

- c. Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu mencari nafkah sehingga hidupnya masih menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak mampu mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan dari orang lain.

4. Tipe lansia

Ada beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonomi. Tipe-tipe tersebut yaitu sebagai berikut:

- a. Tipe Arif bijak
Kaya akan hikma, pengalam, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, memiliki kesibukan, baik hati, rendah hati, sederhana, dermawan memenuhi undangan, mengikuti kegiatan keagamaan sesuai agama yang dianutnya dan menjadi teladan orang sekitar dia.
- b. Tipe Mandiri
Mengganti aktivitas yang telah hilang dengan aktivitas yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, jalan-jalan dengan teman dan memenuhi undangan.
- c. Tipe Tidak Puas
Konflik fisik dan emosional menentang proses penuaan, sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, kritis, pemilih, dan banyak menuntut.
- d. Tipe Pasrah
Menerima kebahagiaan dan menunggu nasib baik berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan dan melakukan pekerjaan apapun.
- e. Tipe Bingung
Kaget, hilang kepribadian, mengasingkan diri, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

5. Perubahan pada lansia

Menurut Kusumo, 2020 ada beberapa perubahan yang terjadi pada lansia, diantaranya yaitu:

- a. Sistem Indra
Prebiakusis (Gangguan pendengaran) hilangnya kemampuan mendengar pada telinga terutama terhadap suara yang terdengar tidak jelas, kata-kata sulit di mengerti dan menurunnya fungsi penglihatan.
- b. Sistem Integumen
Kulit lansia menjadi kendur dan kerin, berkerut, kulit kekurangan cairan, menjadi tipis.
- c. Sistem Muskuletal
Perubahan pada sistem kuskuletal pada lansia, seperti jaringan ikat(kolagen dan elastis).
- d. Tulang
Kepadatan tulang menurun pada lanjut usia yang menyebabkan osteoporosis.
- e. Sendi
Seiring bertambahnya usia, jaringan ikat di sekitar sendi, seperti tendon,ligamen, dan jaringan ikat, kehilangan elastisitasnya, membuatnya lebih rentan terhadap gesekan.
- f. Otot
Struktur otot mengalami penuaan. Pertumbuhan jaringan ikat dan jaringan lemak di otot menyebabkan efek negatif.
- g. Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi
Perubahan fungsi pernafasan dan kardiovaskular. Dalam sistem kardiovakuar, massa jantung meningkat, ventrikelkiri mengalami hipertrofi, dan kemampuan jantung untuk meregang melemah saat jaringan konduktif.

6. Masalah Kesehatan pada Lansia

Berdasarkan buku (Riadi, 2020) seiring bertambahnya usia, tubuh menjadi semakin rentan mengalami gangguan kesehatan di karenakan menurunnya fungsi organ tubuh. Ada beberapa masalah kesehatan yang umum terjadi pada lansia, antara lain :

- a. Hipertensi
Hipertensi adalah keadaan dimana tekanan darah melebihi batas normal, tekanan darah sistolik seseorang diatas 140 mmHg atau

tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg.

b. Diabetes melitus

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit yang di tandai dengan tingginya kadar gula darah, lebih dari 200 mg/dL, yang disebabkan oleh rusaknya sel beta pankreas.

c. *Arthritis* (penyakit sendi)

Arthritis adalah penyakit yang di sebabkan kerusakan dan cedera sendi serta memerlukan penanganan dan pengobatan jangka panjang.

d. Stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan atau berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke otak akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah.

e. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

Penyakit paru obstruksi kronis adalah penyakit paru kronis (menahun) yang di tandai dengan terhambatnya aliran udara di saluran pernafasan yang berangsur-angsur memburuk.

f. Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, adanya rasa tidak peduli dan tekanan berlebih yang berlangsung lebih dari 2 minggu.

