

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PM. K DENGAN MASALAH
ARTHRITIS GOUT DI WISMA YUDHISTIRA BALAI PELAYANAN SOSIAL
LANJUT USIA BISMA UPAKARA PEMALANG**



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Ika Miski Praniska

NIM: 13.1666.P

**STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Pekalongan, 20 Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Ika Miski Praniska

13.1666.P

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM. K Dengan Masalah Arthristis Gout Di Wisma Yudhistira Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang” yang disusun oleh Ika Miski Praniska telah disetujui untuk dipertahankan di depan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Pembimbing

Siska Yuliana, Skep., Ns.,

M.Kes.Epid

NIK. 10.001.076

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PM. K DENGAN MASALAH
ARTHRITIS GOUT DI WISMA YUDHISTIRABALAI PELAYANAN SOSIAL

LANJUT USIA BISMA UPAKARA PEMALANG

Disusun Oleh

Ika Miski Praniska

NIM: 13.1666.P

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom

Siska Yuliana, Skep., Ns., M.Kes. Epid

NIK. 96.001.016

NIK. 10.001.076

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Pekalongan, 29 Juni 2016

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Stikes Muhammadiyah Pekajangan

Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Penulis panjatkan syukur atas nikmat yang diberikan Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM. K Dengan Masalah Arthristis Gout Di Wisma Yudhistira Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang”.

Terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf atas segala kesalahan yang penulis lakukan kepada :

1. Mokhammad Arifin, S.Kp M.Kep., selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom., selaku Kepala Prodi DIII Keperawatan dan Penguji STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
3. Siska Yuliana, Skep., Ns., M.Kes. Epid., selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan Penguji dalam Karya Tulis Ilmiah.
4. Kedua orang tua yang selalu memberikan motivasi dan dukungan dalam segala hal.
5. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik serta saran yang

membangun dari semua pihak sehingga hasil dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Pekalongan, 20 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. TujuanPenulisan	4
C. Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Konsep Dasar Lansia	6

1. Proses Menua.....	6
2. Teori Proses Menua.....	7
3. Tipe- Tipe Lanjut Usia	10
4. Mitos-Mitos Lansia	11
5. Perkembangan Manusia Dari Lahir Sampai Akhir Hayat....	12
6. Panti Sosial Tresna Werdha.....	14
7. Tujuan Dan Fungsi Pelayanan.....	18
B. Konsep Dasar Arthritis Gout	21
1. Definisi Arthristis Gout	21
2. Etiologi Arthristis Gout.	22
3. Gambaran Klinis.....	22
4. Pathofisiologi.....	23
5. Faktor Resiko.....	24
6. Fokus Intervensi	24
BAB III RESUME KASUS	29
A. Pengkajian	29
B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.....	31
BAB IV PEMBAHASAN.....	46
BAB V PENUTUP.....	54
A. Kesimpulan.....	54
B. Saran	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1. Pathways Arthristis Gout

Lampiran 2. AsuhanKeperawatanGerontikPada PM. K Dengan Masalah Arthritis
Gout Di Wisma Yudhistira Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia
Bisma Upakara Pernalang.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua (lanjut usia) berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin buruk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional (Nugroho, 2008, h. 11).

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, sosial secara bertahap (Azizah, 2011, h. 1).

Menurut Stieglitz ada empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua yakni gangguan sirkulasi darah misalnya hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak (koroner), ginjal dan lain-lain, gangguan metabolisme hormonal misalnya diabetes melitus, klimakteriu, ketidakseimbangan tiroid, gangguan pada persendian misalnya

osteoarthritis, gout arthritis, ataupun penyakit kolagen lainnya, serta berbagai macam neoplasma. Sedangkan penyakit lanjut usia di Indonesia meliputi : penyakit sistem pernafasan, penyakit kardiovaskular, dan pembuluh darah, penyakit pencernaan makanan, penyakit sistem urogenetal, penyakit gangguan endokrin / metabolik, penyakit pada persendian dan tulang, penyakit yang disebabkan oleh proses keganasan (Nugroho, 2008, h. 54).

Penyakit asam urat atau dalam dunia medis disebut penyakit pirai / penyakit gout (arthritis gout) adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh tingginya asam urat di dalam darah. Kadar asam urat yang tinggi didalam darah melebihi batas normal menyebabkan penumpukan asam urat didalam persendian dan organ tubuh lainnya. Penumpukan asam urat inilah yang membuat sendi sakit, nyeri, dan meradang. Pada kasus yang parah, penderita penyakit ini tidak bisa berjalan, persendian terasa sangat sakit jika bergerak, mengalami kerusakan pada sendi, dan cacat (Sutanto, 2013, h. 11).

Gout atau pirai dengan gejala utamanya berupa radang sendi sendi atau arthritis, adalah penyakit dimana terjadi penumpukan asam urat (uric acid) dalam tubuh secara berlebihan. Penyakit ini bisa akibat proses asam urat memang meningkat, atau proses pembuangannya ginjal menurun, atau akibat peningkatan asupan makanan kaya purin. Serangan asam urat yang berakibat peradangan sendi tersebut bisa juga dicetuskan oleh cedera ringan akibat memakai sepatu yang tidak sesuai dengan ukuran kaki, selain terlalu banyak makan makanan yang mengandung senyawa purin (misalnya jerohan, konsumsi alkohol, tekanan batin (stress), karena infeksi atau efek samping dari obat-obatan tertentu (diuretika (Hadribroto.dkk.2005, h. 11-15)

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) prevelensi asam urat (gout) di Amerika Serikat 13,6 kasus per 1000 laki-laki dan 6,4 kasus per 1000 perempuan prevalensi ini berbeda di tiap negara, berkisar antara 0,27% di Amerika hingga 10.3% selandia baru. Peningkatan insidens gout dikaitkan dengan perubahan pola diet dan gaya hidup, peningkatan kasus obesitas dan sindrom metabolik (<http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t33394.pdf>).

Besarnya angka kejadian arthritis gout pada masyarakat di Indonesia belum ada data yang pasti, mengingat Indonesia terdiri dari berbagai suku sangat mungkin memiliki angka kejadian yang lebih bervariasi. Pada studi hiperurisemia di rumah sakit akan ditemukan angka prevalensi yang lebih tinggi antara 17-28% karena pengaruh penyakit dan obat-obatan yang diminum penderita. Penderita arthritis gout pada penduduk di Jawa Tengah adalah sebesar 24,3% pada laki-laki dan 11,7% pada perempuan, penelitian lapangan yang dilakukan terhadap penduduk Denpasar, Bali mendapat prevalensi arthritis gout sebesar 18,2% (http://eprints.ums.ac.id/22009/3/2._Bab_I.pdf).

Sedangkan di Jawa Tengah prevalensi penderita gout hiperurisemia kira-kira 2,6-47,2% yang bervariasi pada berbagai populasi. Sedangkan prevalensi gout juga bervariasi antara 1-15,3%. Pada suatu studi didapatkan insidensi gout 4,9% pada kadar asam urat darah >9 mg/dl, 0,5% pada kadar 7-8,9% dan 0,1% pada kadar <7 mg/dl. Insidensi kumulatif gout mencapai angka 22% setelah 5 tahun, pada kadar asam urat >9 mg/dl (<http://thesis.ums.ac.id/datapublik/t33394.pdf>).

Hasil pengkajian tentang data dan penyakit yang sedang diderita selama satu tahun terakhir di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang, dari jumlah lansia 90, peringkat diagnosa lansia dengan arthritis gout berada pada urutan ke-3 dengan rincian sebagai berikut: dari 90 lansia diagnosa medis untuk lansia sebagian besar berdiagnosa medis hipertensi sebanyak 30 lansia (35%), kemudian artitis rheumatoid 21 lansia (29%), arthritis gout 15 lansia (20%), stroke 10 lansia (5%), sisanya hampir merata yakni dengan diagnosa gastritis 8 lansia (4%), diabetes mellitus 6 lansia (2%), dan kemudian sisanya 10 lansia (5%) lain-lain (Arsip Balai Pelayanan Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang).

Hasil data diatas menunjukkan bahwa angka kejadian asam urat cukup tinggi dari hasil praktik keperawatan praktik klinik keperawatan gerontik STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN tahun 2016 di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang. Hal ini

disebabkan karena sebagian orang kurang peduli terhadap bahaya penyakit asam urat serta belum memahami dan melaksanakan pengaturan diet asam urat, disisi lain tidak adanya ahli gizi yang berperan dalam pengaturan diet asam urat, belum adanya pengganti menu secara periodik sesuai penyakit yang diderita, belum melaksanakan olahraga secara teratur, belum adanya motivasi agar dapat berinteraksi dengan situasi, lingkungan, dan kegiatan sehari-hari. Kecenderungan yang akan dilakukan bila mengalami gejala penyakit asam urat seperti gejala sering kesemutan, pegal, linu, nyeri dan kaku pada sendi atau otot adalah dengan membeli obat-obatan seperti jamu atau diberi balsem sebagai pereda nyeri dari pada harus memeriksakan kondisi penyakitnya ke fasilitas kesehatan yang ada. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan/asuhan keperawatan lansia yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar berupa kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM. K Dengan Masalah Arthritis Gout Di Wisma Yudhistira Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang Sari

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis mampu memberikan dan menerapkan Asuhan Keperawatan Lansia dengan Masalah Arthritis Gout secara komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan arthritis gout, baik secara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dll.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan arthritis gout, sesuai dengan keluhan klien.

- c. Menyusun rencana keperawatan pada lansia dengan arthritis gout sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada lansia dengan arthritis gout sesuai dengan rencana keperawatan.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada lansia dengan arthritis gout sesuai dengan rencana keperawatan.
- f. Membuat dokumentasi asuhan keperawatan arthritis gout pada PM. K

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah sebagai masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan khususnya tentang arthritis gout pada Lansia, serta sebagai referensi yang dapat digunakan pada penelitian lain dibidang kesehatan.

2. Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi Profesi Keperawatan mengenai penyakit arthritis gout, khususnya pada lansia serta dapat memberikan tindakan yang tepat, baik secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

3. Manfaat bagi Penulis

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara penulis dalam mengaplikasikan Ilmu Keperawatan yang diperoleh selama perkuliahan, Karya Tulis Ilmiah ini juga dapat menjadi cara untuk menambah pengalaman, dan ketrampilan penulis dalam menyusun Asuhan Keperawatan. Selain itu, Karya Tulis Ilmiah ini sekaligus dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang Asuhan Keperawatan Gerontik dengan masalah Arthritis Gout.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Lansia

1. Proses Menua

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011) *ageing process* (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah, yang dimulai sejak lahir dan umumnya dialami oleh makhluk hidup.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu : anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya

kemundurn fisik yang ditandai dengan kulit yng mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan yang lambat, dan figur tubuh yang proposional. Menurut *World Health Organization* (WHO) dan UU No. 13 tahun 1998 pasal 1 ayat 2 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Nugroho, 2008, h. 11).

Dalam Buku Ajar Geriantri, Prof. Dr. R. Boedhi Darmanjo dan Dr. H Hadi Martono (1994) mengatakan bahwa “menua” (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuanjaringan untuk memperbaiki diri / mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2008, h. 11-12).

Dari pernyataan-pernyataan diatas penulis menyimpulkan bahwa menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemandirian dan kesehatan lanjut usia, termasuk kehidupan seksualnya.

2. Teori Proses Menua

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011) teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologi dan teori penuaan psikososial.

a. Teori Biologi

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

1) Teori Seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah daam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dileps dari tubuh dan dibiakkan di

laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit.

2) Teori “*Genetik Clock*”

Menurut teori ini menua telah diprogram secara genetik untuk species-species tertentu. Tiap species mempunyai di dalam nuclei (inti selnya) suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita berhenti kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal.

3) Sintesis Protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbedadari protein yang lebih muda.

4) Keracunan Oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel di dalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu. Ketidakmampuan mempertahankan diri dari toksik tersebut membuat struktur membran sel mengalami perubahan dari rigid, serta terjadi kesalahan genetik.

5) Sistem Imun

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih,

juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan.

6) Mutasi Somatik (Teori *Error Catastrophe*)

Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya menghindari terkena radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksik dapat memperpanjang umur. Menurut teori ini terjadinya mutasi yang regresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

7) Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut MC Kay et al (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono (2004), pengurangan “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme.

8) Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Radikal bebas (RB) dapat terbentuk dalam tubuh, dan di dalam tubuh di fagosit (pecah), dan sebagai produk sampingan di dalam rantai pernafasan di dalam mitokondria. Makin lanjut usia makin banyak RB terbentuk sehingga proses pengrusakan terus terjadi, kerusakan organel sel semakin banyak dan akhirnya sel mati.

b. Teori Psikologis

1) Aktivitas atau Kegiatan (Activity Theory)

Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

2) Kepribadian berlanjut (Continuity Theory)

Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

3) Teori pembebasan

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

Sedangkan proses menua bersifat individual :

- a. Tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda.
- b. Setiap lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda.
- c. Tidak ada satu faktor pun yang ditemukan dapat mencegah proses menua (Nugroho, 2008, h. 12).

3. Tipe-Tipe Lanjut Usia

Menurut Nugroho (2008) di zaman sekarang (zaman pembangunan), banyak ditemukan bermacam-macam tipe lanjut usia. Yang menonjol antara lain :

- a. Tipe arif bijaksana : lanjut usia ini kaya dengan ikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
- b. Tipe mandiri: lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
- c. Tipe tidak puas: lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.
- d. Tipe pasrah : lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (“habis gelap datang terang”),

mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

- e. Tipe bingung : lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

4. Mitos-Mitos Lansia

- a. Kedamaian dan ketenangan

Lanjut usia dapat santai menikmati hasil kerja dan jerih payahnya di masa muda dan dewasanya, badai dan berbagai goncangan kehidupan seakan-akan sudah berhasil dilewati.

Kenyataan :Sering ditemui stres karena kemiskinan dan berbagai keluhan serta penderita karena penyakit, depresi, kekhawatiran, paranoid, masalah psikotik

- b. Mitos konservatisme dan kemunduran.

Pandangan bahwa lanjut usia pada umumnya :

Konservatif, tidak kreatif, menolak inovasi, berorientasi ke masa silam, merindukan masa lalu, kembali ke masa kanak-kanak, susah berubah, keras kepala, cerewet

Kenyataannya :

Tidak semua lanjut usia bersiap dan berpikiran demikian.

- c. Mitos berpenyakitan.

Lanjut usia dipandang sebagai masa degenerasi biologis, yang disertai oleh berbagai penderitaan akibat bermacam penyakit yang menyertai proses menua (lanjut usia merupakan masa berenyakitan dan kemunduran).

Kenyataan :

- 1) Memang proses penuaan disertai dengan menurunnya daya tahan tubuh dan metabolisme, sehingga rawan terhadap penyakit.
- 2) Tetapi banyak penyakit yang masa sekarang dapat dikontrol dan diobati.

d. Mitos senilitas.

Lanjut usia dipandang sebagai masa pikun yang disebabkan oleh kerusakan bagian otak (banyak yang tetap sehat dan segar). Banyak cara untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan daya ingat.

e. Mitos tidak jatuh cinta.

Lanjut usia tidak lagi jatuh cinta dan gairah pada lawan jenis tidak ada.

Kenyataan :

Perasaan cemas dan emosi setiap orang berubah sepanjang masa.

Perasaan cinta tidak berhenti hanya karena menjadi lanjut usia.

f. Mitos asexualitas.

Ada pandangan bahwa lanjut usia, hubungan seks itu menurun, minat, dorongan, gairah, kebutuhan, dan daya seks berkurang.

Kenyataan :

Menunjukkan bahwa kehidupan seks pada lanjut usia normal saja.

Memang frekuensi hubungan seksual menurun, sejalan dengan meningkatnya usia, tetapi masih tetap tinggi.

g. Mitos ketidakproduktifan.

Lanjut usia dipandang sebagai usia tidak produktif.

Kenyataan :

Tidak demikian, banyak lanjut usia yang mencapai kematangan, kemantapan dan produktifitas mental dan material.

5. Perkembangan Manusia Dari Lahir Sampai Akhir Hayat

Selama hidupnya, manusia mengalami berbagai proses perkembangan, mulai dari lahir (bayi), balita, prasekolah, masa sekolah, pubertas, dewasa muda, dewasa, dan lanjut usia. Puncak perkembangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Sistem biologis : mencapai puncak pada usia 20-30 tahun, kemudian secara perlahan/lambat melemah.
- b. Sistem sensori : mencapai puncak pada usia 40 tahun lebih, selanjutnya mulai menurun.
- c. Kebijaksanaan : mencapai puncaknya pada usia 65-70 tahun, kemudian mulai menurun.
- d. Kepribadian : aspek sosial dan spiritual senantiasa meningkat dengan berlanjutnya usia serta mencapai puncak pada usia 75-80 tahun.

Menurut Nugroho (2008) berikut dikemukakan beberapa pendapat para ahli mengenai batasan umur :

1. Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO, ada empat tahap, yakni : a) Usia pertengahan (middle age) (45-59 tahun); b) Lanjut usia (elderly) (60-74 tahun), c) Lanjut usia tua (old) (75-90 tahun), d) Usia sangat tua (very old) (di atas 90 tahun)
2. Menurut Prof. DR Ny.Sumiaty Ahmad Mohammad (Alm), Guru Besar Universitas Gajah Mada Fakultas Kedokteran, periodisasi biologis perkembangan manusia dibagi sebagai berikut : a) Usia 0-1 tahun (masa bayi); b) Usia 1-6 tahun (masa prasekolah); c) Usia 6-10 tahun (masa sekolah); d) Usia 10-20 tahun (masa pubertas); e) Usia 20-40 tahun (masa setengah umur, prasekenium); f) Usia 40-65 tahun (masa setengah umur, prasekenium); g) Usia 65 tahun ke atas (masa lanjut usia, senium)
3. Menurut Dra. Ny Jos Masdani (psikolog dari Universitas Indonesia), lanjut usia merupakan kelanjutan usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian, yakni : a) Fase iuventus, antara usia 25-40 tahun.; b) Fase veritas, antara usia 40-

- 50 tahun; c) Fase praesenum, antara usia 55-65 tahun; d) Fase senium, antara usia 65 tahun hingga tutup usia
4. Menurut Prof. DR. Koesomanto Setyonegoro, SpKJ, lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut :
- a) Usia dewasa muda (elderly adulthood) (usia 18/20-25 tahun).
 - b) Usia dewasa penuh (middle years) atau maturitas (usia 25-60/65 tahun).
 - c) Lanjut usia (geriatric age) (usia lebih dari 65/70 tahun), terbagi : usia 70-75 tahun (young old), usia 75-80 tahun (old), usia lebih dari 80 tahun (very old)
5. Menurut Bee (1996), tahapan masa dewasa adalah sebagai berikut:
- a) Usia 18-25 tahun (masa dewasa muda)
 - b) Usia 25-40 tahun (masa dewasa awal)
 - c) Usia 40-65 tahun (masa dewasa tengah)
 - d) Usia 65-75 tahun (masa dewasa lanjut)
 - e) Usia >75 tahun (masa dewasa sangat lanjut)
6. Menurut Hurlock (1979), perbedaan lanjut usia terbagi dalam dua tahap, yakni :
- a) Early old age (usia 60-70 tahun)
 - b) Advanced old age (usia 70 tahun keatas)
7. Menurut Burns (1979), ada empat tahap lanjut usia, yakni :
- a) Young old (usia 60-69 tahun)
 - b) Middle age old (usia 70-79 tahun)
 - c) Old-old (usia 80-89 tahun)
 - d) Very old-old (usia 90 tahun keatas)
- (Nugroho, 2008, h.24-25)

6. Panti Sosial Tresna Werdha

Panti sosial tresna werdha (PSTW) adalah institusi yang memberi pelayanan dan perawatan jasmani, rohani, sosial, dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan lanjut usia agar dapat memiliki kehidupan secara wajar. PSTW (versi Depsos RI) Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bidang pembinaan kesejahteraan sosial lanjut usia memberi pelayanan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia berupa pemberian :

- a. Penampungan
- b. Jaminan hidup (makan dan pakaian)
- c. Pemeliharaan kesehatan
- d. Pengisian waktu luang termasuk rekreasi
- e. Bimbingan sosial, mental, dan spiritual.

