

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Gout Arthritis

Gout Arthritis adalah salah satu penyakit inflamasi sendi yang paling sering ditemukan, ditandai dengan penumpukan kristal monosodium urat di dalam ataupun di sekitar persendian. Jumlah asam urat dalam darah dipengaruhi oleh intake purin, biosintesis asam urat dalam tubuh, dan banyaknya ekskresi asam urat (Maratus, 2014).

Gout Arthritis merupakan penyakit yang menyerang sistem muskuloskeletal terutama persendian karena kadar asam urat dalam darah terlalu tinggi, biasanya lebih dari 7 mg/dL pada pria dan 6 mg/dL pada wanita. *Gout Arthritis* sering terjadi pada persendian terutama sendi kecil yaitu sendi jempol kaki, sendi pergelangan tangan, sendi lutut, sendi tangan dan sendi siku (Caturia & Mahsun, 2023).

2.1.2. Klasifikasi

a. Klasifikasi berdasarkan manifestasi klinis:

1. Stadium akut

Radang sendi timbul sangat cepat dalam waktu singkat. Lansia tidur tanpa ada gejala apa-apa. Pada saat bangun pagi terasa sakit yang hebat dan tidak dapat berjalan.

Biasanya bersifat monoartikular dengan keluhan utama berupa nyeri, bengkak, terasa hangat, merah dengan gejala sistemik berupa demam, menggigil dan merasa lelah. Apabila proses penyakit berlanjut, dapat terkena sendi lain yaitu pergelangan tangan/kaki, lutut, dan siku. Faktor pencetus serangan akut antara lain berupa trauma lokal, diet tinggi purin, kelelahan fisik, stress, tindakan operasi, pemakaian obat diuretik dan lain-lain (Senocak, 2019).

2. Stadium interkritikal

Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut dimana terjadi periode interkritik. Walaupun secara klinik tidak dapat ditemukan tandatanda radang akut, namun pada aspirasi sendi ditemukan kristal urat. Hal ini menunjukkan bahwa proses peradangan masih terus berlanjut, walaupun tanpa keluhan (Senocak, 2019).

3. Stadium kronik

Stadium ini umumnya terdapat pada lansia yang mampu mengobati dirinya sendiri (self medication). Sehingga dalam waktu lama tidak mau berobat secara teratur pada dokter. *Gout arthritis* menahun biasanya disertai tofi yang banyak dan poliartikular. Tofi ini sering pecah dan sulit sembuh dengan obat. Kadang-kadang dapat timbul infeksi sekunder. Secara umum penanganan *gout arthritis* adalah memberikan edukasi pengaturan diet, istirahat sendi dan

pengobatan. Pengobatan dilakukan dini agar tidak terjadi kerusakan sendi ataupun komplikasi lainnya. Tujuan terapi meliputi terminasi serangan akut, mencegah serangan di masa depan, mengatasi rasa sakit dan peradangan dengan cepat dan aman, mencegah komplikasi seperti terbentuknya tofi, batu ginjal, dan arthropati destruktif (Senocak, 2019).

b. Klasifikasi berdasarkan penyebabnya:

1. *Gout primer*

Gout primer merupakan akibat langsung pembentukan asam urat berlebihan, penurunan ekskresi asam urat melalui ginjal.

2. *Gout sekunder*

a. Obat-obatan

Obat TBC seperti obat etambutol dan pyrazinamide dapat menyebabkan kenaikan asam urat pada beberapa lansia. Hal ini terjadi karena adanya efek dari obat ini yang berefek terhambatnya sekresi dari ginjal, termasuk sekresi asam urat yang menghasilkan terjadinya peningkatan asam urat pada tubuh.

b. Penyakit lain

Penyebab asam urat bisa terjadi jika memiliki tekanan darah yang terlalu tinggi, atau pun memiliki kadar gula darah yang terlalu tinggi, dan menimbulkan penyakit

hipertensi atau pun penyakit diabetes dan kolesterol dan penyakit tersebut bisa menyebabkan organ tubuh menurunkan fungsinya sehingga tidak dapat mengeluarkan limbah tubuh dengan baik seperti limbah asam urat, oleh sebab itu salah satu penyebab asam urat akibat penyakit di dalam tubuh.