B. Konsep Penyakit

1. Defenisi

Penyakit asam urat (*gout arthritis*) merupakan penyakit yang sering ditemukan dan tersebar di seluruh dunia, salah satunya di indonesia. Gangguan yang di sebabkan oleh penimbunan kristal monosodium urat dalam tubuh. Gout Arthritis dapat menyebabkan sakit kepala dan nyeri khususnya pada sendi (Suryani,Mingleya, 2020). Asam urat merupakan hasil metabolisme akhir dari purin yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat dalam inti sel tubuh. Peningkatan kadar asam urat dapat mengakibatkan gangguan pada tubuh manusia seperti perasaan nyeri di persendian dan sering di sertai timbulnya rasa nyeri yang teramat sangat bagi penderitanya bersifat akut (Naviri, 2020).

Munculnya *Gout Arthritis* di sebabka karena adanya gangguan

metabolisme purin yang ditandai dengan hiperurisemia dan serangan sinovitis akut berulang-ulang. Konsentrasi asam urat dalam darah dipengaruhi oleh biosintesis dalam tubuh, intake purin, dan kemampuan ginjal dalam mengekskresikan *Gout Arthritis*. Hiperurisemia terjadi ketika terdapat kelebihan pembentuk seperti mengonsumsi makanan tinggi purin, alkohol dan obesitas. Sedangkan penurunan ekskresi seperti gangguan pada ginjal, intoksikasi dan asidosis metabolik ataupun terjadi keduanya. (Suryani, Mingleya, 2020).

Dikatakan hiperurisemia jika kadar asam urat dalam darah lebih dari 7,0 mg/dL pada laki-laki dan lebih dari 6,0 mg/dL pada perempuan (Rivandi et al., 2018). *Gout Arthritis* mayoritas diderita oleh wanita (27,5%) untuk laki-laki (21,8%) dengan rata-rata usia 34 tahun ke atas. Kadar normal asam urat normal untuk laki-laki usia 40 tahun ke atas yaitu 2-8,5 mg/dL, pada laki-laki dewasa yaitu 2-7,5 mg/dL, laki-laki usia 10-18 kadar normal 3,6-5,5 mg/dL, sementara pada perempuan dewasa yaitu 2-7,5 mg/dL dan pada anak perempuan 3,6-4 mg/dL (Simamora, R & Saragih, E, 2019)

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya *Gout Arthritis* adalah karena adanya deposit/penimbunan kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolik dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal. Gangguan metabolik dengan meningkatnya konsentrasi asam urat ini ditimbulkan dari penimbunan kristal di sendi oleh monosodium urat (MSU, gout) dan pada tahap yang lebih lanjut terjadi degenerasi tulang rawan sendi. Berdasarkan penyebabnya gout arthritis dibagi menjadi 2, yaitu :

- a. *Gout Primer*
Penyebab yang kebanyakan belum diketahui (idiopatik). Hal ini di duga berkaitan dengan kombinasi faktor ginetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan meningkatkan produksi gout.
- b. *Gout Sekunder*
Meningkatnya produksi asam urat dipengaruhi oleh pola makan atau diet yang tidak terkontrol, yaitu dengan mengonsumsi makanan yang mengandung kadar purin yang tinggi seperti (jeroan, melinjo).

3. **Klasifikasi *Gout Arthritis***

Terdapat 2 klasifikasi *Gout Arthritis* yaitu berdasarkan manifestasi klinis dan berdasarkan penyebabnya, Klasifikasi *Gout Arthritis* berdasarkan manifestasi klinis yaitu :

- a. *Gout Arthritis* stadium akut
Penyebab kebanyakan belum di kerahui. Hal ini diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan meningkatnya produksi asam urat. Hiperurisemia atau berkurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh dikatakan dapat menyebabkan terjadinya gout primer (Afnuhazi, 2019)
- b. Stadium interkritikal
Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut dimana terjadi periode interkritik. Walaupun secara klinik tidak dapat ditemukan tanda-tanda radang akut, namun pada aspirasi sendi ditemukan kristal urat. Hal ini menunjukkan bahwa proses peradangan masih terus berlanjut, walaupun tanpa keluhan (Afnuhazi, 2019)
- c. Stadium *arthritis gout* kronik
Stadium ini umunya terdaoat pada lansia yang mampu negobati dirinya sendiri (*self medication*). Sehingga dalam waktu tidak lama tidak mau berobat secara teratur pada dokter. *Gout Arthritis* menahun biasanya di sertai tofi yang banyak dan poliartikular. Tofi ini sering pecah dan sulit sembuh dengan obat. Kadang-kadang dapat timbul infeksi sekunder.