Dengan demikian, para lanjut usia yang tinggal di PSTW dapat menikmati hari tuanya dengan ketentraman lahir dan batin. Pelayanan yang diberikan dalam bentuk kegiatan, antara lain :

- 1) Kegiatan rutin (harus terjadwal dari Senin sampai Sabtu)
 - a. Pemenuhan kebutuhan makan 3 kali/hari dan kudapan 2 kali/hari.
 - b. Senam lansia: senam pernafasan, senam jantung, senam relaksasi otot dan panca indra, senam osteoporosis, senam diabetes melitus, senam dan gerak latih otak.
 - c. Bimbingan rohani/keagamaan sesuai dengan agama/kepercayaan lanjut usia.
 - d. Kerajinan tangan : menjhit, membordir, menyulam, merenda dan membuat kartu ucapan.
 - e. Menyalurkan hobi : bermain angklung, menyanyi diiringi organ, karaoke, berkebun, dan melukis.
- 2) Kegiatan waktu luang:
 - a. Bermain (scrabble, congklak, halma, catur, pingpong, poco-poco)
 - b. Berpantun/baca puisi

- c. Menonton film (video, TV)
- d. Membaca (koran)
- e. Olahraga (berenang, tenis lapangan, dan lain-lain)
- f. Menerjemahkan artikel (dari bahasa asing ke bahasa Indonesia).

1. Prinsip Pelayanan

Dalam memberi asuhan pada lanjut usia, seyoginya dilaksanakan dengan memerhatikan beberapa prinsip antara lain :

- a. Tidak memberi stigma (destigmatisasi). Pada dasarnya, proses menua disertai masalah seperti kesepian, kurang pendengaran, kurang penglihatan, dan lemah fisik. Hal tersebut merupakan proses alamiah dan akan terjadi pada semua orang. Kesulitan yang dihadapi terasa cukup berat bagi lanjut usia, apalagi bila ditambah label “lanjut usia tidak berguna lagi”.
- b. Tidak mengucilkan.
- c. Lanjut usia sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang. Oleh karena itu jangan dikucilkan dari pergaulan sosialnya.
- d. Menghindari sikap sensitif.
- e. Pemenuhan kebutuhan secara tepat.
- f. Pelayanan secara komprehensif.
- g. Tidak membesar-besarkan masalah.
- h. Menghindari sikap belas kasihan.
- i. Pelayanan yang cepat dan tepat.
- j. Pelayanan yang bermutu.
- k. Pelayanan yang efektif dan efisien.
- l. Pelayanan yang akuntabel.

Dalam memberi asuhan keperawatan, perawat di PSTW harus dapat berfungsi sebagai pengganti keluarga yang memberi pelayanan kesejahteraan sosial. Pemberian asuhan kepada lanjut usia harus mengacu

pada fungsi keluarga, yaitu fungsi afektif (saling asah, asih, asuh, cinta kasih, meneria, dan menghargai) dengan mempertahankan iklim yang positif. Fungsi sosialisasi harus selalu menciptakan interaksi yang harmonis sehingga mampu berperan di PSTW. PSTW mempunyai fungsi sebagai :

- 1) Pusat pelayanan kesejahteraan sosial, dengan kegiatan yang mencakup:
 - a. Pemenuhan kebutuhan hidup tanpa berupa papan, pangan, dan sandang.
 - b. Pemeliharaan kesehatan dan perawatan.
 - c. Pelaksanaan kegiatan dalam rangka mengisi waktu luang dengan kegiatan ermanfaat, termasuk kegiatan rekreasi.
- 2) Pusat informasi usaha kesejahteraan sosial, artinya PSTW harus menyiapkan :
 - a. Data yang ada hubungannya dengan pembinaan usaha kesejahteraan sosial lanjut usia.
 - b. Informasi tentang upaya di bidang usaha kesejahteraan sosial, khususnya kesejahteraan lanjut usia.
- 3) Pusat pengembangan usaha kesejahteraan sosial :
 - a. Sarana pembinaan kesejahteraan yang berdaya dan berhasil guna bagi para lanjut usia yang tinggal didalam STW.
 - b. Sarana pembinaan dalam menciptakan suasana hubungan yang serasi antara sesama penghuni dalam STW.
 - c. Sarana pembinaan bimbingan keterampilan kepada lanjut usia yang berkemampuan sesuai dengan kondisi lanjut usia.

2. Pemeliharaan dan Pelayanan

Pelayanan lanjut usia (termasuk pelayanan kesehatan dan perawatan) mempunyai tujuan mempertahankan kesejahteraan dan kemampuan lanjut usia. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan harus diberikan kepada lanjut usia, baik dalam keadaan sakit maupun sehat, dengan membantu mempertahankan dan memberi semangat

hidup mereka. Selanjutnya, pelayanan yang diberikan kepada lanjut usia sesuai dengan kebutuhan dan sasaran.

Sasaran upaya pelayanan kesehatan dan kesejahteraan lanjut usia adalah :

1) Langsung

a. Lanjut usia aktif :

- a) Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai gizi, kesehatan, dan psikososial.
- b) Mempertahankan kesehatan agar tetap mandiri.

b. Lanjut usia pasif :

- a) Keluarga lanjut usia, masyarakat dilingkungan lanjut usia, organisasi sosial masyarakat, dan petugas PSTW.
- b) Pemeliharaan kesehatan di PSTW pada umumnya dilaksanakan oleh petugas kesehatan puskesmas secara berkala.
- c) Hanya ada beberapa PSTW yang mempunyai tenaga medis, perawat dan fasilitas klinik/bangsral untuk memberi asuhan.
- d) Keperawatan lanjut usia yang sakit. Lanjut usia yang mengalami sakit cukup serius dan perlu dirawat secara intensif, dirujuk ke rumah sakit yang lebih mampu.

(Nugroho, 2008, h. 213-217).

7. Tujuan dan Fungsi Pelayanan

Tujuan dan pelayanan ini adalah memberi arah dan memudahkan petugas dalam memberikan pelayanan sosial, kesehatan, dan perawatan lanjut usia di PSTW, serta meningkatkan mutu pelayanan bagi lanjut usia. Tujuan pelayanannya adalah :

- 1) Terpenuhiya kebutuhan lansia yang mencakup biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.
- 2) Memperpanjang usia harapan hidup dan masa produktivitas lansia.
- 3) Terwujudnya kesejahteraan sosial lansia yang meliputi rasa tenang, tentram, bahagia dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Tugas pelayanan meliputi :

- 1) Memberi pelayanan sosial kepada lansia yang meliputi pemenuhan kebutuhan hidup, pembinaan fisik, mental, dan sosial, memberi pengetahuan serta bimbingan keterampilan dalam mengisi kehidupan yang bermakna.
- 2) Memberi pengertian kepada keluarga lanjut usia, masyarakat untuk mau dan mampu menerima, merawat, dan memenuhi kebutuhan lansia.

Fungsi pelayanan dapat berupa pusat pelayanan sosial lanjut usia, pusat informasi pelayanan sosial lanjut usia, pusat pengembangan pelayanan sosial lanjut usia, dan pusat pemberdayaan lanjut usia.

Sasaran pelayanan ini adalah lanjut usia potensial, yaitu lanjut usia yang berusia 60 tahun keatas, masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa. Lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang berusia 60 tahun ke atas, tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain, keluarga lanjut usia, masyarakat, kelompok, dan organisasi sosial.

Kebutuhan dan Tindakan

Dengan memerhatikan keanekaragaman latar belakang biopsikososial dan spiritual lanjut usia, kebutuhan dan tindakan dalam pelayanan untuk lanjut usia dapat diidentifikasi. Dalam tindakan ini,

petugas berkewajiban memotivasi, mengarahkan, mengajarkan, dan membantu melaksanakan kegiatan lanjut usia.