2.1.3. Etiologi

Penyebab dari *gout arthritis* meliputi usia, jenis kelamin, riwayat medikasi, obesitas, konsumsi purin dan alkohol. Pria memiliki tingkat serum asam urat lebih tinggi daripada wanita, yang meningkatkan resiko mereka terserang *gout arthritis*. Perkembangan *gout arthritis* sebelum usia 60 tahun lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita. Namun angka kejadian gout arthritis menjadi sama antara kedua jenis kelamin setelah usia 60 tahun. *Gout arthritis* pada pria meningkat dengan bertambahnya usia dan mencapai puncak antara usia 75 dan 84 tahun (Wahyu, 2017).

Pertambahan usia merupakan faktor resiko penting pada pria dan wanita. Hal ini kemungkinan disebabkan banyak faktor, seperti peningkatan kadar asam urat serum (penyebab yang paling sering adalah karena adanya penurunan fungsi ginjal), peningkatan pemakaian obat diuretik, dan obat lain yang dapat meningkatkan kadar asam urat serum (Wahyu, 2017).

2.1.4. Patofisiologi

Menurut Sya'diyah (2018) banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan *gout*. Salah satunya yang telah diketahui perannya adalah konsentrasi asam urat didalam darah. Mekanisme serangan *gout* akut berlansung beberapa fase secara berurut.

a. Presipitasi kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma darah 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sonovium, jaringan paraartikuler misalnya bursa, tendon dan selaputnya. Kristal urat yang bermuatan negatif akan dibungkus (coat) oleh berbagai 12 macam protein. Pembungkusan dengan igG akan merangsang netrofi untuk berespon untuk pembentukan kristal.

b. Respon leukosit polimorfonukuler (PMN)

Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotoksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit

c. Fagositosis

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling kristal bersatu dan membran leukositik lisosom.

d. Kerusakan lisosom

Terjadi kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom, peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan

pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitosplasma.

e. Kerusakan sel

Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan.

2.1.5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Sapti (2019) yang biasa dialami oleh penderita penyakit *gout arthritis* adalah

- a. Kesemutan dan linu.
- b. Nyeri terutama pada malam atau pagi hari saat bangun tidur.
- c. Sendi yang terkena *gout arthritis* terlihat bengkak, kemerahan, panas, dan nyeri luar biasa.
- d. Menyerang satu sendi dan berlangsung selama beberapa hari, gejalanya menghilang secara bertahap dimana sendi kembali berfungsi dan tidak muncul gejala hingga terjadi serangan berikutnya.
- e. Urutan sendi yang terkena serangan *gout* berulang adalah ibu jari kaki, sendi tarsal kaki, pergelangan kaki, sendi kaki belakang, pergelangan tangan, lutut, dan bursa elekanon pada siku.
- f. Nyeri hebat dan akan merasakan nyeri pada tengah malam menjelang pagi.
- g. Sendi yang terserang gout akan membengkak dan kulit biasanya akan berwarna merah atau kekuningan, serta terasa hangat dan

nyeri saat digerakkan serta muncul benjolan pada sendi (tofus). Jika sudah agak lama (hari kelima), kulit di atasnya akan berwarna merah kusam dan terkelupas (deskuamasi). Gejala lainnya adalah muncul tofus di helix telinga/pinggir sendi/tendon. Menyentuh kulit di atas sendi yang terserang gout bisa memicu rasa nyeri yang luar biasa. Rasa nyeri ini akan berlangsung selama beberapa hari hingga sekitar satu minggu, lalu menghilang.

