

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U DENGAN GOUT
ARTHRITIS PADA KATZ INDEKS B DI KAMPUNG TARAJU RT/RW
003/004 DESA SALAMUNGGAH DI WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS LELES KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
TIARA SYADILFA
NIM : KHGA22047



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U
DENGAN GOUT ARTHRITIS PADA KATZ INDEKS B DI
KAMPUNG TARAJU RT/RW 003/ 004 DESA
SALAMUNGGAL DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
LELES KECAMATAN GARUT

PENULIS : TIARA SYADILFA

NIM : KHGA22047

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada

Garut, Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by several vertical strokes.

Rudy Alfivansah, S.Kep., Ners., M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U
DENGAN GOUT ARTHRITIS PADA KATZ INDEKS B DI
KAMPUNG TARAJU RT/RW 003/004 DESA
SALAMUNGGAH DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
LELES KABUPATEN GARUT

PENULIS : TIARA SYADILFA

NIM : KHGA22047

Penguji 1



Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes

Mengetahui :

Ketua Program studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Pejnguji 2



Susan Susyanti, M.Kep

Mengesahkan :

Pembimbing

Karya Tulis Ilmiah



Rudy Alfivansah, S.Kep., Ners., M.Pd

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U DENGAN GOUT ARTHRITIS PADA KATZ INDEKS B DI KAMPUNG TARAJU RT/RW 003/004 DESA SALAMUNGGAH DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS LELES KABUPATEN GARUT

TIARA SYADILFA

NIM : KHGA22047

IV BAB, 131 halaman, 24 tabel, 6 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. U Dengan Gout Arthritis Pada KATZ Indeks B Di Kampung Taraju RT/Rw 003/004 Desa Salamunggal Di Wilayah Kerja UPT puskesmas Leles Kabupaten Garut” dengan alasan untuk melakukan studi kasus karena penyakit ini termasuk ke 10 besar PTM di Puskesmas Leles. Maka diperlukan peran perawat pada lansia penderita *gout arthritis* sebagai *care giver* dan educator kesehatan. Bertujuan memperoleh pengalaman secara langsung dan komprehensif. Metode penulisan metode deskriptif dengan pendekatan studi dan melalui pendekatan asuhan keperawatan pada lansia dan pemecah masalah dari kasus yang sudah dipelajari, Adapun Teknik pengumpulan data yang digunakan seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Masalah diagnose keperawatan yang diambil pada kasus ini adalah nyeri kronis, gangguan mobilitas fisik, dan risiko jatuh dengan masalah belum teratasi 2, masalah telah teratasi 1. Kesimpulan yaitu pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi sampai evaluasi. Bagi klien diharapkan Tn. U dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Bagi Satuan Perawat dan Puskesmas Leles diharapkan selalu memberikan pendidikan kesehatan. Bagi Institusi Pendidikan supaya dapat berkontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan penyakit gout arthritis. Bagi Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut dapat menjadi ladang ilmu yang bermanfaat.

Kata Kunci : (Asuhan Keperawatan, *Gout Arthritis*, Lansia)

Daftar Pustaka : 30 buah (2015-2024)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah mencurahkan Rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada nabi kita nabi Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabatnya dan kita selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. U Dengan Gout Arthritis Pada Katz Indeks B Di Kampung Taraju RT/RW 003/004 Desa Salamunggal Di Wilayah UPT Puskesmas Leles Kabupaten Garut”**. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat serta dukungan. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H, Hadiat MA, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Rudy Alfiansyah S.Kep.,Ners.,M.Pd selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang menyediakan banyak waktu untuk membantu dan memberikan bimbingan, petunjuk kepada penulis.
6. Bapak Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes selaku Penguji 1.
7. Ibu Susan Susyanti, M.Kep selaku Penguji 2.
8. Kepada Staf dan Dosen STIKes Karsa Husada Garut khususnya prodi DIII Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat.
9. Kepada pembimbing Puskesmas Leles Bapak H. Asep Hidayat S.Kep.,Ners yang telah membantu dan memberikan kesempatan kepada penulis yang melaksanakan asuhan keperawatan lansia pada Tn. U dengan Gout Arthritis.
10. Kepada Tn. U yang telah bersedia untuk kerja sama dan meluangkan waktunya demi kelancaran melaksanakan asuhan keperawatan ini.
11. Teruntuk cinta pertama dan pelindung kehidupan ku papah Irwan Rismawan (Alm) dan panutan ku serta pintu syurga ku mamah Neneng Santi Nurapiah (Almh), penulis mengucapkan terimakasih atas doa yang tak pernah putus, pengorbanan yang besar, kasih sayang yang begitu besar, nasihat-nasihat yang diberikan, motivasi serta support yang diberikan.
12. Teruntuk adik kesayanganku Irsyad Khairunnasir, terima kasih untuk doa, dukungan serta semangat dan motivasinya yang senantiasa selalu ada dikala penulis membutuhkan sesuatu bantuan.