1) Kebutuhan biologis

a. Makan dan minum

- a) Memberi makan 3 kali/hari
- b) Menyiapkan makanan yang memenuhi gizi seimbang sesuai petunjuk ahli gizi
- c) Menyajikan pada waktu yang ditentukan
- d) Memantau kesesuaian makan
- e) Mengganti menu secara periodik
- f) Menyiapkan makan khusus untuk yang sakit sesuai dietnya.

b. Olahraga

- a) Mengidentifikasi jenis olahraga yang cocok dan dapat dilakukan oleh lansia (senam lansia, peregangan otot dan panca indra, pernafasan, dll)
- b) Melaksanakan latihan olahraga secara teratur
- c) Memantau pelaksanaan olahraga

2) Kebutuhan psikologis

a. Sedih dan kecewa

- a) Mengidentifikasi penyebab kesedihan dan kekecewaan
- b) Meluangkan waktu untuk bercakap-cakap dengan lansia
- c) Memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaan
- d) Menerima lansia apa adanya
- e) Mengembangkan sikap positif lansia

b. Kesepian

- a) Mendampingi lansia
- b) Mendengarkan keluhan
- c) Mengarahkan kegiatan yang bermanfaat

3) Kebutuhan sosial

a. Aktivitas yang bermanfaat

- a) Mengidentifikasi kemampuan/potensi lansia sesuai dengan hobi
 - b) Menciptakan kegiatan/pekerjaan yang bermanfaat
 - c) Memberi penghargaan dan hukuman yang layak atas kegiatan yang dilakukan
 - b. Bersosialisasi dengan sesama lansia
 - a) Menyediakan tempat dan waktu untuk kegiatan bersama
 - b) Mengarahkan kegiatan bersama sehingga berdampak positif
 - c. Bimbingan kerohanian
 - a) Mengenali dan memahami keyakinan dan kepercayaan yang dinut lansia
 - b) Memberi motivasi untuk melakukan kegiatan keagamaan
 - c) Memberi pemahaman yang berhubungan dengan keagamaan
 - d) Mengikutsertakan lansia dalam kegiatan kerohanian
 - e) Menyediakan sarana dan prasarana peribadatan seperti pembimbing, tempat beribadat, buku keagamaan
 - f) Mengingatkan agar selalu melakukan ibadah
 - g) Memberi pujian atas usaha yang dicapai sebagai tanda penghormatan
 - h) Memberi kesempatan beribadah
 - i) Menghubungi pemuka agama dalam rangka bimbingan
 - j) Menyelenggarakan peringatan hari besar keagamaan
- (Nugroho, 2008, h. 229-241)

B. Konsep Dasar Arthritis Gout

1. Definisi

Penyakit asam urat atau dalam dunia medis disebut penyakit pirai/penyakit gout (arthritis gout) adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh tingginya asam urat didalam darah. Kadar asam urat yang tinggi

didalam darah melebihi batas normal menyebabkan penumpukan asam urat didalam persendian dan organ tubuh lainnya. Penumpukan asam urat inilah yang membuat sendi sakit, nyeri dan meradang.pda kasus yang parah, penderita penyakit ini tidak bisa berjaln, persendian terasa sangat sakit jika bergerak, mengalami kerusakan pada sendi, dan cacat (Sutanto, 2013, h. 11).

Gout (pirai) adalah suatu bentuk arthritis dengan nyeri yang berat terjadi secara mendadak, disertai warna kemerahan da pembengkakan sendi penderita laki-laki berumur antar 40-60 tahun, lebih sering dibanding penderita perempuan, namun perempuan psca menopause lebih peka menderita penyakit ini(Soedarto, 2012, h. 119).

Arthritis gout adalah jenis artritis kedua yang paling sering terjadi, yakni peradangan pada sendi-sendi jari, kaki dan tangan akibat penumpukan kristal asam urat yang berlebihan didalam darah. Biasanya lebih banyak menyerang pria berusia diatas 40 tahun. (Hadibroto dkk, 2005, h. 18).

Dari definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa asam urat adalah penyakit yang muncul karena akibat adanya zat purin berlebih dalam tubuh, yang menyebabkan persendian kita akan tersa nyeri dan bengkak saat penyakit ini menyerang.

2. Etiologi

Menurut Sutanto 2013, secara garis besar penyebab terjadinya asam urat (gout) disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer 99%-nya belum diketahui (idiopatik). Namun, diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi asam urat atau bisa juga disebabkan karena berkurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi asam urat, tergangguny proses pembuangan asam urat, dan kombinasi kedua penyebab tersebut.

Menurut Prasetyono 2012, berikut beberapa penyebab munculnya asam urat :

- a. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat purin. Tubuh manusia sebenarnya sudah menyediakan 85% senyawa purin untuk kebutuhan sehari-hari. Ini berarti, kebutuhan tubuh akan purin yang berasal dari makanan hanya sekitar 15%. Jika lebih dari 15%, maka tubuh akan kelebihan zat ini.
- b. Mengonsumsi alkohol juga dapat meningkatkan resiko terkena penyakit asam urat. Sebab, alkohol menyebabkan pembuangan asam urat lewat urine menjadi berkurang, sehingga asam urat tetap bertahan dalam peredaran darah dan menumpuk di persendian.

3. Gambaran Klinis

Berikut beberapa tanda dan gejala asam urat :

- a) Sendi terasa nyeri, ngilu, linu, kesemutan, bahkan membengkak berwarna kemerahan (meradang).
- b) Biasanya, persendian terasa nyeri saat pagi hari (baru bangun tidur) atau malam hari.
- c) Rasa nyeri pada sendi terjadi berulang-ulang.
- d) Yang diserang biasanya sendi jari kaki, jari tangan, lutut, tumit, pergelangan tangan, dan siku.
- e) Pada kasus yang parah, persendian terasa sangat sakit saat bergerak, bahkan penderita sampai tidak bisa jalan. Tulang di sekitar sendi juga bisa kropos atau mengalami pengapuran tulang

(Prasetyono, 2012, h. 19-20).

Menurut Hadibroto, penyakit ini umumnya ditandai dengan rasa nyeri hebat yang tiba-tiba menyerang sebuah sendi pada saat tengah malam, biasanya pada ibu jari kaki (sendi metatarsofalangeal pertama) atau jari kaki (sendi tarsal). Jumlah sendi yang meradang kurang dari empat (oligoarthritis), dan serangannya di satu sisi (unilateral). Kulit

berwarna kemerahan, terasa panas, bengkak, dan sangat nyeri. Pembengkakan sendi umumnya terjadi secara asimetris (satu sisi tubuh). Gejala lain yang mungkin terjadi adalah berupa :

- a) Demam, dengan suhu tubuh 38,3 derajat celsius atau lebih, tidak menurun selama tiga hari, walaupun telah dilakukan perawatan.
- b) Ruam kulit, sakit tenggorokan, lidah berwarna merah atau gusi berdarah.

4. Pathofisiologi

Asam urat adalah sampah hasil metabolisme normal dari pencernaan protein (terutama dari daging, hati, ginjal, dan beberapa jenis sayuran seperti kacang dan buncis) atau dari penguraian senyawa purin (sel tubuh yang rusak), yang seharusnya akan dibuang melalui ginjal, feses atau keringat. Senyawa ini sukar larut dalam air, tapi dalam plasma darah beredar sebagai senyawa natrium urat, bentuk garamnya terlarut pada kondisi pH atau keasaman basa diatas tujuh. Karena itu, serangan radang perendian yang berulang terjadi bila produksinya berlebihan. Atau terjadi gangguan pada proses pembuangan asam urat akibat kondisi ginjal yang kurang baik. Atau karena peningkatan kadar asam urat didalam darah sudah berlebihan. Yang disebut sebagai hiperurisemia (*hyperurcemia*). Kadar normal asam urat darah rata-rata adalah antar 3 sampai 7 mg/dl dengan peredaan untuk pria 2,1-8,5 mg/dl dan wanita 2,0-6,6 mg/dl. Untuk mereka berusia lanjut, kadar tersebut sedikit lebih tinggi. Gangguan asam urat terjadi bila kadar tersebut sudah mencapai lebih dari 12 mg/dl (Hadibroto dkk, 2005, h. 13).

5. Faktor Resiko

Menurut Hadibroto, faktor resiko radang sendi asam urat adalah sebagai berikut :

- a. Genetik/ riwayat keluarga

- b. Asupan senyawa purin berlebihan dari makanan
- c. Konsumsi alkohol berlebihan
- d. Berat badan berlebihan (obesitas)
- e. Hipertensi, penyakit jantung
- f. Obat-obatan tertentu (terutama diuretika)
- g. Gangguan fungsi ginjal
- h. Keracunan kehamilan (preeklampsia).

6. Fokus Intervensi

	Anamnesa Keperawatan	Kuesioner, Kriteria Hasil	Intervensi	Evaluasi
	Nyeri akut berhubungan dengan adanya cedera biologis.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil : menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji skala nyeri 2. Berikan posisi nyaman, relaksasi nafas dalam jika terasa nyeri 3. Berikan kompres air hangat yang memberikan efek rileks 4. Pantau kadar asam urat 5. Berikan obat asam urat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui perkembangan skala nyeri pada PM. 2. istirahat dapat menurun metabolisme setempat. 3. air hangat bisa menurunkan rasa nyeri 4. untuk mengetahui perkembangan kadar asam urat pada PM. 5. untuk mengurangi rasa nyeri.

		jukkan perilaku yang lebih rileks, sklan nyeri berkurang dari :0-1 atau teratasi.		
	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganannya untuk melakukan pergerakan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan PM dapat melakukan	1. Kaji pengetahuan PM dan keluarga dalam perawatan bagi penderita gangguan mobilitas. 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Monitor kekuatan otot dan room pada PM. 4. Tanyakan	1. untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang gangguan mobilitas. 2. untuk mengetahui kondisi PM. 3. mengetahui kekuatan otot PM. 4. untuk mengetahui kesiapan PM

		<p>aku kan per ger aka n den gan krit eria has il : mel aku kan per ger aka nro om, ma mp u me nye but kan ma nfa at lati han roo m, me nya tak an mel aku kan lati han roo m seti</p>	<p>kesanggupan pm untuk melakukan latihan room secara rutin</p> <p>5. Motivasi PM untuk mencoba latihan room</p> <p>6. Beri pujian atas keberhasilan yang telah dicapai</p>	<p>melakukan latihan room</p> <p>5. memberika n semangat pada PM agar PM mau melakukan latihan room setiap hari.</p> <p>6. agar PM selalu tetap semangat.</p>
--	--	--	---	---

		ap pag i, dap at me mp rakt eka n ger aka n roo m.		
3.	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang	elah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan PM dapat berhubungan dengan orang lain, PM dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki setelah dilakukan kunjungan 3 kali dengan kriteria hasil : dapat mengidentifikasi hal-hal yang positif pada dirinya, PM menyatakan akan berusaha mengikuti	1. Kaji tentang pengetahuan keluarga tentang gangguan harga diri. 2. Berikan penjelasan tentang harga diri rendah kepada keluarga dan PM 3. Anjurkan keluarga untuk menghindari memberikan penilaian yang negatif. 4. Motivasi PM untuk mengikuti kegiatan di luar rumah.	1. Mengetahui keluarga tentang gangguan harga diri 2. Agar keluarga dan PM mengetahui tentang harga diri rendah. 3. Agar PM tidak merasa minder dan kehilangan harga dirinya. 4. Agar PM bisa mengikuti kegiatan diluar rumah.