- h. Gejala lain yaitu demam, menggigil, tidak enak badan, dan jantung berdenyut dengan cepat.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

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

a. Terapi farmakologi

Secara umum, penanganan *gout arthritis* adalah memberikan edukasi, pengaturan diet, istirahat sendi dan pengobatan. Pengobatan dilakukan secara dini agar tidak terjadi kerusakan sendi ataupun komplikasi lain. Pengobatan *gout arthritis* akut bertujuan menghilangkan keluhan nyeri sendi dan peradangan dengan obat-obat, antara lain: kolkisin, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), kortikosteroid atau hormon ACTH. Obat

penurun asam urat seperti alupurinol atau obat urikosurik tidak dapat diberikan pada stadium akut. Namun, pada pasien yang secara rutin telah mengkonsumsi obat penurun asam urat, sebaiknya tetap diberikan. Pada stadium interkritik dan menahun, tujuan pengobatan adalah menurunkan kadar asam urat, sampai kadar normal, guna mencegah kekambuhan. Penurunan kadar asam urat dilakukan dengan pemberian diet rendah purin dan pemakaian obat allopurinol bersama obat urikosurik yang lain (Ilham, 2020).

b. Terapi non-farmakologi

Menurut Herlina (2013) mencegah lebih baik daripada mengobati agar terhindar dari penyakit asam urat sebaiknya lakukanlah upaya pencegahan sebagai berikut:

1. Mengatur pola makan (membatasi makanan tinggi purin)

Terapi diet dapat dilakukan apabila kadar asam urat sudah mulai tinggi, bahkan melebihi kadar asam urat normal. Hindari atau batasi makanan-makanan yang mengandung tinggi purin (jeroan, kacang-kacangan, melinjo, sarden, sayur-sayuran hijau seperti kangkung, bayam dan makanan yang mengandung lemak seperti santan.

2. Minum air putih secara rutin

Air putih memiliki daya larut paling tinggi. Air putih dapat melarutkan semua zat yang larut di dalam cairan termasuk

purin. Asam urat yang terlarut dalam air akan dibuang dan diekskresikan melalui ginjal bersama purin.

3. Istirahat teratur

Pada saat tidur akan terjadi penguraian asam laktat dalam tubuh, apabila kurang tidur maka asam laktat akan menumpuk dalam tubuh karena penguraian tidak sempurna.

4. Olahraga

Olahraga secara teratur akan memberi rangsangan kepada semua sistem tubuh sehingga dapat mempertahankan tubuh tetap dalam keadaan sehat.

5. Menghindari alkohol

Kadar alkohol dapat mempengaruhi kerusakan beberapa fungsi organ di dalam tubuh, seperti mengurangi fungsi jantung dan mengganggu fungsi ginjal dalam mengekskresikan asam urat.

6. Kompres hangat dengan jahe dan menurunkan berat badan.

2.1.7. Komplikasi

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

a. Kerusakan Sendi

Gout Arthritis merupakan penyakit yang cukup ditakuti sebagian orang karena menimbulkan kerusakan sendi dan perubahan bentuk tubuh. Kerusakan sendi yang disebabkan tingginya asam

urat dapat terjadi di tangan maupun kaki. Kerusakan tersebut terjadi karena asam urat menumpuk di dalam sendi dan menjadi kristal yang mengganggu sendi. Sendi yang tertutup kristal asam urat menyebabkan jari-jari tangan maupun kaki menjadi kaku dan bengkok tidak beraturan. Namun yang ditakuti penderita bukan bengkoknya melainkan rasa sakit yang berkepanjangan.

b. Terbentuk Tofi

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

c. Penyakit Jantung

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

d. Batu Ginjal

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

e. Gagal ginjal (nefropati gout)

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

2.2. Konsep Lansia

2.2.1. Definisi Lansia

Lanjut usia ialah sesuatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Penuaan merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari waktu tertentu, namun dimulai dari awal kehidupan. Menjadi tua ialah proses alamiah, maksudnya seseorang akan melewati 3 tahap dalam hidupnya, yaitu masa anak-anak, dewasa, dan tua (Mawaddah, 2020).

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.