13. Kepada keluarga besar dari alm kakek Ikin Sodikin dan nenek Teti Nuryati, serta keluarga besar alm apih Asep Kamaludin dan almh mimih Yayah Suryati yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih atas doa, motivasi serta dukungan yang telah diberikan kepada penulis.

14. Kepada teman seperjuanganku, sahabat terbaikku di Prodi DIII Keperawatan khususnya untuk Sakila, Nelin, dan Anita. Terimakasih atas rasa kekeluargaannya, saling support satu sama lain. Semoga pertemanan yang telah dibuat tidak berakhir sampai disini dan semoga kalian sukses selalu.

Penulis menyadari bahwa KTI ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, namun dengan dibuatnya KTI ini merupakan salah satu bentuk pencapaian yang patut untuk dibanggakan oleh penulis, maka dari itu penulis senantiasa mengharapkan saran dan kritiknya demi kesempurnaan KTI ini. Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan umumnya bagi pembaca. Aamiin Ya Allah Ya Rabbal Alamin.

Garut, Juli 2025



Penulis

Tiara Syadilfa

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	i
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaahan.....	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Lansia	7
1. Definisi Lanjut Usia	7
2. Batasan Lansia	7
3. Klasifikasi Lansia.....	8
4. Proses Menua.....	9
5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua	9
B. Konsep Dasar Penyakit	10
1. Definisi Gout Arthritis.....	10
2. Etiologi Gout Arthritis.....	11
3. Faktor Risiko Gout Arthritis	11
4. Tanda Dan Gejala Gout Arthritis	13
5. Klasifikasi Gout Arthritis	13
6. Patofisiologi.....	14
7. Pathway	15
8. Komplikasi	16
9. Pemeriksaan Penunjang.....	16

10. Penatalaksanaan.....	17
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	19
1. Pengkajian.....	19
2. Diagnosa Keperawatan.....	37
3. Intervensi keperawatan.....	38
4. Implementasi Keperawatan	43
5. Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB III	44
TINDAKAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Tinjauan Kasus	44
1. Pengkajian.....	44
2. Analisa Data	58
3. Diagnosa Keperawatan.....	60
4. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan.....	61
5. Catatan Perkembangan.....	85
B. Pembahasan.....	91
1. Tahap Pengkajian.....	91
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	92
3. Tahap Intervensi Keperawatan.....	93
4. Tahap Implementasi Keperawatan	94
5. Tahap Evaluasi Keperawatan.....	95
6. Tahap Dokumentasi.....	95
BAB IV	96
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	96
A. Kesimpulan.....	96
1. Tahap pengkajian	96
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	97
3. Tahap Intervensi Keperawatan.....	97
4. Tahap Implementasi Keperawatan	97
5. Tahap Evaluasi Keperawatan.....	97
6. Tahap Dokumentasi.....	98
B. Rekomendasi	98
1. Bagi Klien.....	98
2. Bagi Satuan Perawat dan Puskesmas Leles	98

3. Bagi Institusi Pendidikan.....	98
4. Bagi Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut	98
DAFTAR PUSTAKA	99
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	119

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 10 Penyakit terbesar lansia Di Puskesmas Leles Garut	3
Tabel 2.1 Katz Indeks	25
Tabel 2.2 Barthel Indeks	27
Tabel 2.3 MMSE (Mini Mental State Exam)	27
Tabel 2.4 SPMSQ (Short Portable Mental Status Quistionaire)	29
Tabel 2.5 Geriatric Depression Scale (GDS)	30
Tabel 2.6 Fall Scale (MFS)	31
Tabel 2.7 Keseimbangan Lansia.....	32
Tabel 2.8 Apgar Keluarga	33
Tabel 2. 9 Analisa Data.....	34
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan	38
Tabel 3.2 Pengkajian KATZ Indeks.....	50
Tabel 3.3 Pengkajian Barthel Indeks	50
Tabel 3.4 Pengkajian MMSE	51
Tabel 3.5 Pengkajian SPMSQ	54
Tabel 3.6 Pengkajian Geriatric Depression Scale (GDS)	54
Tabel 3.7 Pengkajian Fall Scale	55
Tabel 3.8 Pengkajian Keseimbangan Lansia.....	57
Tabel 3.9 Pengkajian Apgar Keluarga	57
Tabel 3.10 Pemeriksaan Penunjang.....	58
Tabel 3.11 Pemberian Therapy.....	58
Tabel 3.12 Pengkajian Analisa Data	58
Tabel 3.13 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	61
Tabel 3.14 Catatan Perkembangan	85

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gout Arthritis.....	15
Bagan 3.1 Genogram.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran II	Materi Penyuluhan
Lampiran III	Dokumentasi
Lampiran IV	Leaflet
Lampiran V	Lembar Bimbingan
Lampiran VI	Daftar Riwayat Hidup

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penuaan adalah proses alami di mana kemampuan tubuh untuk memperbaiki diri menurun, membuat lansia lebih rentan terhadap penyakit dan infeksi (Putri, 2020).