Klasifikasi *Gout Arthritis* berdasarkan penyebabnya :

a. *Gout Premier*

Gout premier merupakan akibat langsung pembentukan asam urat berlebihan, penurunan ekskresi asam urat melalui ginjal. Gout primer disebabkan faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik adalah faktor yang disebabkan oleh anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama.

b. *Gout Sekunder*

Gout sekunder disebabkan oleh penyakit maupun obat-obatan. Obat-obatan seperti obat TBC etambutol dan pyarzinamide yang dapat menyebabkan kenaikan asam urat pada beberapa lansia. Disebabkan juga oleh penyakit lain, seperti tekanan darah yang terlalu tinggi ataupun memiliki kadar gula darah yang terlalu tinggi, dan menimbulkan penyakit hipertensi atau penyakit diabetes dan kolesterol dan penyakit tersebut bisa menyebabkan organ tubuh menurunkan fungsinya.

4. Manifestasi Klinis

Terdapat 4 stadium pada perjalanan *gout arthritis* menurut Therik (2019) yaitu :

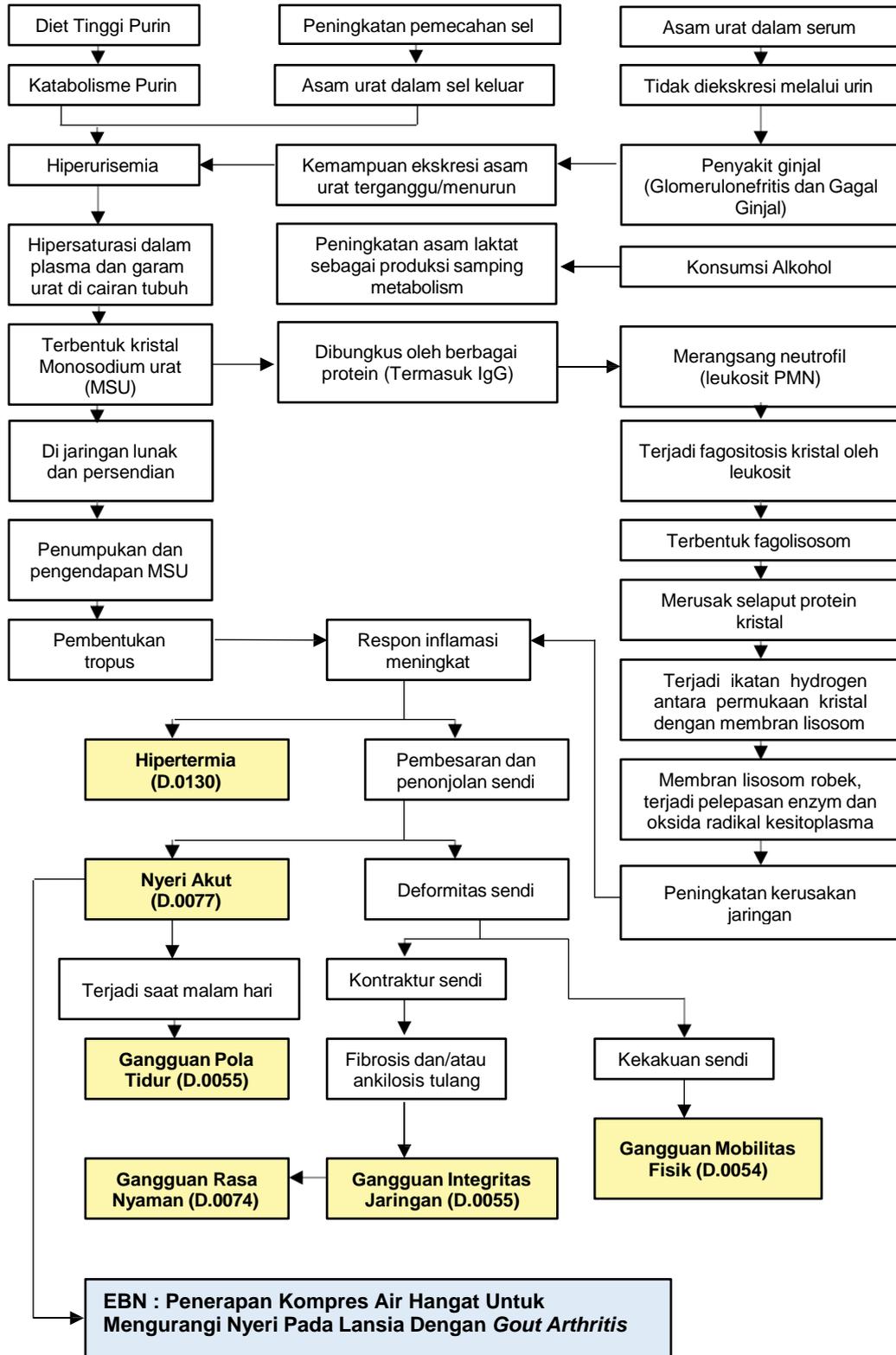
- a. Stadium pertama adalah hiperurisemia asimtomatik. Stadium ini asam urat pada laki-laki akan meningkat tanpa gejala selain dari peningkatan asam urat serum.
- b. Stadium kedua *gout arthritis* akut awitan akan mendadak mengalami pembengkakan disertai nyeri yang luar biasa, biasanya terjadi pada sendi ibu jari dan sendi metatarsofalangeal.
- c. Stadium ketiga setelah serangan *gout arthritis* akut adalah interkritikal. Tidak ada gejala pada tahap ini dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun.
- d. Stadium keempat merupakan tahap *gout arthritis* kronis, disertai timbunan asam urat yang terus meluas. Pada tahap kronis ini peradangan kristal asam urat akan terasa nyeri, sakit, kaku, pembesaran penonjolan sendi.