2.2.2. Klasifikasi Lansia

- a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada 4 tahapan yaitu:
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
 - 2) Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
 - 3) Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (*very old*) usia >90 tahun
- b. Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari:
 - 1) Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun.

- 2) Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- 5) Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.2.3. Teori Proses Menua

Menurut Depkes RI (2016) tentang teori proses menua yaitu:

1. Teori Biologi

a. Teori genetik dan mutase (*somatic mutatie theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul- molekul.

b. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak).

c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*auto immune theory*)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak

tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

d. Teori “*immunology slow virus*”

Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

e. Teori stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

f. Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

g. Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

h. Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2. Teori Kejiwaan Sosial

a. Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia berupa mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil.

b. Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

c. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni: (1) Kehilangan peran; (2)

Hambatan kontak sosial; (3) Berkurangnya kontak komitmen

2.2.4. Tugas Perkembangan Lansia

Tugas perkembangan lansia merupakan tugas perkembangan akhir dilihat dari rentang kehidupan. Orang tua (Lansia) diharapkan untuk menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan dan menurunnya kesehatan secara bertahap. Mereka diharapkan untuk mencari kegiatan untuk mengganti tugas-tugas terdahulu yang menghabiskan sebagian besar waktu kala mereka masih muda.

Tugas-tugas perkembangan lansia adalah:

- 1) Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
- 2) Mempersiapkan diri untuk pension
- 3) Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
- 4) Mempersiapkan kehidupan baru
- 5) Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai
- 6) Mempersiapkan kematian

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan. Kemudian ketika melakukan pengkajian pada klien harus memperhatikan data dasar dari klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien (Iqbal, 2011).

a. Anamnesis

1. Identitas

Identitas meliputi nama, jenis kelamin (wanita mengalami peningkatan resiko gout arthritis setelah menopause, kemudian resiko mulai meningkat pada usia 45 tahun dengan penurunan level esterogen karena esterogen memiliki efek urikosurik, hal ini menyebabkan gout arthritis jarang pada wanita muda), alamat, agama, suku/bangsa, bahasa, status perkawinan, dan lain-lainnya.

2. Keluhan utama

Pada klien gout arthritis umumnya keluhan utama ang muncul yaitu nyeri. Gout biasanya mengenai satu atau beberapa sendi. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang nyeri klien dapat menggunakan metode OPQRSTUV.

Onset : Kapan nyeri dimulai? Nyeri biasanya dirasakan pada malam hari, cuaca dingin, atau pada saat musim penghujan

Provokes (Penyebab) : Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? Nyeri disebabkan karena penumpukan asam urat yang berlebih (Muttaqin, 2017).

Quality (Kualitas) : Kualitas nyeri yang dirasakan, apakah seperti diremas, menekan, membakar? Nyeri biasa dirasakan seperti tertusuk tusuk (Muttaqin, 2017).

Radiates (Penyebaran): Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik? Nyeri biasa terjadi hanya pada satu titik contohnya nyeri pada lutut kanan/kiri, nyeri pada sendi metatarsophalangeal ibu jari kaki (Muttaqin, 2017).

Severity (Keparahan) : Seperti apa rasa sakitnya, nilai nyeri dalam skala 1-10? Skala nyeri yang dirasakan antara 1-8 pada rentang pengukuran 1-10 (Muttaqin, 2017).

Treatment : Usaha untuk meredakan nyeri. Tanyakan tindakan apa yang dilakukan pasien untuk mengatasi nyeri. Klien biasa mengatasi dengan obat-obatan (Muttaqin, 2017).

Understanding : Bagaimana persepsi nyeri klien? Klien dapat mempresepsikan nyeri yang dirasakan (Muttaqin, 2017).

Values : Tujuan dan harapan untuk nyeri yang diderita klien? Klien berharap nyeri yang dirasa dapat berkurang dan bias sembuh (Muttaqin, 2017).