Gout arthritis muncul akibat penumpukan kristal asam urat dari kelebihan purin, dengan risiko meningkat seiring usia. Umumnya menyerang sendi seperti jempol kaki, lutut, dan siku, serta menimbulkan nyeri akibat peradangan. (Nahariani, Lismawati & Wibobo, 2015). Gout arthritis dipicu oleh pola makan tinggi purin, lemak, karbohidrat, serta kurang asupan air. Konsumsi jeroan, daging, seafood, kacang, bayam, dan alkohol meningkatkan risiko. Batas normal asam urat adalah 2,6–6 mg/dl (wanita) dan 3–7 mg/dl (pria). (Syahradesi & Yusnaini, 2020). Gout arthritis ditandai nyeri, bengkak, dan kaku pada sendi, terutama saat malam atau pagi. Serangan akut berlangsung beberapa hari dan dapat kambuh dalam 6 bulan hingga 2 tahun, berisiko menjadi kronis. Rendahnya kesadaran menjaga pola makan memicu tingginya kasus ini. (Ardianty, 2019).

Menurut *World Health Organization* (2018) dalam Perangin-angin et al. (2022), prevalensi gout arthritis mengalami peningkatan, dengan jumlah lansia penderita mencapai 1.370 jiwa (33,3%) di Indonesia. Di negara lain, prevalensi penyakit ini juga meningkat, yaitu sebesar 3,2% pada orang dewasa di Inggris dan 3,9% di Amerika Serikat. Berdasarkan data WHO yang dikutip dalam

Syarifuddin et al. (2019), prevalensi gout arthritis di Indonesia pada kelompok usia 55–64 tahun adalah sekitar 45%, meningkat menjadi 51,9% pada usia 65–74 tahun, dan mencapai 54,8% pada usia di atas 75 tahun. Secara keseluruhan, prevalensi gout arthritis di Indonesia tahun 2018 diperkirakan sebesar 11,9%, dengan angka tertinggi ditemukan di Aceh (18,3%), diikuti Jawa Barat (17,5%) dan Papua (15,4%). Sementara itu, berdasarkan gejala yang muncul, prevalensi gout arthritis tercatat sebesar 33,1% di Nusa Tenggara Timur, 32,1% di Jawa Barat, dan 30% di Bali (Dungga, 2022 dalam Yasin et al., 2023).

Berdasarkan data dari Dinkes, 2018 tercatat bahwa prevelensi Gout Arthritis di kabupaten Garut mencapai 13,83%. Di kabupaten garut, asam urat termasuk dalam kategori penyakit tidak menular (PTM).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di puskesmas Leles, diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Garut memiliki 68 Puskesmas. Wilayah kerja UPT Puskesmas Leles melayani 83.445 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 46.291 jiwa dan Perempuan sebanyak 44.628 jiwa. Puskesmas Leles membawahi 12 desa, 404 RT serta 129 RW. Data dari UPT Puskesmas Leles menunjukkan peningkatan jumlah penderita Gout Arthritis pada lansia, yaitu dari 112 jiwa pada tahun 2022 menjadi 128 jiwa pada tahun 2023. Peningkatan ini berlanjut pada tahun 2024, Dimana hingga Desember tercatat 140 jiwa penderita. (PKM Leles, 2024).

Tabel 1.1 10 Penyakit terbesar lansia Di Puskesmas Leles Garut

No	Nama Penyakit	Jumlah	Persen
1.	Hypertension	628	27,77%
2.	Diabetes Mellitus (DM)	440	19,46%
3.	Nasopharyngitis Acute	416	18,39%
4.	Dyspepsia	296	13,08%
5.	Gout Arthritis	140	6,19%
6.	Diarrhoea and Gastroenteritis	98	4,33%
7.	Typhoid and Paratyphoid fever	96	4,24%
8.	Diseases of pulp and Periapical tissues	90	3,98%
9.	Congestive Heart Failure	50	2,21%
10.	Stroke	8	0,35%
Total		2.262	99,9%

Berdasarkan data dan fakta pada tabel tersebut penyakit Gout Arthritis pada lansia di Puskesmas Leles merupakan peringkat ke 5 dari 10 prevelensi penyakit terbanyak di wilayah UPT Puskesmas Leles dan Hipertensi pada peringkat ke 1. Meskipun tidak termasuk kasus terbanyak, namun harus tetap diperlukan penanganan dan penatalaksanaan yang terintegrasi baik dengan klien yang terlihat dalam mencegah, dan mengobati penyakit Gout Arthritis. Selain itu berdasarkan hasil pengkajian dan penelitian dari beberapa kasus lain, Gout Arthritis merupakan kasus yang terpilih dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dikarenakan adanya respon nyeri yang berdampak pada pasien.

