompres hangat air jahe untuk menurunkan nyeri, memberikan edukasi tentang penyakit arthritis gout. Dari 5 masalah keperawatan yang diangkat pada klien pertama, 1 masalah teratasi yaitu defisit perawatan diri dan gangguan pola tidur. Masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri kronis skala 3, resiko jatuh kaki terasa linu dan nyeri, risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Sedangkan pada klien kelolaan kedua, dari ke-3 masalah keperawatan semua teratasi yaitu nyeri kronis berkurang dari skala 3 menjadi skala 1, risiko jatuh teratasi karena meskipun klien mempunyai riwayat jatuh dan mengalami patah tulang tetapi klien mampu menjaga keseimbangan dan mengetahui factor-faktor risiko jatuh sesuai dengan rencana yang sudah dilakukan, defisit pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai arthritis gout. Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh Ny. T dan Tn. S di bantu oleh perawat panti atau care giver yang bertanggung jawab di ruangan klien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. T dan Tn. S dengan arthritis gout memiliki kesamaan dengan tanda yang ada didalam teori seperti: nyeri di daerah persendian, mengalami resiko jatuh karena nyeri. Pada Ny. T mengalami gangguan pola tidur, gangguan integritas kulit dan risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi yang dideritanya, sedangkan pada Tn. S kurang pengetahuan tentang penyakit reumatoid arthritis.
2. Diagnose keperawatan yang diangkat memiliki kesamaan seperti diagnose yang ditemukan pada kasus sama dengan teori yaitu: nyeri kronis b.d muskuloskeletal kronis, gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, risiko perfusi perifer tidak efektif b.d hipertensi, defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi dan risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun.
3. Rencana asuhan keperawatan dan implementasi keperawatan yang dibuat memiliki persamaan antara intervensi yang ada di teori dengan intervensi pada kasus. Semua intervensi yang dilakukan sesuai dengan teori. Tindakan mandiri perawat yang dilakukan pada klien dengan arthritis gout adalah melakukan terapi kompres hangat air jahe untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami klien. Klien mengatakan setelah dilakukan terapi kompres hangat air jahe nyeri berkurang. Klien mampu melakukan terapi kompres hangat secara mandiri dan dibantu oleh petugas panti.
4. Hasil evaluasi dilakukannya terapi komplementer kompres hangat air jahe dapat menurunkan skala nyeri akibat arthritis gout dengan pasien Ny. T yang sebelumnya mengalami nyeri di skala 5 berkurang menjadi skala 3, pada Tn. S sebelumnya skala nyeri 3

menjadi skala 1 atau nyeri berkurang.

## **B. Saran**

1. Perawat yang bertugas menjaga wisma agar tetap memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada seluruh lansia yang berada di wisma terutama menerapkan terapi komplementer kompres hangat air jahe kepada lansia yang mengalami nyeri akibat artritis gout.
2. Hasil tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta memberikan kualitas keperawatan khususnya keperawatan gerontik dengan artritis gout.
3. Penulis berharap dengan adanya penulisan ini dapat dijadikan sebagai dasar acuan bagi klien/petugas panti untuk terus meningkatkan derajat kesehatan. Pemberian terapi nonfarmakologi pada penderita arthritis gout salah satunya dengan kompres hangat air jahe dapat dijadikan sebagai cara untuk mengurangi nyeri pada sendi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Angelita, Vania. J, Gosan. N, Cecilia, Prasetyo. S, & Hutapea. B. (2018). Gambaran Psychological Well-Being Pada Lansia Yang Hidup Di Perkotaan (Dan Masih Tinggal Dengan Keluarga). *Psikologia: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 12(1), 21–31.
- Aprilla, N., Safitri, D. E., & Kasumayanti, E. (2022). Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis Di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Laboy Jaya. 6(23), 47–51.
- Atmojo, J. T., Putra, N. S., Mubarok, A. S., Fajriah, A. S., & Widiyanto, A. (2021). Pemeriksaan Kadar Asam Urat Dan Konseling Di Kelurahan Bercak Wonosamudro Boyolali Jawa Tengah. *Jurnal Empathy Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 108–114.
- Chilappa, C. S., Aronow, W. S., Shapiro, D., Sperber, K., Patel, U., & Ash, J. Y. (2010). Gout and hyperuricemia. *Comprehensive Therapy*, 36, 3–13.
- Dewi, E. U., & Kudmasa, M. V. (2016). Pengaruh Kompres Jahe Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Pada Lansia Di Panti Werdha Anugrah Dukuh Kupang Barat Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 5(1), 29–35.
- Isnainy, U. (2021). Usastiawaty Cik Ayu Saadiah Isnainy 1\* , Renda wulandarsi 2 2 Dosen Program Universitas Malahayati Bandar Lampung Mahasiswa Program Profesi Ners Malahayati Bandar Lampung. *Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4, 1211–1212.
- Kemenkes. (2018). Laporan Provinsi DKI Jakarta: Riskesdas 2018. In *Laporan Provinsi DKI Jakarta*. Retrieved from
- Khoirunnisa, V. A., & Retnaningsih, D. (2020). Pengaruh Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Penderita Gout Arthritis Di Desa Sempu Kec. Limpung KAB. BATANG Vega. *Jurnal Ners Widya Husasda*, 32, 1–10.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751.
- Madoni, A. (2018). Pengaruh Kompres Hangat Memakai Parutan Jahe Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Tahun 2017. *XII Jilid III, XII(79)*, 1–7. Retrieved from
- Maha, A. S. (2017). *Pentingnya Pengkajian dan Syarat Pengkajian dalam Proses Keperawatan*. 1–2.
- MUAFIAH, A. F. (2019). No TitleEΛENH. *Αγαη*, 8(5), 55.