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data dilakukan sejak munculnya keluhan dan secara umum mencakup awal mula gejala dan bagaimana gejala tersebut dapat berkembang.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada tahap pengkajian riwayat penyakit dahulu, kemungkinan ditemukan penyebab yang mendukung

terjadinya *gout* (misalnya: penyakit gagal ginjal kronis, leukimia, dll). Masalah lain yang perlu dikaji adalah pernahkah klien dirawat dengan masalah yang sama dan kaji apakah ada pemakaian alkohol yang berlebihan dan penggunaan obat diuretik (Iqbal & Mubarak, 2011).

5. Riwayat penyakit keluarga

Kaji adakah anggota keluarga yang mempunyai keluhan sama dengan klien karena *gout* dipengaruhi oleh faktor genetic (Iqbal & Mubarak, 2011).

6. Riwayat psikososial

Kaji respon emosi klien pada penyakit yang diderita dan peran klien didalam keluarga dan masyarakat. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentang variable tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan sensasi nyeri, dan ketidaktahuan akan program pengobatan dan prognosis penyakit dan peningkatan asam urat pada sirkulasi (Meldawati, 2017).

7. Riwayat nutrisi

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

b. Pemeriksaan fisik

1. Teknik pemeriksaan fisik ada inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Inspeksi dengan cara melihat, kita melihat kelainan yang ada pada pasien. Palpasi dengan cara meraba.

Pemeriksaan inspeksi dan palpasi untuk mengetahui terjadinya perubahan bentuk/deformitas pada sendi pasien *Gout Arthritis* dan pemeriksaan palpasi untuk mengetahui apakah ada nyeri tekan atau tidak. Perkusi dengan cara mengetuk, macam macam suara yang dihasilkan oleh perkusi: sonor (suara normal), hipersonor/thympani (suara daerah kosong), pekak (adanya cairan), redup (lebih padat). Auskultasi dengan cara mendengarkan (Azari, 2018).

2. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital, biasanya suhu meningkat $>37^{\circ}\text{C}$, nadi meningkat 70-82x/menit, tekanan darah dapat meningkat/dalam batas normal, pernafasan biasanya normal atau dapat mengalami peningkatan.
3. Sistem pernafasan, dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal
4. Sistem sirkulasi, kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi, sirkulasi perifer, warna dan kehangatan
5. Sistem persarafan, kaji adanya hilang gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil, agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas).
6. Sistem perkemihan, kaji perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin

7. Sistem pencernaan, kaji adanya konstipasi, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.
 8. Sistem musculoskeletal, kaji adanya nyeri berat tiba tiba/mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot, kontraktur, atrofi berat, dan perubahan warna
 9. Pola istirahat dan tidur, menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, biasanya lansia yang mengalami Gout Arthritis mempunyai masalah tidur yaitu pada saat nyeri pada sendi kakinya kambuh dan mengalami insomnia (Sembiring, 2018).
- c. Pemeriksaan diagnostik
- a. Serum asam urat

Serum asam urat yang meningkat yakni diatas 7,5 mg/dl menandakan terjadinya hiperurisemia, akibat dari adanya peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi (Aspiani, 2014).
 - b. Leukosit

Selama serangan akut leukosit akan meningkat secara signifikan mencapai 20.000/mm³. Sedangkan jumlah leukosit selama periode asimtomatik masih dalam normal yakni 5000-10000/mm³ (Aspiani, 2014).

c. Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Mengalami peningkatan selama serangan akut. Kecepatan sedimen rate yang mengalami peningkatan menandakan proses inflamasi akut akibat dari deposit asam urat pada persendian (Aspiani, 2014).

d. Urinalisis 24 jam

Jumlah normal ekskresi yakni 250-750 mg/24/jam asam urat di dalam urin, jika jumlah ekskresi yang dihasilkan selama 24 jam > 800 mg, maka akan mengindikasikan peningkatan asam urat (Helmi, 2013)

e. Pemeriksaan cairan sendi

Pemeriksaan untuk melihat defosit kristal asam urat (monosodium urat monohidrat) pada sendi yang mengalami peradangan.