		kegiatan dimasyarakat.		
--	--	---------------------------	--	--

(La Ode 2012, h. 18-27)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian yang ditemukan selama asuhan keperawatan gerontik yang di mulai pada tanggal 19 April – 23 April 2016 yaitu; Nama PM. K umur 63 tahun, alamat Podo Sugih, Pekalongan, Jenis kelamin perempuan, agama islam, status perkawinan janda, pendidikan tamat SD, pekerjaan sekarang tidak bekerja, pekerjaan dahulunya sebagai penjahit. Riwayat pengkajian keluarga didapatkan data sebagai berikut: PM mempunyai suami yaitu Tn. A, suami PM sudah meninggal dunia 18 tahun yang lalu, penyebab kematian suami PM adalah sakit. PM mempunyai anak satu dari pernikahannya dengan Tn.A, tetapi meninggal pada umur 5 bulan. Alasan masuk ke Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang. PM sudah tidak punya rumah dan juga tidak punya anak dan suami karena sudah meninggal, saudara PM mengaku keberatan jika PM tinggal dirumahnya karena keterbatasan ekonomi kemudian PM dibawa oleh saudaranya dan diantar ke Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang.

Pengkajian riwayat lingkungan hidup PM sudah 3 tahun tinggal di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang, dan PM selama di Bisma Upakara Pemalang merasa lebih senang karena banyak temannya, tapi PM kadang merasa sepi karena tidak ada teman ngobrol, temannya di Bisma Upakara Pemalang jarang mengajak ngobrol, namun PM terkadang mengajak ngobrol terlebih dahulu dengan temannya. PM. K di Bisma Upakara Pemalang tinggal di wisma yudhistira, dan di wisma yudhistira temannya ada 4 orang, kondisi wisma bersih karena sering dibersihkan setiap pagi terdapat ventilasi dan jendela, kamar mandi dan wc bersih tertutup serta ada tempat pembuangan sampah, PM. K hidup bersama – sama saling tolong menolong

Pengkajian riwayat status kesehatan saat ini PM mengkonsumsi Neoreumacil 1x1 (Ibuprofen 200mg). PM tidak mempunyai alergi makanan, obat-obatan dan suhu. PM selama di Bisma Upakara Pemalang setiap harinya selalu dihidangkan makanan, PM hampir menyukai semua makanan yang

dihidangkan setiap harinya. PM tidak mengetahui makanan yang diperbolehkan dan yang tidak diperbolehkan untuk dimakan. PM makan 3x sehari habis 1 porsi. PM makan tanpa bantuan orang lain. Status kesehatan masa lalu PM mengatakan \pm 5 tahun yang lalu dirawat di rumah sakit daerah pekalongan karena terjatuh dari kamar mandi dan menyebabkan kaki kanan PM bengkak, lalu PM dirawat di rumah sakit selama 4 hari.

Dilakukan pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 08.00 WIB didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu PM. K mengeluh nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat beraktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif yang di dapatkan dari pemeriksaan TTV yaitu: TD: 160/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit S: 36°C, kadar asam urat : 8,5

Dari hasil pengkajian persistem pada PM didapatkan keadaan umum : PM mengalami kelelahan, dapat melakukan ADL secara mandiri tetapi terhambat oleh keterbatasan gerak karena sering mengalami nyeri persendian terutama di lutut bagian kaki kanan , terlihat bengkak, perubahan penglihatan mata, nyeri persendian, pembengkakan sendi, kekakuan otot, mengalami kram, mengalami masalah berjalan, kelemahan otot, perubahan warna rambut, perubahan pigmentasi, cemas, kesulitan berkonsentrasi, susah dalam mengambil keputusan.

Pengkajian status fungsional yang dikaji menggunakan Indeks Kats. Nilai indeks kats pada PM adalah A karena tingkat kemandirian dalam aktifitas sehari-hari seperti dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi dilakukan secara mandiri. Dari hasil pengkajian status kognitif dan afektif menggunakan format Short Portable Mental Questionare (SPMSQ), PM termasuk mengalami fungsi intelektual baik karena, dari 11 pertanyaan yang diajukan kepada PM, PM hanya menjawab dengan benar 9 pertanyaan dan 2 pertanyaan tidak bisa dijawab dengan benar. Dari hasil pengkajian Skala Depresi Geriatrik Yesavage didapatkan Nilai Skala Depresi 6 yaitu Skala Depresi Ringan.

B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Dari hasil pengkajian tanggal 19 April 2016 pukul 08:00 WIB di dapatkan diagnosa sebagai berikut : pada pengkajian hari pertama yakni pada tanggal 19 April 2016 pukul 08.00 WIB diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat didalam sendi) ditandai dengan data subjektif : PM. K mengatakan nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. PM mengatakan nyeri dirasa kurang lebih satu tahun. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, gelisah TD: 160/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit, S:36°C, Kadar asam urat :8,5, PM tampak lemas.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu pada PM dengan kriteria hasil: Nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, PM mampu melakukan aktivitasnya tanpa adanya keluhan nyeri persendian.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji tanda-tanda vital. Rasional: untuk mengetahui kondisi PM. Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Rasional : untuk mengetahui tingkat skala nyeri. Berikan atau ajari tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut. Rasional : mengurangi intensitas nyeri, Kolaborasi untuk pemberian obat analgesik di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang. Rasional: untuk mengontrol nyeri atau menurunkan nyeri.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 19 April 2016 pukul 08.00 WIB berupa : mengkaji tanda – tanda vital, mengkaji intensitas, kualitas dan karakteristik nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Mengajarkan teknik nafas

dalam dan relaksasi progresif, Menganjurkan untuk banyak istirahat, Kolaborasi Pemberian Obat Analgesik.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 19 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 19 April 2016 ditandai dengan data subyektif : PM mengatakan masih nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, gelisah TD: 160/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit, S:36°C, Kadar asam urat :8,5 PM tampak lemas. PM tampak minum Obat Neoreumacil 1x1 (Ibuprofen 200mg), tidak ada tanda – tanda alergi. Analisa : masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi : Kaji tanda-tanda vital, Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Berikan atau ajari tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut dan Kolaborasi pemberian Obat Analgesik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, bengkak di kaki

Di tandai dengan data subjektif: PM mengatakan terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kadar asam urat : 8,5, kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu dengan kriteria hasil : PM dapat melakukan aktivitas mandiri dengan lancar dan dapat berjalan dengan mudah, pergerakan kaki kanan dapat aktif digerakan dan tidak terasa kaku.

Intervensi keperawatan dan rasional : kaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM. Rasional : tingkat aktivitas atau latihan tergantung dari perkembangan proses inflamasi. Pertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode

istirahat terus menerus dan tidur malam hari. Rasional : istirahat istemik dianjurkan selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit untuk mencegah kelemahan. Bantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan. Rasional : mempertahankan/ meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot, dan stamina umum. Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi, karenanya aktivitas yang berlebihan dapat merusak sendi. Dorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan. Rasional : memaksimalkan fungsi sendi ,mempertahankan mobilitas. Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*. Rasional : meningkatkan stabilitas jaringan (mengurangi resiko cidera).

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 19 April 2016 pada pukul 08.00 WIB berupa : mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, membantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan, memposisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 19 April 2016 pada pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 19 April 2016 ditandai dengan data subjektif, PM mengatakan terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kadar asam urat : 85, kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang. Analisa : masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi : Mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari, membantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan

resistif dan isometrik jika memungkinkan, mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi atau keterbatasan kognitif, ditandai dengan. Data subjektif: PM mengatakan tidak tau tentang penyakit yang dialami dirinya dan bagaimana cara perawatan dan pencegahan penyakitnya. Data objektif : dari anamnesa PM tidak mengetahui tentang penyakit asam urat dan bingung ketika ditanya.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 30 menit dalam 1 minggu dengan kriteria hasil diharapkan PM tahu tentang penyakit asam urat dan tahu tentang cara perawatan dan pencegahan penyakitnya.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji pengetahuan PM. Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan PM. Berikan pendidikan kesehatan tentang asam urat. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diit yang tepat untuk penderita asam urat. Ajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai obat-obatan tradisional. Kolaborasi dengan petugas wisma dalam peningkatan pengetahuan PM. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM tentang asam urat.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 19 April 2016 pukul 08.00 WIB berupa : pemberian penyuluhan kesehatan tentang pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diit yang tepat untuk penderita asam urat. Mengajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 19 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 19 April 2016 ditandai dengan data subjektif PM mengatakan sedikit tau tentang

nyakitnya. Data objektif PM tampak memperhatikan dan mendengarkan ketika diberi penjelasan oleh mahasiswa. Analisa : masalah kurang pengetahuan belum teratasi, lanjutkan intervensi berikan penyuluhan kembali tentang penyebab, cara pencegahan diet asam urat. Mengajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat.