- Ramadhani, T. (2021). *Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Rheumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Des Cukurkondang Grati Kabupaten Pasuruan*. 6.rendam kaki air jahe hanget.pdf. (n.d.).
- Rokhimah Puji harlina, Arifin, M. Z., & Rahmawati, A. (2016). Gambaran kadar asam urat pada lansia. Skripsi. *Laboratorium Penelitian Dan Pengembangan Farmaka Tropis Fakultas Farmasi Universitas Mualawarman, Samarinda, Kalimantan Timur*, 1(2).
- Sarida, M., & Hamonangan, D. (2020). *Buku Gerontik*.
- Sativa, S. O., & Kusuma, A. D. A. (2020). Perbedaan Kadar Asam Urat Darah Sebelum dan Sesudah Pemberian Minuman Asam Jawa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(1), 55–64.
- Suryani, S., Sutiyono, S., & Pistanty, M. A. (2021). Pengaruh Pemberian Kompres Larutan Jahe Terhadap Nyeri Asam Urat Di Posyandu Lansia Melati Desa Candisari. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 10(1), 17.
- Widiyanto, A., Pradana, K. A., Hidayatullah, F., Tri, J., Putra, N. S., & Fajriah, A. S. (2020). *NYERI ASAM URAT PADA LANSIA DI DESA*. 3(2), 103–113.

# **LAMPIRAN**

## Lampiran 1

## Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat Air Jahe

Pengertian	<p>Kompres hangat air jahe adalah pengobatan nonfarmakologi. Dimana Jahe (<i>Zingiber Officinale</i> Rosc) termasuk dalam daftar prioritas WHO sebagai tanaman obat yang paling banyak digunakan didunia.</p> <p>Jahe sebagai bahan baku obat dengan dengan rasanya yang panas dan pedas, telah terbukti dan berkhasiat dalam menyembuhkan berbagai jenis penyakit. Salah satunya adalah mengurangi rasa nyeri sendi. Efek dari kandungan jahe yang dapat mengurangi rasa nyeri pada sendi adalah 6- gingerdion, 6-gingerol, zingerol yang berfungsi sebagai penekanan prostaglandin, menghambat leukotrien, mengatasi peradangan dan mengurangi rasa nyeri sendi pada osteoarthritis dan nyeri otot (Dewi &amp; Kudmasa, 2018)</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menurunkan tekanan darah secara non farmakologi</li> <li>2. Untuk meningkatkan sirkulasi darah</li> <li>3. Untuk meningkatkan relaksasi otot</li> <li>4. Menurunkan rasa nyeri</li> <li>5. Meningkatkan metabolisme jaringan</li> </ol>
Indikasi	Dilakukan pada pasien artritis gout
Kontraindikasi	Pasien yang terdapat luka dibagian kaki
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baskom kecil</li> <li>2. Air hangat</li> <li>3. Kain / Handuk</li> <li>4. jahe yang sudah diparut sebanyak 100 gr</li> </ol>
Prosedur	<p><b>Fase Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan alat dan bahan</li> <li>2. Menyiapkan diri perawat</li> </ol>