Penanganan gout dilakukan secara farmakologis dan nonfarmakologis, termasuk edukasi kesehatan dan penggunaan obat tradisional seperti kompres hangat serta rebusan jahe merah (Saputra, 2022). Penanganan asam urat mencakup obat OAINS seperti ibuprofen, naproxen, dan allopurinol, serta terapi nonfarmakologis dengan herbal tradisional seperti jahe untuk meredakan nyeri. (Wilda & Panorama, 2020).

Berdasarkan uraian diatas, maka dari itu penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN**

**GERONTIK PADA TN. U DENGAN GOUT ARTHRITIS DI KAMPUNG
MONGOR RT/RW 003/004 DESA SALAMUNGGAL DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS LELES KABUPATEN GARUT”.**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat memperoleh pengalaman secara langsung dan komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan dengan masalah Gout Arthritis dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dilakukan Tindakan mengurangi rasa nyeri dan menurunkan kadar asam urat pada Tn. U.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.
- b. Mampu menyusun diagnosa keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.
- d. Mampu menyusun implementasi keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.
- e. Mampu mengevaluasi hasil Tindakan keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.
- f. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004.

C. Metode Telaahan

Karya tulis ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dan asuhan keperawatan lansia untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah berdasarkan analisis kasus. Teknik pengumpulan data yang diterapkan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data langsung dari pasien untuk mendapatkan informasi tentang identitas, riwayat kesehatan, aktivitas harian, dan hal terkait gout arthritis.

2. Observasi

Observasi adalah metode pengumpulan data dengan mengamati langsung kondisi fisik lansia, lingkungan, dan pemenuhan kebutuhan harian dalam konteks asuhan keperawatan.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pengkajian lansia meliputi aspek emosional, fungsional (*KATZ* dan *Barthel Indeks*), serta status mental (*SPMSQ* dan *MMSE*).

4. Studi Dokumentasi

Data dikumpulkan melalui serangkaian metode, termasuk wawancara, observasi langsung, dan pemeriksaan fisik pada klien yang didiagnosis dengan Gout Arthritis.

5. Studi Kepustakaan

Penulis memperoleh referensi dari berbagai sumber, seperti buku, artikel, dan video edukatif, sebagai acuan dalam mengumpulkan data dasar yang relevan untuk mendukung pemahaman terhadap permasalahan yang dialami oleh klien dengan Gout Arthritis.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dalam memahami karya tulis ini penulis menyusun dalam sistematika sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan

Menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori

Berisi konsep dasar lanjut usia, konsep dasar penyakit Goat Arthritis dan konsep dasar asuhan keperawatan Gout Arthritis pada lansia.

BAB III Tinjauan Kasus dan Rekomendasi

Tinjauan kasus mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan, serta catatan perkembangan, dan membahas perbedaan antara teori dan fakta di lapangan untuk mencari solusi melalui pendekatan.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi

Berisikan tentang Kesimpulan dari penatalaksanaan asuhan keperawatan gerontik serta saran dan rekomendasi pelaksanaan Tindakan terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lansia adalah individu yang telah berusia diatas 60 tahun dan mengalami berbagai perubahan dalam aspek anatomi, fisiologi, serta biokimia tubuh, yang pada akhirnya mempengaruhi fungsi serta kemampuan tubuh secara menyeluruh.(Erni Setiyorini, 2018)

Lansia adalah orang yang telah memasuki fase akhir dalam perjalanan hidupnya, dimana tubuh mulai mengalami penurunan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap berbagai tekanan dari lingkungan sekitar.(Mujib Hannan, 2019)

Lansia adalah orang yang telah berusia 60 tahun ke atas mengalami berbagai perubahan fisik secara bertahap, termasuk menurunnya daya tahan tubuh dalam merespon berbagai rangsangan baik dari dalam maupun luar tubuh.(widiawati & sari, 2020)

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah individu berusia 60 tahun ke atas yang mengalami perubahan fisik, anatomi, fisiologi, dan biokimia secara bertahap, sehingga kemampuan tubuh menurun dalam menyesuaikan diri dan merespons tekanan dari dalam maupun luar lingkungan.