Sedangkan pada pengkajian hari ke dua yakni pada tanggal 20 April 2016 pukul 09:00 WIB diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat didalam sendi) ditandai dengan data subjektif : PM. K mengatakan masih nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, gelisah, TD: 140/100 mmHg, N: 82x/menit, Rr: 20x/menit, S:36,5°C, PM tampak lemas.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu pada PM dengan kriteria hasil: Nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, PM mampu melakukan aktivitasnya tanpa adanya keluhan nyeri persendian.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji tanda-tanda vital. Rasional: untuk mengetahui kondisi PM. Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Rasional : untuk mengetahui tingkat skala nyeri. Berikan atau ajari tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut. Rasional : mengurangi intensitas nyeri, Kolaborasi untuk pemberian obat analgesik di Balai Pelayanan Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang. Rasional: untuk mengontrol nyeri atau menurunkan nyeri.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 20 April 2016 pukul 09.00 WIB berupa : mengkaji tanda – tanda vital, mengkaji intensitas, kualitas dan karakteristik nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam dan relaksasi progresif, Menganjurkan istirahat yang nyaman, Kolaborasi Pemberian Obat Analgesik.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 20 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 20 April 2016 ditandai dengan data subyektif : PM mengatakan masih nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, gelisah, TD 140/100 mmHg, Nadi 82x/menit, RR 20x/menit, S:36,5°C, PM tampak minum Obat Neoreumacil 1x1 (Ibuprofen 200mg), tidak ada tanda – tanda alergi. Analisa : masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi : Kaji tanda-tanda vital, Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Berikan atau ajari tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut dan Kolaborasi pemberian Obat Analgesik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, bengkak di kaki
Di tandai dengan data subjektif: PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan, PM belum bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu dengan kriteria hasil : PM dapat melakukan aktivitas mandiri dengan lancar dan dapat berjalan dengan mudah, pergerakan kaki kanan dapat aktif digerakan dan tidak terasa kaku.

Intervensi keperawatan dan rasional : kaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM. Rasional : tingkat aktivitas

atau latihan tergantung dari perkembangan proses inflamasi. Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari. Rasional : istirahat istemik dianjurkan selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit untuk mencegah kelemahan. Bantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan. Rasional : mempertahankan/ meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot, dan stamina umum. Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi, karenanya aktivitas yang berlebihan dapat merusak sendi. Dorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan. Rasional : memaksimalkan fungsi sendi ,mempertahankan mobilitas. Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*. Rasional : meningkatkan stabilitas jaringan (mengurangi resiko cidera).

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 20 April 2016 pada pukul 09.00 WIB berupa : mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan, membantu kembali PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan memposisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 20 April 2016 pada pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 20 April 2016 ditandai dengan data subjektif, PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang, makan, mandi, ganti pakaian, mencuci baju, bersih-bersih dilakukan secara mandiri dengan pelan-pelan dan hati-hati. Analisa : masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi : Mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi /

rasa sakit pada sendi PM, Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari, membantu kembali PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi atau keterbatasan kognitif, ditandai dengan. Data subjektif: PM mengatakan belum paham dengan materi yang disampaikan kemarin tentang penyakitnya. Data objektif : dari anamnesa PM tampak bingung ketika ditanya, PM tampak memperhatikan dan mendengarkan ketika diberi penjelasan.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 30 menit dalam 1 minggu dengan kriteria hasil diharapkan PM tahu tentang penyakit asam urat dan tahu tentang cara perawatan dan pencegahan penyakitnya.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji pengetahuan PM. Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan PM. Berikan pendidikan kesehatan tentang asam urat. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diet yang tepat untuk penderita asam urat. Ajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai obat-obatan tradisional. Kolaborasi dengan petugas wisma dalam peningkatan pengetahuan PM. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM tentang asam urat.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 20 April 2016 pukul 09.00 WIB berupa : pemberian penyuluhan kesehatan tentang pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diet yang tepat untuk penderita asam urat. Mengajarkan

tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 20 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 20 April 2016 ditandai dengan data subjektif PM mengatakan belum paham dengan materi yang disampaikan kemarin tentang penyakitnya. Data objektif PM tampak bingung ketika ditanya pertanyaan tentang penyakitnya. PM tampak memperhatikan dan mendengarkan ketika diberi penjelasan oleh mahasiswa. Analisa : masalah kurang pengetahuan belum teratasi, lanjutkan intervensi berikan penyuluhan kembali tentang penyebab, cara pencegahan diit asam urat. Mengajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat.

Sedangkan pengkajian pada hari ke tiga yaitu pada tanggal 21 April 2016 pukul 08:00 WIB didapatkan data sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat didalam sendi) ditandai dengan data subjektif : PM. K mengatakan nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut berkurang, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 5, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, gelisah, TD: 140/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit, S:36°C.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu pada PM dengan kriteria hasil: Nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, PM mampu melakukan aktivitasnya tanpa adanya keluhan nyeri persendian.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji tanda-tanda vital. Rasional: untuk mengetahui kondisi PM. Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Rasional : untuk mengetahui tingkat skala nyeri. Berikan atau ajari tindakan nafas dalam

dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut. Rasional : mengurangi intensitas nyeri, Kolaborasi untuk pemberian obat analgesik di Balai Pelayanan Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang. Rasional: untuk mengontrol nyeri atau menurunkan nyeri.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 21 April 2016 pukul 08:00 WIB berupa : mengkaji tanda – tanda vital, mengkaji intensitas, kualitas dan karakteristik nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Mengevaluasi teknik nafas dalam dan relaksasi progresif, Menganjurkan istirahat yang nyaman, Kolaborasi Pemberian Obat Analgesik.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 21 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 21 April 2016 ditandai dengan data subyektif : PM mengatakan nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut berkurang, P: saat aktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 5, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, gelisah, TD: 140/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit, S:36°C. PM tampak minum Obat Neoreumacil 1x1 (Ibuprofen 200mg), tidak ada tanda – tanda alergi. Analisa : masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi : Kaji tanda-tanda vital, Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Evaluasi tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut dan Kolaborasi pemberian Obat Analgesik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, bengkak di kaki

Di tandai dengan data subyektif: PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan, PM belum bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu dengan kriteria hasil : PM dapat melakukan aktivitas mandiri dengan lancar dan dapat berjalan dengan mudah, pergerakan kaki kanan dapat aktif digerakan dan tidak terasa kaku.

Intervensi keperawatan dan rasional : kaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM. Rasional : tingkat aktivitas atau latihan tergantung dari perkembangan proses inflamasi. Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari. Rasional : istirahat istemik dianjurkan selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit untuk mencegah kelemahan. Bantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan. Rasional : mempertahankan/ meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot, dan stamina umum. Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi, karenanya aktivitas yang berlebihan dapat merusak sendi. Dorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan. Rasional : memaksimalkan fungsi sendi ,mempertahankan mobilitas. Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*. Rasional : meningkatkan stabilitas jaringan (mengurangi resiko cidera).

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 21 April 2016 pada pukul 08:00 WIB berupa : mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, membantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan, mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan, memposisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 21 April 2016 pada pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 21 April 2016 ditandai dengan data subjektif, PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan,

PM belum bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang, makan, mandi, ganti pakaian, mencuci baju, bersih-bersih dilakukan secara mandiri dengan pelan-pelan dan hati-hati. Analisa : masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi : Mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari, membantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi atau keterbatasan kognitif, ditandai dengan. Data subjektif: PM mengatakan sudah paham dengan materi yang disampaikan kemarin tentang penyakitnya. Data objektif : dari anamnesa PM tampak paham ketika ditanya, PM tampak memperhatikan dan mendengarkan ketika diberi penjelasan.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit dalam 1 minggu dengan kriteria hasil diharapkan PM tahu tentang penyakit asam urat dan tahu tentang cara perawatan dan pencegahan penyakitnya.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji pengetahuan PM. Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan PM. Berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diet yang tepat untuk penderita asam urat. Ajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM mengenai obat-obatan tradisional. Kolaborasi dengan petugas wisma dalam

peningkatan pengetahuan PM. Rasional : meningkatkan pengetahuan PM tentang asam urat.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 21 April 2016 pukul 08:00 WIB berupa : pemberian penyuluhan kesehatan tentang pengertian, penyebab, cara pencegahan, dan diit yang tepat untuk penderita asam urat. Mengajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 21 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 21 April 2016 ditandai dengan data subjektif PM mengatakan sudah paham dengan materi yang disampaikan kemarin tentang penyakitnya. Data objektif PM tampak mengerti ketika ditanya pertanyaan tentang penyakitnya. PM tampak memperhatikan dan mendengarkan ketika diberi penjelasan oleh mahasiswa. Analisa : masalah defisit pengetahuan teratasi, pertahankan intervensi yaitu Mengajarkan tentang pengobatan tradisional dengan menggunakan parutan jahe dan minyak tawon bagi penderita asam urat, kolaborasi dengan petugas wisma dalam peningkatan pengetahuan PM.

Sedangkan pengkajian pada hari ke empat yaitu pada tanggal 22 April 2016 pukul 08:00 WIB didapatkan data sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat didalam sendi) ditandai dengan data subjektif : PM. K mengatakan nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut berkurang, P: saat aktivitas berkurang saat istirahat, Q: ditekan - tekan, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 4, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak tenang, PM tampak rileks, TD: 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, S:37°C.

Tujuan dan kriteria : PM akan mengalami penurunan skala nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 10 jam dalam 1 minggu dengan kriteria hasil : Nyeri berkurang dari skala 4 menjadi skala

3, PM mampu melakukan aktivitasnya dengan lancar dan optimal, PM mampu beristirahat dengan rileks.

Intervensi keperawatan dan rasional: Kaji tanda-tanda vital. Rasional: untuk mengetahui kondisi PM. Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Rasional : untuk mengetahui tingkat skala nyeri. Evaluasi tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut. Rasional : mengurangi intensitas nyeri, Kolaborasi untuk pemberian obat analgesik . Rasional: untuk mengontrol nyeri atau menurunkan nyeri.