	<p><b>Fase Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengucapkan salam dan menyapa klien</li><li>2. Memperkenalkan diri</li><li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li><li>4. Menanyakan kesiapan klien</li></ol> <p><b>Fase Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjaga privasi klien</li><li>2. Mencuci tangan sebelum tindakan</li><li>3. Menanyakan kenyamanan pasien</li><li>4. Menganjurkan pasien untuk duduk</li><li>2. Menuangkan air mendidih ke baskom yang di campur air dingin sebanyak 1 liter (air hangat bersuhu sekitar 40°C)</li><li>3. Tambahkan parutan jahe</li><li>4. Peraskan handuk kemudian tempelkan ke daerah sendi yang terasa nyeri.</li><li>5. Tambahkan parutan jahe diatas handuk tersebut</li><li>6. Kompres dilakukan selama 15-20 menit</li><li>7. Merapikan alat yang sudah digunakan</li><li>8. Mencuci tangan</li></ol> <p><b>Fase Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukan tindakan</li><li>2. Menyampaikan hasil prosedur setelah dilakukan tindakan</li><li>3. Memberikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien</li></ol>
--	--

	<p>4. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya</p> <p>5. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam danberpamitan</p> <p><b>Fase Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dokumentasi hasil dari kegiatan</li><li>2. Tulis tanggal pelaksanaan</li><li>3. Nama dan tanda tangan perawat yang melakukan</li></ol>
--	---

**Lampiran 2****Dokumentasi pemberian terapi non farmakologis (rendam kaki air hangat )**

**Lampiran 3****SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Pokok Bahasan / Topik: Arthritis Gout

Sub Pokok Bahasan: Pengertian Gout Arthritis, tanda dan gejala Gout Arthritis, penyebab Gout Arthritis, pencegahan Gout Arthritis, terapi komplementer Gout Arthritis

Sasaran : Lansia

Hari / Tanggal : Senin, 17 Februari 2023

Waktu / Tempat : 10.00 – 10.30, Wisma Dahlia dan Edelweis

Jam Penyuluh : 10.00 – 10.30

**A. Tujuan Umum**

Setelah mendapatkan penyuluhan 20 menit tentang Gout Arthritis maka Tn. S diharapkan mampu memahami dan mengerti tentang Gout Arthritis.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti penyuluhan tentang Gout Arthritis selma 20 menit diharapkan Tn. S mengetahui tentang :

1. Pengertian Gout Arthritis
2. Penyebab Gout Arthritis
3. Tanda dan gejala Gout Arthritis
4. Pencegahan Gout Arthritis
5. Terapi komplementer Gout Arthritis

**C. Materi**

1. Pengertian Gout Arthritis
2. Penyebab Gout Arthritis
3. Tanda dan gejala Gout Arthritis
4. Pencegahan Gout Arthritis
5. Terapi komplementer Gout Arthritis

**D. Metode**

Ceramah

Tanya jawab

**E. Media**

Leaflet

**F. Kegiatan penyuluhan**

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	sasaran
1.	5 menit	Pembukaan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi</li> <li>4. Menyampaikan pokok bahasan</li> <li>5. Kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Mendengarkan dan menyimak</li> <li>3. Mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas</li> </ol>
2.	10 menit	Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyampaian materi</li> <li>2. Menjelaskan pengertian gout arthritis</li> <li>3. Menjelaskan penyebab gout srthritis</li> <li>4. Menjelaskan tanda dan gejala gout arthritis</li> <li>5. Menjelaskan pencegahan gou arthritis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan dan menyimak</li> <li>2. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti</li> </ol>



		6. Menjelaskan terapi komplementer gout arthritis 7. Tanya jawab 8. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya	
3.	5 menit	Penutup 1. Melakukan evaluasi 2. Menyampaikan kesimpulan materi 3. Mengakhiri pertemuan 4. Menjawab salam	1. Sasaran dapat menjawab tentang pernyataan yang diajukan 2. Mendengar 3. Memperhatikan 4. Menjawab salam

### G. Evaluasi

Diharapkan klien mampu:

1. Menjelaskan pengertian Gout Arthritis
2. Menjelaskan penyebab Gout Arthritis
3. Menjelaskan tanda dan gejala Gout Arthritis
4. Menjelaskan pencegahan Gout Arthritis
5. Menjelaskan terapi komplementer Gout Arthritis

## **MATERI GOUT ARTHRITIS**

### **A. Pengertian Gout Arthritis**

Gout Arthritis adalah penyakit yang menyerang persendian dan jaringan tulang oleh penumpukan kristal asam urat sehingga menimbulkan peradangan. Gout Arthritis adalah penyakit dimana terjadi penumpukan asam urat dalam tubuh secara berlebih, baik akibat produksi meningkat, pembuangan melalui ginjal yang menurun, atau akibat peningkatan asupan makanan kaya purin

### **B. Penyebab Gout Arthritis**

1. Faktor keturunan
2. Penyakit Diabetes Melitus
3. Adanya gangguan ginjal dan hipertensi
4. Tingginya asupan makanan yang mengandung purin
5. Berat badan yang berlebih (obesitas)
6. Jumlah alkohol yang dikonsumsi
7. Penggunaan obat-obatan kimia yang bersifat diuretik/analgetik dalam waktu lama

### **C. Tanda dan Gejala Gout Arthritis**

1. Kesemutan dan linu
2. Nyeri terutama malam hari atau pagi hari saat bangun tidur
3. Sendi bengkak, merah, panas, dan nyeri
4. Terjadi nyeri pada sendi terjadi berulang-ulang kali
5. Yang diserang biasanya sendi jari kaki, jari tangan, dengkul, tumit, pergelangan tangan serta siku.

### **D. Pencegahan Gout Arthritis**

1. Diet yang baik untuk menegah asam urat dengan cara menghindari atau mengurangi makanan yang tinggi purin yaitu : jeroan, daging merah, bebek, sarden, kerang, kacang-kacangan, bayam, daun singkong.
2. Minum lebih banyak air dan hindari alkohol
3. Rajin berolahraga

4. Rajin memeriksakan kesehatan terutama kesehatan sendi dan tulang

### **E. Terapi Komplementer Gout Arthritis**

1. Kompres hangat parutan jahe

Jahe efektif meredakan nyeri akibat asam urat, jahe mengandung enzim siklooksigenase yang bisa mengurangi peradangan. Selain itu, jahe memiliki sensasi rasa panas dan pedas yang bisa meningkatkan sirkulasi darah dan menurunkan nyeri.

- a. Bahan : 3-5 ruas jahe, air hangat

- b. Cara membuat : Kompres dengan parutan jahe, yaitu menyiapkan 3-5 ruas jahe yang sudah bersih, diparut sampai menjadi seperti bubur kemudian siapkan mangkok dan sedikit air hangat kemudian di aduk dan dibalurkan pada bagian yang bengkak.

2. Rebusan Daun salam

Daun salam merupakan salah satu dari jenis terapi herbal yang dapat digunakan untuk mengatasi berbagai penyakit salah satunya yaitu untuk menangani penyakit asam urat. Daun salam mengandung Minyak atsiri, tannin, polifenol, alkaloid, dan flavonoid merupakan kandungan kimia yang terdapat pada tanaman ini. Daun, kulit batang, akar dan buah dari tumbuhan ini dapat dimanfaatkan sebagai obat, dengan efek samping sebagai diuretik dan analgesik. Efek ini akan meningkatkan produksi urin sehingga dapat menurunkan kadar asam urat dalam darah.

- a. Bahan: 10 lembar daun salam, 2 gelas air

- b. Cara membuat : Cuci bersih 10 lembar daun salam lalu rebus dengan 2 gelas air hingga mendidih dan menyusut menjadi 1 gelas dan dikonsumsi sebanyak 2 kali sehari pada pagi dan sore, masing-masing  $\frac{1}{2}$  gelas.

**F. Kesimpulan**

Gout Arthritis adalah penyakit dimana terjadi penumpukan asam urat dalam tubuh secara berlebih. Asam urat dapat dicegah dengan menghindari makanan yang tinggi purin dan memeriksakan kesehatan terutama sendi dan tulang ke fasilitas pelayan kesehatan, juga dapat menggunakan obat herbal seperti daun salam untuk menurunkan kadar asam urat dan nyeri persendian.