5. Patofisiologi *Gout Arthritis*

Dalam keadaan normal kadar asam urat dalam darah pada pria dewasa kurang dari 7mg/dL, dan pada wanita kurang dari 6 mg/dL. Apabila konsentrasi asam urat dalam serum lebih besar dari 7 mg/dL dapat menyebabkan penumpukan kristal monosodium urat. Serangan gout tampak berhubungan dengan peningkatan atau penurunan secara mendadak kadar asam urat dalam serum. Jika kristal asam urat mengendap dalam sendi, akan terjadi respon inflamasi dan diteruskan dengan terjadinya serangan gout.

Penurunan urat serum dapat meneruskan pelepasan kristal monosodium urat dari depositnya dalam tofi (*crystal shedding*). Pada beberapa pasien *gout* atau dengan hiperurisemia asimtomatik kristal urat di temukan pada sendi metatarsosofangeal dan patella yang sebelumnya tidak pernah mendapat serangan akut. Dengan demikian gout dapat timbul pada keadaan asimptomatik. Terdapat peranan temperatur, pH, dan kelarutan urat untuk timbul serangan gout. Menurunnya kelarutan urat pada temperatur lebih rendah pada sendiperifer seperti kaki dan tangan, dapat menjelaskan mengapa kristal monosodium urat di hadapkan pada kedua tempat tersebut (Nk Wulandari,2019).

6. Pathway Gout Arthritis



Gambar 1. Pathway Gout Arthritis
Sumber : (Nurarif, 2015)

7. Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat gout arthritis menurut antara lain :

a. Gout kronik bertofus

Merupakan serangan gout seperti benjolan (tofi) yang menyerang sendi yang meradang. Tofi adalah penumpukan kristal monosodium urat yang menyerang tulang rawan sendi, sinovial, bursa dan tendon.

b. Nefropati gout kronik

Penyakit yang sering timbul karena hiperurisemia, akibat terjadinya penumpukan kristal pada tubulus ginjal. Pada ginjal membentuk mikrotofus yang menyumbat dan menghambat glomerulus.

c. Nefrolitiasis asam urat

Pembentukan massa yang keras seperti batu dalam ginjal, menyebabkan nyeri, perdarahan, adanya penyumbatan pada aliran kemih serta infeksi.