2. Batasan Lansia

- a. Menurut WHO 2016, batasan usia lansia yaitu:

- 1) Pertengahan usia : 45-59 tahun
 - 2) Usia lanjut : 60-70 tahun
 - 3) Usia lanjut tua : 75-90
 - 4) Usia sangat tua : berusia diatas 90 tahun.(Leni, Manafe and Berhimon)
- b. Menurut Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia dalam bab 1 pasal 1 ayat II yang berbunyi “lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”.
- c. Menurut Depkes RI (2013) terdiri dari:
- 1) Virilitas (Prasenum): masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59).
 - 2) Usia lanjut dini (Senescen): kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (60-64 tahun).
 - 3) Lansia beresiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degenerative usia diatas 65 tahun. (Dr. Indra Ruswadi, 2022)

3. Klasifikasi Lansia

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia dibagi menjadi lima kategori antara lain:

- a. Pralansia (prasenilis) merupakan seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 atau lebih.
- c. lansia resiko tinggi merupakan seseorang yang berusia ≥ 70 tahun atau ≥ 60 tahun dengan masalah Kesehatan.

- d. Lansia potensial merupakan lansia yang masih mampu melakukan kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
- e. Lansia tidak potensial merupakan lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga bergantung pada bantuan orang lain. (Erni Setyorini, 2018)

4. Proses Menua

Seiring usia, fungsi otak dan tubuh menurun, ditandai gangguan indra, kelelahan, dan gerakan melambat. Penuaan juga memengaruhi ingatan dan berpikir. Demensia menjadi penyebab utama penurunan kognitif, dengan tantangan membedakan antara lupa normal dan gejala awalnya. (Nugroho, 2019)

5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua

a. Keturunan Atau Genetik

Teori genetik menyatakan penuaan dikendalikan DNA dengan menurunnya fungsi sel, namun umur panjang juga dipengaruhi oleh kondisi tubuh dan lingkungan.

b. Status Kesehatan

Dalam proses metabolisme, tubuh kadang menghasilkan zat yang dianggap asing, sehingga memicu reaksi autoimun yang dapat melemahkan jaringan dan menyebabkan penyakit.

c. Gaya Hidup

Lansia dengan gizi baik dan lingkungan bersih lebih sehat. Protein menjaga otot, kalori rendah memperlambat penuaan, dan penurunan elastisitas membuat kulit keriput serta gerak melambat.

d. Lingkungan Disekitar

Udara bersih menjaga kesehatan lansia, sedangkan polusi mempercepat penuaan dengan merusak sel, mengganggu protein, dan menurunkan regenerasi jaringan.

e. Pengalaman Hidup

Kepribadian lansia umumnya tetap stabil. Mereka yang aktif dan memiliki jati diri kuat cenderung tetap bersosialisasi, sementara sebagian lainnya mulai menarik diri seiring bertambahnya usia.

f. Tekanan Mental

Di usia lanjut, aktivitas menurun dan bisa memicu beban mental. Namun, lansia dengan kepribadian positif dan aktif sosial cenderung tetap produktif. Penuaan dipicu berkurangnya sel dan regenerasi akibat stres atau kelelahan.(Nugroho, 2019; MUJIADI, 2022)

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout arthritis adalah penyakit sendi akibat tingginya kadar purin dalam darah. Seseorang dianggap mengidap asam urat jika kadar asam urat melebihi 7 mg/dL pada pria dan 6 mg/dL pada wanita (Efendi et al., 2022).

Gout Arthritis merupakan salah satu penyakit degenerative yang paling sering dialami oleh lansia, Dimana tubuh tidak lagi mampu mengendalikan kadar asam urat secara optimal, sehingga menimbulkan rasa nyeri pada tulang dan sendi (Ningrum et al., 2023).

Jadi pada pengertian diatas dapat disimpulkan Gout Arthritis adalah salah satu jenis radang sendi yang umum terjadi pada lansia, disebabkan oleh penumpukan kristal asam urat akibat tingginya kadar purin dalam tubuh. Kondisi ini biasanya menyerang satu sendi secara tiba-tiba dan menimbulkan nyeri hebat.

2. Etiologi Gout Arthritis

Gout arthritis dipicu oleh usia, jenis kelamin, obat-obatan, obesitas, serta konsumsi purin dan alkohol. Pria lebih berisiko karena kadar asam urat lebih tinggi, dengan puncak kasus pada usia 75–84 tahun. Setelah usia 60, prevalensi seimbang antara pria dan wanita. Risiko pada wanita meningkat *pascamenopause* akibat penurunan efek *urikosurik*. Usia lanjut menjadi faktor utama karena penurunan fungsi ginjal dan penggunaan obat seperti diuretik.