## Lampiran 4

### Leaflet Edukasi Tentang Arthritis Gout

#### APA ITU ARTRITIS GOUT ?



Arthritis gout atau asam urat merupakan penyakit yang menyerang bagian sendi yang disebabkan karena meningkatnya kadar asam urat dalam darah.

#### APA PENYEBABNYA ?



Peningkatan kadar asam urat yang disebabkan karena konsumsi makanan yang mengandung purin tinggi dan kurangnya pengeluaran asam urat dari ginjal.

#### APAKAH PENYAKIT INI BERBAHAYA ?

Ya, apabila tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan sendi permanen dan kerusakan jaringan sekitarnya



## ARTRITIS GOUT ATAU ASAM URAT



**DI SUSUN OLEH :**  
**ENUNG NURAENI 221560311027**

Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Medistra Indonesia

#### YU KENALI TANDA DAN GEJALANYA!

1. kesemutan dan linu 
2. Nyeri terutama dimalam hari atau pagi hari saat bangun tidur 
3. Sendi yang terkena asam urat terlihat bengkak, kemerahan, panas dan nyeri luar biasa pada malam atau pagi hari 




#### BERAPA SIH NILAI NORMAL ASAM URAT ?


Normalnya asam urat, bagi:

1. Wanita 2,4-6 mg/dl
2. Pria 3,0-7 mg/dl



*Lampiran 5***KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

<b>Tanggal Bimbingan</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Paraf Pembimbing</b>	<b>Keterangan</b>
08/ 03/ 2023	Konsul kasus yang ada di panti tresna werdha budi mulia 1 cipayung		Memberi tahu kondisi pasien kelolaan kepada dosen pembimbing
09/ 03/2023	Pengajuan judul Karya Ilmiah Akhir Ners		Koreksi judul dalam pengambilan kalimat kurang tepat
16/03/ 2023	Konsul Bab 1 dan bab 2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi data-data dari Jakarta, Indonesia, dunia</li> <li>- Cari bukti dari peneliti sebelumnya terkait kompres hangat air jahe</li> <li>- Paragraf disesuaikan dengan pantuan penulisan kian</li> </ul>

		A	- Rumusan masalah disesuaikan dengan latar belakang
06/03/2023	Konsul Bab 3	A	Tambahkan diagnosa sesuai dengan keluhan klien
25/03/2023	Konsul Bab 4 dan bab 5	A	- Analisa lebih difokuskan pada inti - Catat perkembangan pda evaluasi
11/04/2023	Konsul revisi Bab 1-5	A	Acc sidang oleh pembimbing
14/04/2023	Seminar hasil	dk Pj	
20/07/2023	Bimbingan revisi dengan penguji 1	P dk	- Lengkapi pengkajian pada pasien - Lengkapi sumber referensi - Implementasi pada analisa peneliti



			disesuaikan dengan tindakan yang sudah dilakukan <ul style="list-style-type: none"><li>- SOAP dicantumkan sumber referensi</li><li>- Skala jatuh dicantumkan scorenya.</li></ul>
21/07/2023	Bimbingan revisi dengan penguji 2	Bj	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menambahkan saran</li><li>- Menambahkan referensi</li><li>- Acc untuk Hc</li></ul>

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



**Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
NIDN.0316028302



**Lampiran 6**

## Biografi Penulis

**BIODATA PENELITIAN****I. Data Pribadi**

Nama Lengkap : Enung Nuraeni  
 TTL : Karawang, 17 Juni 1999  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Kewarganegaraan : Indonesia  
 Alamat : Kp. Lengo RT.004 RW.002, Desa Kutamaneuh,  
 Kec. Tegalwaru Kab. Karawang, Jawa Barat  
 No. Handphone : 085703641006  
 Email : [nungnuraeni89@gmail.com](mailto:nungnuraeni89@gmail.com)  
 Moto : *Obat dari lelah itu istirahat bukan berhenti*

**II. Riwayat Pendidikan**

TK : Nurul Quran II Tahun 2004-2006  
 SD : SDN Kutamaneuh II Tahun 2006-2012  
 SMP : SMPN 1 Tegalwaru Tahun 2012-2015  
 SMA : SMAN 2 Karawang Tahun 2015-2018  
 Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra  
 Indonesia Kota Bekasi Tahun 2018-  
 2022.