2.3.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial

Diagnosis yang mungkin muncul untuk klien dengan masalah Gout Arthritis yaitu:

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Biologis (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

- c. Ansietas b.d Ancaman Terhadap Kematian (D.0080)
 - d. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)
- (PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

2.3.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2017).

Tabel 2 1 Rencana Asuhan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	(D.0077) Nyeri Akut Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab: 1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat. (L.08066) Tingkat Nyeri Ekspektasi: Menurun dengan Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola nafas membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Pola tidur membaik (L.08063) Kontrol Nyeri	(I.08238) Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intersitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terapeutik

	amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif; - Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif:- Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis Kondisi Klinis Terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom coroner akut 5. Glaucoma	Ekspektasi: Meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat	1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal TENS, hynosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i> (I.08243) Pemberian Analgetik Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik
--	--	--	--

			Terapeutik 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan Edukasi 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi
2.	(D.0054) Gangguan Mobilisasi Fisik Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan masa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan neuromuscular	(L.05042) Mobilitas Fisik Ekspektasi Meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	(I.06171) Dukungan Ambulasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misal tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi

12. Gangguan musculoskeletal 13. Indeks masa tubuh diatas persentilan ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Progam pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensori persepsi Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas Objektif: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah Kondisi Klinis Terkait: 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma		1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Anjarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
--	--	--

	4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan		
3.	(D.0080) Ansietas Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab: 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi system keluarga 8. Hubungan orangtua-anak tidak memuaskan 9. Factor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalahgunaan zat 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain lain) 12. Kurang terpapar informasi Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Merasa bingung	(L.09093) Tingkat Ansietas Ekspektasi: Menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Diaphoresis menurun 9. Tremor menurun 10. Pucat menurun 11. Konsentrasi membaik 12. Pola tidur membaik 13. Perasaan keberdayaan membaik 14. Kontak mata membaik 15. Pola berkemih membaik 16. Orientasi membaik	(I.09314) Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkah ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i> 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kekerasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

	2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif: 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu Kondisi Klinis Terkait 1. Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun) 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap tumbuh kembang		7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu
4.	(D.0111) Defisit Pengetahuan Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi	(L.12111) Tingkat Pengetahuan Ekspektasi: Membaik dengan Kriteria Hasil:	(I.12383) Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

	kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab: 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang kliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor Subjektif: - Objektif: 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku yang berlebihan (misal apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	1. Perilaku sesuai anjuran diet meningkat 2. Verbalisasi minat dalam mempelajari diet yang dilakukan meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit dan program diet 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelum perawatan meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang kliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik	2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	---	---

	Kondisi Klinis Terkait: 1. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien 2. Penyakit akut 3. Penyakit kronis		
--	---	--	--

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI

2.3.4. Implementasi

Implementasi merupakan rencana tindakan yang terencana untuk mencapai tujuan tertentu. Fase implementasi dimulai setelah rencana tindakan dikembangkan dan dirancang untuk mengembangkan instruksi perawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diinginkan. Tindakan keperawatan meliputi tindakan mandiri, yaitu kegiatan keperawatan berdasarkan kesimpulan atau keputusan sendiri dan atas petunjuk atau perintah tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaboratif adalah tindakan yang didasarkan pada pengambilan keputusan bersama oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Nursalam, 2013).

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan professional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan atau hasil keefektifan rencana asuhan keperawatan dengan tindakan intelektual dalam melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan untuk diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya (Nursalam, 2008).

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (*Subjective*): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O (*Objective*): adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (*Analisis*): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.

P (*Planning*): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.4. Konsep Masalah Nyeri Akut

2.4.1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017).

2.4.2. Etiologi Nyeri

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

1. Agen cedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen cedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen cedera fisik (abses, terbakar, terpotong, trauma)

(PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

2.4.3. Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Gejala dan tanda nyeri akut menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu:

- a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- a) Mengeluh nyeri

Objektif:

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

- b. Gejala dan tanda minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

2.4.4. Kondisi Klinis

Kondisi klinis nyeri akut menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu:

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

2.4.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Pada kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup.