3. Faktor Risiko Gout Arthritis

Berikut adalah faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya gout arthritis (Tim Bina Medika, 2017).

a. Keturunan/ Genetik

Riwayat keluarga gout arthritis meningkatkan risiko, sehingga pencegahan lewat gaya hidup sehat sangat penting.

b. Jenis Kelamin

Pria lebih berisiko terkena gout karena kadar asam urat tinggi dan tidak memiliki estrogen. Wanita menopause juga berisiko akibat penurunan hormon estrogen.

c. Usia

Usia meningkatkan risiko gout, dengan pria rentan pada usia 30–50 tahun dan wanita saat menopause.

d. Obesitas

Obesitas ($IMT > 25 \text{ kg/m}^2$) ditandai lemak perut berlebih yang dapat menaikkan tekanan darah dan mengganggu pengeluaran asam urat oleh ginjal.

e. Konsumsi Makanan Tinggi Purin

Asam urat berasal dari metabolisme purin, dengan 85% berasal dari tubuh dan 15% dari makanan. Konsumsi purin berlebih meningkatkan risiko gout.

f. Konsumsi Alkohol Dan Minuman Ringan Berlebihan

Alkohol dan minuman manis meningkatkan risiko gout karena mengandung purin dan fruktosa.

g. Kondisi Medis

Diabetes, resistensi insulin, dan hipertensi pada sindrom metabolik dapat meningkatkan kadar asam urat.

h. Obat-Obatan

Obat seperti diuretik thiazide, cyclosporine, aspirin dosis rendah, dan kemoterapi dapat meningkatkan kadar asam urat.

4. Tanda Dan Gejala Gout Arthritis

Tanda dan gejala gout arthritis antara lain (Nuranti et al., 2020):

- a. Sendi terasa nyeri, terutama pada malam dan pagi hari.
- b. Sendi terasa ngilu, bahkan tampak bengkak dan meradang (kemerahan).
- c. Nyeri sendi berulang kali pada jari kaki, jari tangan, tumit, lutut, siku dan pergelangan tangan.
- d. Pada kasus yang parah, sendi akan mengalami nyeri ketika bergerak.
- e. Kulit kemerahan hingga keunguan.

5. Klasifikasi Gout Arthritis

Adapun klasifikasi yang ditemukan pada gout arthritis adalah (Prihanto dkk, 2022, Tim Bina Medika, 2017, Nurarif & Kusuma, 2015):

a. Asimtomatik

Pada tahap ini, kadar asam urat dalam darah meningkat namun belum menimbulkan gejala apa pun.

b. Akut

Fase akut gout ditandai penumpukan kristal asam urat di sendi, menimbulkan nyeri mendadak, terutama di ibu jari kaki, serta disertai kelelahan, sakit kepala, atau demam.

c. Interkritikal

Fase lanjutan gout ini tanpa gejala meski masih aktif, dan tanpa pengobatan, serangan bisa kambuh dalam kurang dari setahun.

d. Kronis

Fase kronis gout muncul setelah lebih dari 10 tahun tanpa pengobatan, ditandai tofi, nyeri terus-menerus, gangguan gerak, dan kerusakan sendi.

6. Patofisiologi

Hiperurisemia disebabkan gangguan metabolisme purin, asupan tinggi purin, dan gangguan pengeluaran asam urat, sehingga terjadi penumpukan dalam darah. (Muttaqin, 2017).