8. Penatalaksanaan

Secara umum penanganan *Gout Arthritis* bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri pada sendi, mempertahankan fungsi sendi dan mencegah komplikasi. Penatalaksanaan utama pada penderita gout meliputi pola hidup, meliputi diet rendah purin, dan rendah karbohidrat, menghindari rokok dan alkohol, konsumsi air yang cukup, perawatan komorbiditas dan medikamentosa berdasarkan kondisi penderita. Penanganan nyeri pada gout meliputi terapi farmakologi dan non farmakologis.

a. Terapi Farmakologis

Penanganan nyeri pada gout arthritis meliputi terapi farmakologi yaitu dengan obat anti inflamasi nonstereoid, yang dapat mengontrol nyeri pada penderita gout arthritis akan tetapi obat tersebut memiliki efek samping seperti iritasi pada sistem gastrointestinal dan iritasi ulserasi pada perut dan usus. Kolkisin bermanfaat untuk menghilangkan rasa nyeri dalam waktu 48 jam pertama dengan mencegah fiksitas kristal neutropil, akan tetapi kolkisin memiliki efek samping seperti mual dan diare.

b. Terapi non Farmakologis

Sedangkan untuk terapi non farmakologis memiliki keunggulan yakni tidak menimbulkan efek samping yang berbahaya dan dapat dilakukan dalam jangka waktu yang panjang (Lestari et al., 2018). Terapi non farmakologis bisa dengan terapi diet mengonsumsi makanan dengan zat purin yang rendah. Selain itu dapat terapi seperti istirahat yang cukup, mengurangi asupan alkohol, menurunkan rasa nyeri sendi yaitu dengan cara kompres hangat. Kompres hangat mampu meredakan nyeri dan memberi rasa nyaman, karena menstimulasi kulit yang ditransmisikan ke otak (Tunny et al., 2018).

C. Konsep Kompres Hangat

1. Defenisi

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan membrikan rasa hangat dengan suhu 43-46 C pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi, Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi terjadi pemindahan hangat dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang.

Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan menggunakan kain/handuk yang telah dicelupkan pada air hangat yang di tempel pada bagian tertentu, atau menggunakan alat seperti botol yang diisi air hangat, pemberian sensasi hangat kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri dengan cairan hangat yang memiliki fungsi untuk melebarkan sirkulasi pembuluh darah sehingga meringankan sensasi nyeri (Zahro,c & Faiza , 2018)

2. Tujuan

- a. Memperlancar sirkulasi darah dan mengurangi rasa sakit
- b. Kompres hangat dapat dipercaya menurunkan nyeri pada penderita asam urat

3. Indikasi

- a. Lansia yang mengalami nyeri sendi *gout arthritis*
- b. Batasan usia menurut Deokes adalah 60 tahun lebih

4. Prosedur Tindakan

- a. Dengan melihat suhu air pada termometer dengan suhu 40 C dan melihat pengompresan selama 10-15 menit dengan menggunakan jam
- b. Pengompresan dilakukan pada bagian tubuh lansia yang mengalami nyeri akibat asam urat.
- c. Lansia dimintai untuk menyebutkan skala nyeri yang dirasakan

D. Konsep Nyeri

1. Defenisi

Nyeri adalah suatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalami. Nyeri didefenisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang bila seorang pernah mengalaminya. Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat di defenisikan. Meskipun beberapa nyeri dihubungkan dengan status mental atau psikologis, pasien secara nyata merasakan nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkan saja. Tetapi sensasi nyeri yaitu, akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimulasi emosional (Dr. Vladimir, 2019). Nyeri adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Karena niainya bagi kelangsungan hidup, nosisseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulus yang berulang atau berkepanjangan.