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 22 April 2016 pukul 08:00 WIB berupa : mengkaji tanda – tanda vital, mengkaji intensitas, kualitas dan karakteristik nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Mengevaluasi teknik nafas dalam dan relaksasi progresif, Menganjurkan istirahat yang nyaman, Kolaborasi Pemberian Obat Analgesik.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 22 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 22 April 2016 ditandai dengan data subjektif : PM mengatakan nyeri pada persendian kaki kanan bagian lutut berkurang, P: saat aktifitas, berkurang saat istirahat, Q: jarang muncul seperti ditekan - tekan, R: pada kaki kanan bagian lutut S: skala 4, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak agak tenang, TD: 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, S:37°C. PM tampak berlatih relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif dengan bimbingan, PM tampak minum Obat Neoreumacil 1x1 (Ibuprofen 200mg), tidak ada tanda – tanda alergi. Analisa : masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi : Kaji tanda-tanda vital, Kaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri (skala 0-10) P, Q, R, S, T. Evaluasi tindakan nafas dalam dan relaksasi progresif. Rasional: untuk merelaksasi nyeri, Anjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut dan Kolaborasi pemberian Obat Analgesik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, bengkak di kaki

Di tandai dengan data subjektif: PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x10 Jam dalam 1 minggu dengan kriteria hasil : PM dapat melakukan aktivitas mandiri dengan lancar dan dapat berjalan dengan mudah, pergerakan kaki kanan dapat aktif digerakan dan tidak terasa kaku.

Intervensi keperawatan dan rasional : kaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM. Rasional : tingkat aktivitas atau latihan tergantung dari perkembangan proses inflamasi. Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari. Rasional : istirahat istemik dianjurkan selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit untuk mencegah kelemahan. Bantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan. Rasional : mempertahankan/ meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot, dan stamina umum. Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi, karenanya aktivitas yang berlebihan dapat merusak sendi. Dorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan. Rasional : memaksimalkan fungsi sendi ,mempertahankan mobilitas. Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*. Rasional : meningkatkan stabilitas jaringan (mengurangi resiko cidera).

Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 22 April 2016 pada pukul 08:00 WIB berupa : mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, membantu kembali PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan, mendorong PM

mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan, memposisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace*.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 22 April 2016 pada pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan tanggal 21 April 2015 ditandai dengan data subjektif, PM mengatakan masih terasa sakit saat berjalan, PM belum bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan terasa hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang, makan, mandi, ganti pakaian, mencuci baju, bersih-bersih dilakukan secara mandiri dengan pelan-pelan dan hati-hati. Analisa : masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi : Mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM, mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari, membantu kembali PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan, mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah-masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 19 -23 April 2016. Kesenjangan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek-aspek tahapan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai tahap evaluasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gerontik pada PM. K dengan Arthritis Gout di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat didalam sendi)

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan (Wilkinson & Ahern, 2012, h. 530).

Batasan karakteristik dari nyeri adalah, subyektif ; mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat. Obyektif ; Posisi untuk menghindari nyeri, raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, pupil dilatasi, perubahan selera makan, perubahan untuk aktivitas lain, aktivitas berulang, gelisah, menangis, merintih, kewaspadaan berlebihan, serta perilaku menjaga atau sikap melindungi (Wilkinson & Ahern, 2012, h. 530).

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM. K tanggal 19 April 2016 didapatkan data subjektif : PM. K mengeluh nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, P: saat beraktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-

tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Data objektif : PM tampak raut wajah kesakitan, tekanan darah meningkat, gelisah TD: 160/90 mmHg, PM tampak lemas.

Nyeri menjadi diagnosa prioritas pertama karena melihat pada saat pengkajian nyeri berskala 6, ketidaknormalan persendian yang semakin berlanjut, inflamasi karena pada saat pengkajian keluhan utama PM adalah nyeri. Apabila tidak segera ditangani dapat mengganggu pada fungsi tubuh lain seperti pola tidur gangguan rasa nyaman sehingga menurunkan daya tahan tubuh, menyebabkan terganggunya aktivitas PM. Dilihat dari kebutuhan dasar manusia menurut Hierarki Maslow bahwa Nyeri masuk kedalam masalah fisiologis yaitu rasa ketidaknyamanan yang merupakan masalah tertinggi yang harus segera ditangani.

Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan kriteria hasil. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 10 Jam dalam 1 minggu diharapkan, masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 3, setelah dilatih dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif, PM mampu melakukan aktivitasnya tanpa adanya nyeri.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada PM. K untuk mengatasi masalah nyeri yaitu :

- 1) Mengkaji tanda-tanda vital karena nyeri dan gelisah dapat ditandai dengan tekanan darah dan nadi meningkat dengan respon, DS : PM. K mengatakan nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut, TD: 160/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit S:36°C, kadar asam urat : 8,5
- 2) Mengkaji intensitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri. Dalam mengkaji karakteristik nyeri menggunakan Palliative (apa yang memperberat dan memperingankan nyeri), Quality (rasa nyeri seperti apa), Region (dimana tempat nyeri itu terjadi), Scale (skala intensitas tingkat nyeri), dan Timing (kapan waktu nyeri itu muncul). Menyatakan bahwa nyeri merupakan pengalaman subyektif PM dan harus dijelaskan oleh PM dengan respon. DS : PM. K mengeluh nyeri persendian pada kaki kanan

bagian lutut, P: saat beraktivitas, berkurang saat istirahat, Q: ditusuk-tusuk, R: kaki kanan bagian lutut, S: skala 6, T: hilang timbul.

- 3) Menganjurkan dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif memungkinkan penurunan intensitas nyeri karena terjadi relaksasi pikiran dan tubuh PM dengan respon, DS : PM mengatakan bersedia untuk diajarkan relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif, DO : PM tampak berlatih relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif dengan bimbingan.
- 4) Menganjurkan istirahat yang nyaman selama fase akut, PM mengatakan dengan posisi tidur kaki diletakkan diatas bantal dapat mengurangi intensitas nyeri di daerah persendian kaki dan memberikan rasa nyaman dengan respon, DS : PM mengatakan akan istirahat jika nyeri persendian, DO : PM tampak istirahat, tiduran dengan posisi kaki diletakkan diatas bantal.
- 5) Memberikan obat analgesik dan memungkinkan penurunan intensitas nyeri, dengan respon, DS : PM mengatakan nyeri persendian pada kaki, DO : PM tampak meminum obat, obat masuk melalui oral, tidak ada tanda tanda alergi.

Kekuatan : dengan bahasa penyampaian yang sederhana dan tindakan keperawatan yang menyesuaikan kondisi PM sehingga tindakan keperawatan bisa dipahami dan dimengerti PM. PM bersedia mengikuti instruksi dari perawat, PM dapat mempraktekkan tehnik nafas dan teknik relaksasi progresif yang sudah diajarkan pada PM, PM merasa senang dibantu dalam pemulihan kondisinya. Kelemahan : dilihat dari kondisi PM yang lanjut usia , PM terkadang malas untuk melakukan teknik nafas dalam dan teknik relaksasi progresif secara mandiri jika timbul nyeri. Solusinya berkolaborasi dengan pengasuh wisma dalam motivasi kepada PM untuk melakukan teknik nafas dalam serta teknik relaksasi progresif secara mandiri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari, hasil evaluasi pada tanggal 22 April 2016 pukul 15:00 WIB kondisi PM menunjukkan ada sedikit perubahan dengan adanya data subyektif PM mengatakan nyeri

persendian pada kaki kanan bagian lutut berkurang, dengan skala nyeri 4. Data objektif : TD: 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, S:37°C. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri PM. K belum teratasi.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, bengkok dikaki.

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam, pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih. Tingkat 0: mandiri total, tingkat 1: memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu, tingkat 2, memerlukan bantuan dari orang lain untuk pertolongan, pengawasan, atau pengajaran, tingkat 3: membutuhkan bantuan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu, tingkat 4: ketergantungan, tidak berpartisipasi dalam aktivitas (Wilkinson & Ahern, 2012, h. 472).

Batasan karakteristik dari hambatan mobilitas fisik adalah obyektif: penurunan waktu reaksi, kesulitan membolak-balik posisi tubuh, dispnea saat beraktivitas, asyik dengan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (misalnya peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku mengendalikan, berfokus pada kondisi sebelum sakit atau ketunadayaan), perubahan cara berjalan (misalnya penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan, kesulitan untuk memulai berjalan, langkah kecil, berjalan dengan menyeret kaki, pada saat berjalan badan mengayun ke samping), pergerakan menyentak, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi, tumor yang diinduksi oleh pergerakan, ketidakstabilan postur tubuh (saat melakukan rutinitas aktivitas kehidupan sehari-hari), melambatnya pergerakan, gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi (Wilkinson & Ahern, 2012, h. 472).

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM. K tanggal 19 April 2016 didapatkan Di tandai dengan data subjektif: PM mengatakan terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki

kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, melambatnya pergerakan, kesulitan untuk memulai berjalan, jika berjalan terlihat pincang.

Hambatan mobilitas fisik menjadi prioritas masalah keperawatan kedua karena adanya nyeri, bengkak dikaki dan kekakuan sendi pada PM sehingga mobilitas dan rentang gerak terganggu. Salah satu contohnya adalah pada saat PM melakukan aktivitas sehari-hari biasanya memakan waktu tidak terlalu lama, dengan keadaan PM yang mengalami hambatan mobilitas PM dapat melakukannya tapi pelan sehingga menyita waktu banyak. Saat pengkajian PM mengatakan saat terasa sakit PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya. Kaki kanan terlihat bengkak, kadar asam urat saat diperiksa 8,5 mg/dl.

Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan kriteria hasil. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 10 jam dalam 1 minggu diharapkan, masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : PM dapat melakukan aktivitas dengan lancar dan aman, dan dapat berjalan dengan mudah.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada PM. K untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik yaitu :

- 1) Mengkaji tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi PM. Jika tingkat aktivitas dan tingkat inflamasi / rasa sakit pada sendi diketahui maka dapat memberikan intervensi yang tepat dengan respon, DS : PM mengatakan terasa sakit saat berjalan, PM tidak bisa melakukan kegiatan lainnya sehingga sulit untuk berjalan. Data objektif : kaki kanan terlihat bengkak dan teraba hangat, tampak sering duduk, jika berjalan masih terlihat pincang, makan, mandi, ganti pakaian, mencuci baju, bersih-bersih dilakukan secara mandiri dengan pelan-pelan dan hati-hati.
- 2) Mempertahankan istirahat tirah baring/duduk jadwal aktivitas untuk memberikan periode istirahat terus menerus dan tidur malam hari dengan respon, DS : PM mengatakan jika terasa nyeri persendian PM melakukan istirahat atau tidur. Data objektif : PM tampak sering duduk, dan pola tidur PM 6-8 jam/hari.

- 3) membantu PM latihan rentang gerak pasif/aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan, dengan respon, DS : PM mengatakan bersedia dibantu melakukan senam pagi. DO : PM tampak senang dibantu melakukan senam pagi.
- 4) mendorong PM mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri, berjalan, dengan respon, DS : PM mengatakan mau untuk mempertahankan postur tegak, duduk, berdiri dan berjalan. DO : PM tampak duduk dengan posisi tegak, berdiri, dan berjalan.
- 5) Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, bebat dan *brace* dengan respon, DS : PM mengatakan mau untuk diposisikan sendi pada kaki yang sakit. DO : PM tampak rileks.

Kekuatan : PM mampu menciptakan dan menjaga lingkungan yang sesuai dengan kondisi PM yang lanjut Usia seperti membersihkan ruangan PM setiap pagi hari. Kelemahan : tidak semua intervensi dapat diberikan kepada PM karena dilihat dari kondisi PM yang mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga membutuhkan pengawasan dari tenaga kesehatan. Solusinya adalah berkolaborasi dengan pengasuh wisma dalam pengawasan aktivitas PM.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari, hasil evaluasi pada tanggal 22 April 2016 pukul 15:00 WIB kondisi PM menunjukkan belum ada perubahan dengan adanya data subyektif : PM mengatakan kakinya masih terasa sakit untuk berjalan, PM belum bisa melakukan kegiatan lainnya. Data objektif : kaki kanan masih terlihat bengkak dan teraba hangat, tampak sering duduk, jika berjalan masih terlihat pincang, makan, mandi, ganti pakaian, mencuci baju, bersih-bersih dilakukan secara mandiri dengan pelan-pelan dan hati-hati. Analisa : masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi atau keterbatasan kognitif.

Penyerapan informasi kognitif yang berhubungan dengan topik tertentu yang mencukupi untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan (Wilkinson & Ahern, 2012, h. 448).

Batasan karakteristik kurang pengetahuan antara lain : subyektif ; menjelaskan pengetahuan mengenai topik, mengungkapkan ketertarikan untuk belajar. Obyektif ; perilaku yang sesuai dengan pengetahuan yang diperlihatkan, menjelaskan pengalaman sebelumnya yang berhubungan dengan topik pembelajaran (Wilkinson & Ahern, 2012, hh. 448 - 449).

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian pada PM. M tanggal 19 April 2016 didapatkan Data subyektif: PM mengatakan tidak tau tentang penyakit yang dialami dirinya dan bagaimana cara perawatan dan pencegahan penyakitnya. Data objektif : dari anamnesa PM tidak mengetahui tentang penyakit hipertensi dan bingung ketika ditanya.

Diagnosa defisit pengetahuan menjadi diagnosa terakhir, karena menurut konsep kebutuhan dasar manusia Maslow, kurang pengetahuan masuk kedalam kebutuhan aktualisasi diri yang merupakan urutan terakhir dari hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow (Wahit Iqbal, 2008, h. 2).

Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan yang sesuai dengan kebutuhan PM dengan kriteria hasil. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit dalam 1 minggu diharapkan PM mampu menyebutkan makanan yang dilarang untuk penderita asam urat, PM mampu menyebutkan cara perawatan dan pencegahan untuk penderita asam urat.

Sedangkan tindakan keperawatan yang diberikan pada PM. K untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan yaitu :

Pemberian pendidikan kesehatan, informasi yang adekuat dan pemahaman PM tentang asam urat dapat meningkatkan kerja sama dalam rencana pengobatan misalnya pengobatan tradisional yang bisa dimanfaatkan disekitar wisma.

Pentingnya diet rendah purin dapat membantu untuk mengontrol asam urat, dan juga mampu melaksanakan cara perawatan penyakit asam urat dengan respon, DS : PM mengatakan sudah paham dengan penjelasan materi yang disampaikan kemarin, DO : PM tampak paham, memperhatikan dan mendengarkan saat diberi penjelasan.

Kekuatan : PM mampu menciptakan lingkungan yang tenang sehingga dalam pemberian penkes berjalan sesuai dengan rencana. Kelemahan : PM mengalami penurunan kognitif sehingga perlu mengulang dalam memberikan penyuluhan pendidikan kesehatan tentang asam urat. Solusinya adalah berkolaborasi dengan pengasuh wisma dalam perawatan, pencegahan, dan pengaturan diet makan kepada PM.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 22 April 2016 pukul 15:00 WIB : setelah dilakukan tindakan keperawatan ditandai dengan data subjektif PM mengatakan sudah paham dengan penjelasan materi yang disampaikan. Data objektif PM tampak paham saat diajukan pertanyaan oleh mahasiswa dan menjawab dengan benar. (Pertanyaan :coba ulangi pengertian asam urat, makanan yang dihindari untuk penderita asam urat?) Jawaban dari PM : iya, yang rendah purin misalnya kerang, cumi. Analisa : masalah kurang pengetahuan teratasi.

BAB V

PENUTUP

Dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM. K Dengan Masalah Arthritis Gout Di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pematang tanggal 19 – 23 April 2016 , penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Dari uraian penulis tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik pada PM. K dengan masalah Arthritis Gout dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Setelah dilakukan pengkajian pada PM dengan masalah arthritis gout, memiliki ciri khas tersendiri berupa PM mengeluh nyeri persendian pada kaki kanan bagian lutut dan terlihat bengkak. Mengalami keterbatasan pergerakan karena terjadinya penurunan fungsi fisiologis tubuh pada lansia, dan juga mengalami keterbatasan pengetahuan terhadap informasi tentang arthritis gout. Tanda-tanda vital : TD: 160/90 mmHg, N: 88x/menit, Rr: 20x/menit, S:36°C, Kadar asam urat :8,5 mg/dl.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus nyata berdasarkan kondisi dan respon PM. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada PM sebagai berikut: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (penumpukan asam urat dalam sendi), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri,bengkak dikaki, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi atau keterbatasan kognitif,
3. Pelaksanaan pada pengelolaan kasus arthritis gout pada lansia harus selalu disesuaikan dengan kondisi dan keluhan PM, dan lingkungan, serta kemampuan PM, dengan melibatkan peran perawat sehingga tujuan dapat tercapai dengan baik.

4. Evaluasi pada PM dengan masalah arthritis gout harus dilakukan setiap hari pada akhir tindakan keperawatan, digunakan sebagai hasil tindakan keperawatan dan digunakan sebagai tindak lanjut rencana keperawatan.
5. Dokumentasi keperawatan dilakukan dengan mendokumentasikan semua kegiatan dan hasilnya, mulai dari pengkajian sampai dengan kedalaman catatan perawat yang ada dalam status PM sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dikemudian hari.

B. Saran

1. Bagi Lahan Praktik Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang

Sebaiknya kerjasama antar perawat dan PM lebih ditingkatkan dan meningkatkan kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penerima manfaat yang membutuhkan informasi masalah kesehatan yang dialami, serta dalam pemberian pelayanan kepada PM disiapkan fasilitas-fasilitas yang memadai untuk menunjang pemeriksaan atau tindakan keperawatan terutama arthritis gout pada lansia.

2. Bagi penulis

Penulis supaya terus mengembangkan pengetahuan yang telah didapat tentang arthritis gout pada lansia serta menginformasikan kepada orang lain (Lansia) sehingga tindakan pencegahan dan pengobatan arthritis gout dapat dilakukan secara optimal. Sebaiknya penulis juga harus lebih mempersiapkan peralatan dan mengatur waktu dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

3. Bagi Institusi

Institusi akademik diharapkan agar terus mengembangkan dan menambahkan referensi buku untuk para mahasiswanya tentang arthritis gout pada lansia, untuk mempermudah bagi penulis atau peneliti selanjutnya untuk mendapat sumber-sumber referensi buku dan mengembangkan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang. 2016. *Data Penyakit yang diderita Lansia di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakara Pemalang 1 tahun terakhir*. Tidak Dipublikasikan.
- Hadibroto,dkk. 2005. *Asam Urat*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Mubarak, W. I & Chayatin, N. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Soedarto. 2012. *Alergi Dan Penyakit Sistem Imun*. Jakarta: Sagung Seto
- Prasetyono, Dwi Sunar. 2012. *Daftar Tanda Dan Gejala Ragam Penyakit*. Yogyakarta: FlashBooks.
- Nugroho, Wahyudi. 2018. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- La Ode, Sarif. 2012. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sutanto, Teguh. 2013 hal 11. *Asam Urat Deteksi, Pencegahan, Pengobatan*. Yogyakarta: Bukupintar.

Wilkinson, M. J & Ahern, R. N. 2012. Buku *Saku Diagnosis Keperawatan Edisi*

9. Jakarta: EGC.

<http://thesis.ums.ac.id/datapublik/t33394.pdf>

<http://eprints.ums.ac.id/22009/3/2. Bab I.pdf>