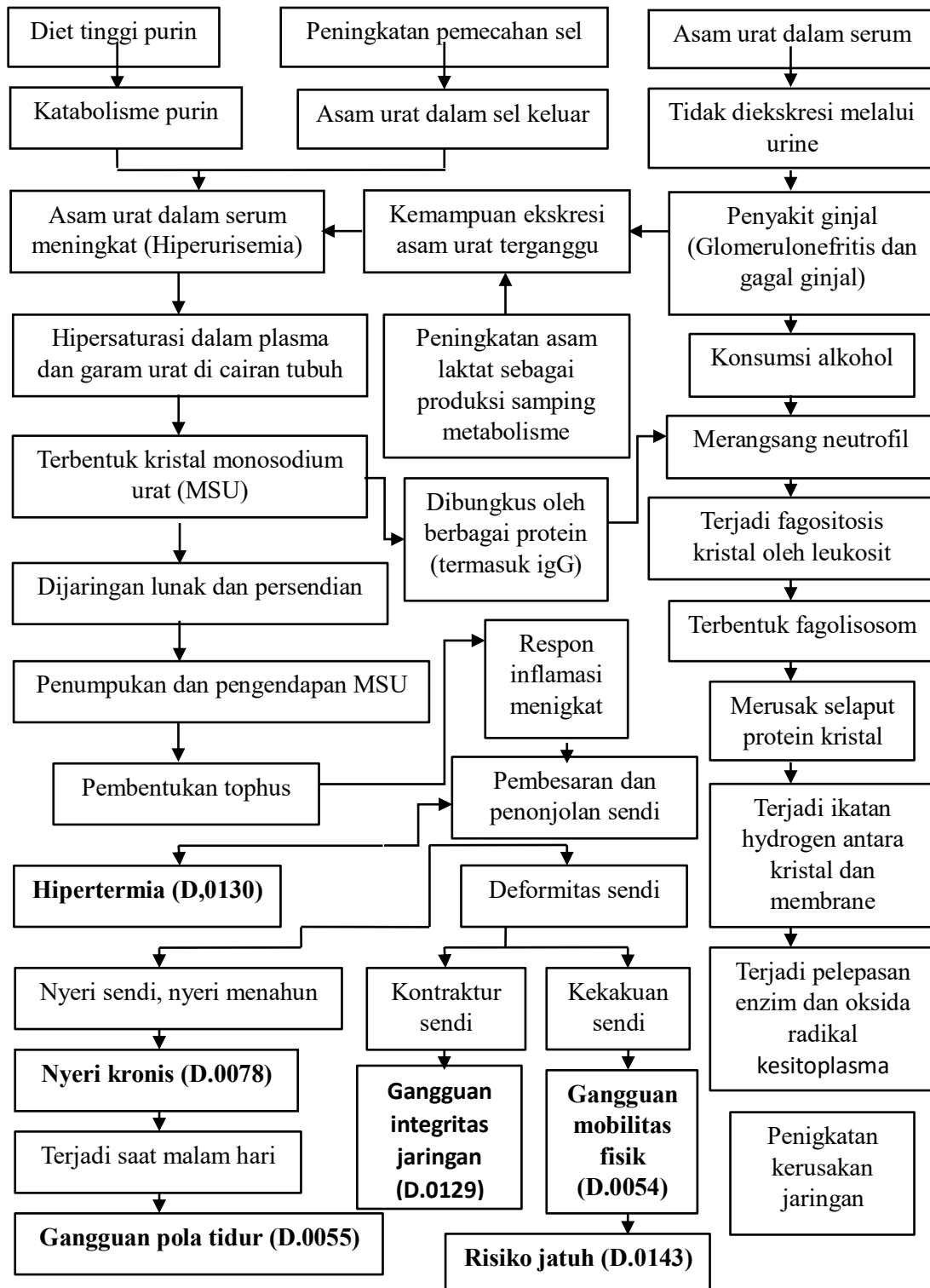
Serangan gout akut terjadi saat kadar asam urat melebihi 9 mg/dl, menyebabkan kristal urat mengendap di jaringan dan memicu respons imun. Kristal yang dilapisi protein seperti IgG menarik neutrofil, yang kemudian memicu peradangan melalui proses fagositosis. Kristal yang difagositosis merusak membran lisosom, menyebabkan pelepasan enzim dan radikal bebas ke sitoplasma. Hal ini memicu peradangan dan kerusakan jaringan, serta meningkatkan pelepasan enzim ke cairan synovial (Nurarif, 2015).

Gout arthritis dipicu oleh diet tinggi purin, gangguan ginjal, obesitas, genetik, usia di atas 40 tahun, dan menopause. Faktor-faktor ini meningkatkan asam urat, memicu penumpukan kristal di sendi, menyebabkan sinovitis akut dan berpotensi berkembang menjadi gout kronik. (Muttaqin, 2017)

7. Pathway

Sumber: (Nurarif, 2015).

Bagan 2.1 Pathway Gout Arthritis



8. Komplikasi

Jika gout arthritis tidak segera ditangani, kondisi ini dapat memicu berbagai komplikasi lainnya. Menurut Azwar (2020), terdapat beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita gout arthritis.

a. Tofus

Tofus adalah benjolan akibat kristal asam urat di bawah kulit, biasanya di jari, kaki, siku, atau pergelangan, dan bisa membengkak serta nyeri saat serangan gout.

b. Kerusakan Sendi

Penderita gout yang patuh berobat dan menjaga kesehatan dapat mencegah kerusakan sendi, sementara yang tidak ditangani berisiko cedera dan kerusakan sendi permanen.

c. Batu Ginjal

Jika gout tidak ditangani dengan baik, kristal urat dapat menumpuk di ginjal dan membentuk batu ginjal yang menghambat aliran urin.

d. Gagal Ginjal

Batu ginjal yang membesar dapat mengganggu fungsi ginjal dan berisiko menyebabkan gagal ginjal.

9. Pemeriksaan Penunjang

(Nurarif & Kusuma, 2015) menjelaskan, pemeriksaan penunjang untuk gout arthritis diantaranya :

- a. Pemeriksaan makroskopis, untuk mengetahui ada tidaknya kristal hasil dari penumpukan asam urat.

- b. Kadar asam urat, untuk mengetahui nilai asam urat.
- c. Laju Endap Darah (LED), untuk mengetahui inflamasi atau peradangan yang dialami.
- d. Analisis cairan sinovial dari sendi terinflamasi.
- e. Sinar x sendi, untuk menunjukkan massa tofus dan destruksi tulang atau perubahan sendi.

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Gout Arthritis menurut IRA, (2023) dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Terapi Farmakologis

1) Gout Arthritis Tanpa Gejala/ Gout Arthritis Akut

Penggunaan obat penurun asam urat pada hiperurisemia tanpa gejala masih diperdebatkan. EULAR, ACR, dan NKF menyarankan pemberian obat jika disertai faktor risiko, sementara Japan Society merekomendasikan terapi pada kadar urat ≥ 9 mg/dl atau >8 mg/dl dengan risiko tertentu. Perubahan kadar asam urat yang drastis dapat memicu serangan akut. Penanganannya meliputi NSAID seperti ibuprofen, steroid, dan colchicine.