2. Etiologi Nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, thermos,elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan(imflamasi), gangguan sirkulasi dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma psikologis (Handayani, 2015).

3. Patofisiologi Nyeri

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptor pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrosis akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan/inlamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E₂ dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperaglesia atau allodynia) (Suwondo, 2017)

4. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri berdasarkan lokasi

1) Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktifitas atau sensitifitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptif dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Nyeri Somatik: Nyeri yang berasal dari tulang, otot, kulit, dan jaringan penghubung.
- b) Nyeri Visceral : Nyeri yang terjadi di dalam organ tubuh manusia, seperti dalam abdomen, lambung, dan jantung.

2) Nyeri Alih

Nyeri alih merupakan nyeri tidak hanya berfokus pada satu tempat, akan tetapi nyeri dapat terasa pada bagian tubuh terpisah.

3) Nyeri Superfisial

Nyeri superfisial merupakan nyeri yang berada pada lapisan kulit yang disebabkan oleh bahan kimia atau benda tajam, sehingga seseorang merasakan seperti terbakar pada bagian kulit tersebut. (suwondo, 2017).

b. Nyeri berdasarkan durasi

- 1) Nyeri akut
- 2) Nyeri akut adalah suatu nyeri yang bersifat terkolisir dan biasanya terjadi secara tiba-tiba.
- 3) Nyeri Kronis
- 4) Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam jangka panjang yang mengganggu kesehatan mental, nyeri kronis terjadi lebih dari 3 bulan.

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien (Iqbal dkk, 2011). Fokus pengkajian pada lansia *Gout Arthritis*

a. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan.

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal/di tusuk-tusuk/panas/di tarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak, terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada *Gout Arthritis* kronis di dapatkan benjolan atau *Tofi* pada sendi atau jaringan sekitar.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah di derita oleh klien, apakah keluhan penyakit *Gout Arthritis* sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien dengan penyakit ini di sertai hipertensi.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adakah riwayat *Gout Arthritis*

f. Riwayat Psikososial

Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit lain dalam lingkungannya. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan adanya sensasi nyeri.

g. Riwayat Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan.

2) Pola Nutrisi

Kaji tentang pola nutrisi klien, pada penyakit GA biasanya dianjurkan untuk diet mediteranian yang dapat memperbaiki inflamasi pada GA. Mediternia adalah pola makan yang terutama mengandung ikan, sayur, dan minyak olive di bandingkan unsur makanan yang lain.

3) Pola Eliminasi

Produksi urine biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem perkemihan.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur siang dan malam, masalah tidur. Biasanya pada penderita GA rasa nyeri dapat mengganggu pola tidur dan istirahatnya.

5) Pola Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi.

6) Pola Hubungan dan Peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, tidak punya rumah, dan masalah keuangan.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pola persepsi sensori meliputi pengkajian pada penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembauan.

8) Persepsi dan Konsep Diri

Menggambarkan tentang sikap diri sendiri dan persepsi terhadap

kemampuan konsep diri.

- 9) Pola Mekanisme dan Penanggulangan Stres Koping
Menggambarkan kepuasan atau masalah terhadap seksual.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi

- 1) Keadaan umum
- 2) Kesadaran klien biasanya compos mentis, GCS yang meliputi eye, Verbal, Motorik. Tekanan darah, nadi mungkin meningkat, respirasi, dan suhu.
- 3) inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (*head to toe*). Pemeriksaan fisik darah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi.
- 4) Pada sendi-sendi sinovial lakukan pengukuran passive range of motion, catat jika terdapat keterbatasan gerak sendi, suara berdetak atau mendedas, dan jika terjadi nyeri.
- 5) Pada otot sekelet lakukan inspeksi dan palpasi secara bilateral, catat jika ada atrofi, gtonus yang berkurang, dan ukur kekuatan otot.
- 6) Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya.
- 7) Kaji aktivitas dan kegiatan sehari-hari
- 8) Neurosensori akan timbul gejala kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jaringan dan pembengkakan sendi simetris.

i. Pemeriksaan Diagnosis

- 1) Asam Urat meningkat dalam darah dan urin
- 2) Sel darah putih dan leju endap darah meningkat (selama fase aku)
- 3) Pada aspirasi cairan sendi di temukan kristal urat.
- 4) Pemeriksaan Radiologi.