2. Tahap Perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.

3. Lingkungan dan individu

Pendukung lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

5. Makna nyeri

Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

2.4.6. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk mengurangi nyeri akut pada klien *Gout Arthritis* maka dilaksanakan intervensi pencegahan nyeri yaitu salah satunya dengan manajemen nyeri.

1. Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping analgesik

2. Terapeutik

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal TENS, hynosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3. Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

4. Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.4.7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran seberapa parah nyeri yang dirasakan seseorang. Mengukur intensitas nyeri sangat subjektif, dan dua orang yang berbeda mungkin merasakan intensitas nyeri yang sama secara berbeda (Andarmoyo, 2017).

Beberapa skala intensitas nyeri yaitu:

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

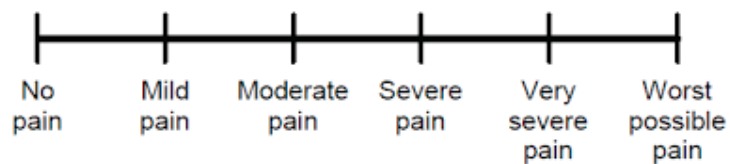
Skala analog visual (*Visual Analog Scale*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya (Andarmoyo, 2017).



Gambar 2. 1 Visual Analog Scale (VAS)

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/ kata kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang hingga parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Andarmoyo, 2017).



Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala penilaian numeric lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala 0-10.



Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale (NRS)

d. *Skala Nyeri Wajah (Oucher)*

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



Gambar 2. 4 Skala Nyeri Wajah (Oucher)

2.4.8. Indikator Nyeri

Tabel 2 2 Indikator Level Nyeri

No	Indikator	Skor				
		5	4	3	2	1
1.	Melaporkan skala nyeri	0	1-3	4-6	7-9	10
2.	Lama episode nyeri	Tidak berlangsung	Berlangsung dang hilang	Berlangsung dan hilang timbul	Berlangsung sangat lama	Terus menerus
3.	Ekspresi wajah	Tidak meringis	Sedikit meringis	Meringis	Meringis dengan sedikit penarikkan	Meringis dengan penarikan
4.	Tekanan darah	110-120 mmHg	130-140 mmHg	150-160mm Hg	160-170 mmHg	>170 mmHg
5.	Nadi	60-99x /menit	100-119x /menit	120-129x /menit	130-149x /menit	>150x /menit
6.	Frekuensi nafas	16-20x /menit	21-24x /menit	25-28x /menit	29-32x /menit	>32x /menit
7.	Istirahat dan tidur	Tidur 7-8 jam	Tidur 5-6 jam	Tidur 3-4 jam	Tidur 1-2 jam	Tidak tidur
	Total Skor	35	28	21	14	7

Sumber: (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

Skor Level Nyeri:

Skor maksimal: 35

Skor minimal: 7

Tabel 2 3 Indikator Kontrol Nyeri

No	Indikator	Tidak pernah menunjukkan	Menunjukkan	Kadang-kadang menunjukkan	Sering menunjukkan	Secara konsisten menunjukkan
		1	2	3	4	5
1.	Mengenali kapan nyeri terjadi	Klien tidak dapat mengenali kapan nyeri terjadi	Klien jarang mengenali kapan nyeri terjadi	Klien kadang-kadang mengenali kapan nyeri terjadi	Klien bisa mengenali kapan nyeri terjadi	Klien konsisten mengenali kapan nyeri terjadi
2.	Melaporkan nyeri yang terkontrol	Klien tidak melaporkan nyeri yang terkontrol	Klien jarang melaporkan nyeri yang terkontrol	Klien kadang-kadang melaporkan nyeri yang terkontrol	Klien bisa melaporkan nyeri yang terkontrol	Klien konsisten melaporkan nyeri yang terkontrol
3.	Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesic	Klien tidak pernah mempraktekan teknik non-farmakologi	Klien jarang mempraktekan teknik non-farmakologi	Klien kadang-kadang mempraktekan teknik non-farmakologi	Klien sering mempraktekan teknik non-farmakologi	Klien konsisten mempraktekan teknik non-farmakologi
4.	Menggunakan analgesik yang direkomendasikan	Klien tidak menggunakan analgesik yang direkomendasikan	Klien jarang menggunakan analgesik yang direkomendasikan	Klien kadang-kadang menggunakan analgesik yang direkomendasikan	Klien sering menggunakan analgesik yang direkomendasikan	Klien konsisten menggunakan analgesik yang direkomendasikan
	Total Skor	4	8	12	16	20

Sumber: Moorhead, Johnson, Maas, &Swanson (2013)

Skor Kontrol Nyeri:

Skor Maksimal: 20

Skor Minimal: 4

Hasil Interpretasi:

(Skor total level nyeri + skor total kontrol nyeri)

Nilai 55: tidak ada gangguan

Nilai 54-39: nyeri ringan

Nilai 38-33: nyeri sedang

Nilai 32-22: nyeri berat

Nilai 21-11: nyeri berat

2.4.9. Konsep Kompres Hangat dengan Jahe Merah

a. Definisi Jahe



Gambar 2. 5 Jahe Merah

Jahe merah memiliki nama latin *Zingiber officinale* *Rosc.Var.Rubrum*, yang termasuk dalam divisi *spermatophyte* atau tumbuhan tingkat tinggi. *Zingiber officinale* *Rosc.Var.Rubrum* termasuk dalam tumbuhan berbangsa *Zingiberales* (jahe-jahean) dengan nama suku *Zingiberaceae* dan nama marga *Zingiber*, sehingga memiliki nama jenis atau spesies *Zingiber Officinale* *Rosc.Var.Rubrum*. Jahe merah merupakan salah satu dari varian jahe yang memiliki rasa pahit dan pedas lebih tinggi dibandingkan dengan jahe jenis yang lain. Kulit jahe merah berwarna merah muda hingga jingga muda, dan dagingnya sedikit coklat (Martani, 2015). Jahe merah seringkali dimanfaatkan sebagai bahan bumbu masak, selain itu

jahe secara empiris juga digunakan sebagai salah satu komponen penyusun berbagai ramuan obat (Hardianto, 2016).

b. Manfaat dan Kandungan Jahe

Jahe merah mengandung beberapa komponen seperti, pati (52,0%), minyak astiri (3,9%), serta saripati yang tercampur di dalam alkohol (9,93%) lebih banyak dari jahe gajah serta jahe emprit. Jahe merah bersifat pahit, pedas serta aromatik yang berasal dari olerasin yaitu gingerol, zingeron dan shogaol. Dimana terdapat anti radang dari olerasin, antioksidan yang kuat serta anti nyeri sehingga olerasin atau zingeron ini berguna untuk menghambat sintesis prostaglandin hingga mampu mengurangi nyeri sendi ataupun ketegangan otot (Syamsu, 2017).

c. Kompres Hangat

Kompres Hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang memerlukan. Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Sultoni, 2018).

d. Cara Kompres Hangat Jahe Merah

Alat dan Bahan:

1. Jahe yang sudah dicuci bersih 3-5 ruas

2. Parutan
3. Sendok
4. Wadah/mangkok
5. Handuk kecil

Cara Kerja:

1. Mencuci tangan sebelum tindakan
2. Siapkan alat dan bahan yang digunakan
3. Gunakan jahe 3-5 ruas
4. Cuci jahe sampai bersih
5. Parut semua jahe yang sudah dicuci dan letakkan pada wadah/mangkok
6. Aduk jahe yang sudah diparut sampai menjadi bubur
7. Selanjutnya lumurkan pada area-area yang terasa sakit atau nyeri, kemudian tutupi dengan kain bersih. Tunggu sampai kurang lebih 15-20 menit.
8. Setelah selesai bereskan semua peralatan yang telah dipakai dan mencuci tangan.