- j. Pemeriksaan Status Fungsional lansia/Tingkat ketergantungan Lansia (Indeks ADL's Barthel).

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat ketergantungan lansia dalam terhadap orang lain dalam memenuhi kebutuhan ADL nya. Prosedur pemeriksaan : lingkari skor yang sesuai dengan kondisi pasien, lalu jumlah total skor. Skor 20 = lansia mandiri, 12 – 9 = ketergantungan ringan, 9 – 11 = ketergantungan sedang, 5 – 8 = ketergantungan berat, 0- 4 = ketergantungan total.

Tabel 1. Pemeriksaan Status Fungsional lansia/Tingkat ketergantungan Lansia (Indeks ADL's Barthel)

Aktivitas	Kemampuan	Skor
Makan	Mandiri	
	Perlu bantuan orang lain untuk memotong makanan	
	Tergantung penuh pada pertolongan orang lain	
Berpakaian	Mandiri	
	Sebagian dibantu	
	Tergantung orang lain	
Berjalan / Mobilisasi	Mandiri	
	Dibantu satu orang	
	Dengan kursi roda	
	Tidak mampu	
Transfer/ duduk	Mandiri	
	Dibantu satu orang	
	Dibantu dua orang	
	Tidak mampu	
Naik/ turun tangga	Mandiri	
	Perlu pertolongan	
	Tidak mampu	
Mengontrol BAB	Kontinen teratur	

	Kadang-kadang teratur	
	Inkontinen	
Mengontrol BAK	Kontinen teratur	
	Kadang-kadang teratur	
	Inkontinen	
Menggunakan toilet(pergi ke toilet , melepas/memakai celana, menyeka dan menyiram)	Mandiri	
	Perlu ditolong	
	Tergantung orang lain	
Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Mandiri	
	Perlu pertolongan	
	TOTAL SKOR	
Kesimpulan :		

k. Pengkajian Status Kognitif Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kognitif lansia yang berhubungan dengan memori jangka pendek. Prosedur pemeriksaan : tuliskan jawaban lansia pada kotak yang tersedia sesuai pertanyaan, dan beri nilai "+" untuk jawaban yang benar, dan nilai "-" untuk jawaban yang salah atau tidak tau. Hitung jumlah nilai "-". Total kesalahan "-" 0 -2 = fungsi intelektual utuh, kesalahan 3-4 = kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5 – 6 = kerusakan intelektual sedang, kesalahan 7 – 10 = kerusakan intelektual berat.

Tabel 2. Pengkajian Status Kognitif *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

No	Pertanyaan	Jawaban	Nilai (+/-)	
1	Tanggal berapa hari ini ?			
2	Hari apa sekarang?			
3	Apa nama tempat ini ?			
4	Berapa nomor telepon anda? Dimana alamat anda			
5	Berapa umur anda sekarang			
6	Kapan anda lahir			
7	Siapa presiden indonesia Sekarang			
8	Siapa nama presiden sebelumnya			
9	Siapa nama kecil ibu anda			
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru semua menurun			
		Total Kesimpulan		
Kesimpulan				

I. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami lansia. Prosedur pemeriksaan : lingkari angka sesuai uraian atau jawaban lansia pada masing masing komponen pemeriksaan dan hitung total akhir skore. Total Skore 0 – 4 = tidak ada depresi, 5–7 = depresi ringan, 8 – 15 = depresi sedang, 16+ = depresi berat

Tabel 3. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Skor	Uraian
A.Kesedihan	
3	Saya sangat sedih / tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.
1	Saya merasa sedih atau galau.
0	Saya tidak merasa sedih.
B.Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat Membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.
C.Rasa Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai orangtua. (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya Kegagalan
1	Saya merasa gagal melebihi orang pada umumnya.
0	Saya tidak merasa gagal
D.Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya

2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E.Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
F.Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri.
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G.Membahayakan Diri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai Kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri Sendiri
H.Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I.ragu-ragu	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan

1	Saya berusaha mengambil keputusan.
0	Saya membuat keputusan yang baik.
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelaek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik.
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada Sebelumnya
K. kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan Sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya
<i>Dari Beck AT, Beck RW : Screening depressed patients in family practice (1972)</i>	
Total Skor : 4 Kesimpulan :	

m. Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui fungsi sosialisasi lansia. Prosedur pemeriksaan : berikan skore pada masing masing jawaban lansia dengan skore 0 jika tidak pernah, 1 jika kadang kadang, j dan 2 jika selalu. Hitung total skore d interprestasikan. Total skore < 3 = disfungsi keluarga sangat tinggi, skore 4 – 6 = disfungsi keluarga sedang, 7 – 10 = fungsi sosialisasi keluarga sehat.

Tabel 4. Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

No	Fungsi	Uraian	Skor
1	<i>Adaption</i>	Saya puas bahwa saya dapat kembali bersama teman-teman/keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
2	<i>Paetherenship</i>	Saya puas dengan cara teman teman/keluarga saya	
3	<i>Growth</i>	Saya puas bahwa teman-teman/keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melakukan aktivitas	
4	<i>Affection</i>	Saya puas bahwa teman- teman/keluarga saya mengekspresikan efek dan merespons terhadap emosi emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai.	
5	<i>Resolve</i>	Saya puas dengan cara teman-teman/ keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama	
Dari Smilkstein G 1982			
Total Skor			
Kesimpulan :			

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial).

Menurut NANDA (2015) diagnosis yang dapat muncul pada pada klien Gout Arthritis yang telah di sesuaikan dengan SDKI (2017) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054)
- c. Hipertermia berdasarkan dengan proses penyakit (D.0130).
- d. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)
- e. Gangguan integritas jaringan (D.0129)
- f. Gangguan pola tidur berdasarkan nyeri pada persendian (D.0055).

3. Perencanaan

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2022)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
1	Nyeri akut berdasarkan agen pencedera fisik (D.0077)	Selama diberikan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat(5) 2. Keluhan nyeri menurun(5) 3. Meringis menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5)	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat an memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komlometer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 6. Kontrol lingkungan 7. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p>

			<p>8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>9. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>10. Anjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu</p>
2	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri persendian (D.0054)	<p>Selama diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	<p>Dukungan ambulasi</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi 4. Monitor keadaan umum sebelum melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 2. Fasilitasi mobilitas fisik jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi 3. Ajarkan ambulasi sederhana harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
3	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Selama diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka di harapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Suhu membaik 3. Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermi (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipotermia(mis.dehidrasi, terpapar lingkungan panas) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor koplikasi akbibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Sediakan lingkungan dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipas permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral

			<p>Edukasi</p> <p>10. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan elektrolit intravena jika perlu</p>
4	Gangguan rasa nyaman berdasarkan dengan gejala terkait penyakit (D.0074)	<p>Selama diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan statatus kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 	<p>Terapi Relaksasi (1.009326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi lain yang mengganggu kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan tehnik sebelumnya 4. Monitor espon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ciptakan lingkungan tentang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan ruang nyaman, jika memungkinkan 6. Gunakan pakaian longgar

			<p>7. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis yang lainnya jika sesuai.</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia</p> <p>9. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>10. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi.</p>
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada persendian (D.0055)	<p>Selama diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidru menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak pulas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup Menurun 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minumam yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan(mmis.pencahayaan, suhu, matras, tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang jika perlu

			<p>7. Tetapkan jadwal tidur jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>9. Anjurkan mencapai kebiasaan tidur</p> <p>10. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</p> <p>11. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</p>
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (kozier, 2017). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan hasil yang di harapkan (Potter & Perry, 2018)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan (Maglaya, 2019).