2) Gout Arthritis Kronis

Beberapa obat seperti diuretik thiazide, loop diuretik, heparin, dan siklosporin dapat meningkatkan kadar asam urat. Obat penurun asam urat diberikan dua minggu setelah serangan akut

mereda. Terapi dibagi dua: Inhibitor Xantin Oksidase (Alopurinol, Febuxostat), dengan dosis awal maksimal 300 mg/hari pada fungsi ginjal normal; efek terlihat dalam 2 hari dan maksimal 7–10 hari. Kadar asam urat perlu dipantau setelah 2–3 minggu. Urikosuriks (Probenecid dan Sulfinpirazon), tidak disarankan untuk pasien dengan nefropati urat atau gangguan fungsi ginjal karena kurang efektif.

b. Terapi non farmakologis

1) Diet

Gout dipicu oleh faktor genetik, obesitas, diuretik, gangguan ginjal, dan gaya hidup tidak sehat. Pencegahannya dengan menghindari makanan tinggi purin dan alkohol seperti jeroan, daging merah, seafood, bir, dan wine.

2) Olahraga

Latihan fisik 3–5 kali seminggu selama 30–60 menit membantu mencegah gout. Hindari olahraga berlebihan dan cedera, serta dianjurkan berhenti merokok.

3) Manajemen nyeri: Teknik relaksasi nafas dalam

4) Tirah baring disarankan hingga 24 jam setelah gejala gout mereda, karena gerakan cepat dapat memicu kekambuhan (Ode, 2019).

5) Memperbanyak minum air putih.

- 6) Obat herbal seperti kompres jahe meredakan nyeri, sementara rebusan daun salam dan jahe dapat menurunkan kadar asam urat.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses menilai kondisi pasien berdasarkan data subjektif, objektif, dan riwayat medis untuk mengidentifikasi masalah atau risiko kesehatan sesuai diagnosis keperawatan.

a. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, dan status pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada penderita Gout Arthritis umumnya berupa nyeri di persendian, terutama pada jari kaki dan tangan, tumit, lutut, siku, serta pergelangan tangan dan kaki (Untari & Sulastri, 2021).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit saat ini mencakup keluhan sejak awal muncul hingga perkembangannya, biasanya berupa nyeri sendi berulang yang berlangsung lebih dari 3 bulan. (PPNI, 2017).

Untuk menilai nyeri klien secara menyeluruh, perawat dapat menggunakan metode PQRST (Ode, 2019).

Provoking : Faktor pemicu nyeri biasanya berasal dari gangguan metabolisme purin, yang ditandai

dengan kadar asam urat tinggi dan serangan sinovitis akut berulang.

- Quality : Nyeri yang dirasakan terasa seperti tertusuk
- Region : Apakah nyerinya menyebar atau terpusat di satu titik? Pada gout arthritis, nyeri biasanya muncul di sendi seperti lutut, jari kaki atau tangan, pergelangan, dan siku.
- Scale : Tingkat nyeri yang dirasakan klien berada pada skala 1 hingga 10.
- Time : Berapa lama nyeri dirasakan, kapan muncul, dan apakah terasa lebih parah di siang atau malam hari?

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit mencakup durasi keluhan gout arthritis, pengobatan sebelumnya, dan kemungkinan adanya penyakit penyerta seperti hipertensi. (Dwisetyo & Baco, 2022).

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan apakah ada anggota keluarga lansia yang juga mengalami gout arthritis atau masalah serupa (Faiz, 2022).

4) Genogram

Genogram merupakan diagram keluarga yang digunakan untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi tentang hubungan keluarga, pola kesehatan, dan Riwayat penyakit.

5) Riwayat Alergi

Pada pengkajian ini berisi keadaan klien terkait alergi yang dimiliki klien seperti apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat, makanan, atau cuaca.

6) Riwayat Rekreasi

Informasi mengenai aktivitas hiburan atau kegiatan yang biasa dilakukan pasien untuk mengisi waktu luang.

d. Pengkajian Psikososial

Untuk memahami bagaimana pasien menghadapi stres, menjalin hubungan, menjalani peran sosial, serta sistem dukungan yang dimiliki.

e. Pengkajian Status Emosional

Proses menilai kondisi perasaan atau suasana hati pasien, seperti kecemasan, depresi, marah, takut, atau sedih.

f. Pengkajian Spiritual

Proses menilai keyakinan, nilai, dan kebutuhan spiritual pasien yang dapat memengaruhi cara mereka menghadapi penyakit, penderitaan, serta proses penyembuhan.

g. Aktifitas Daily Living (ADL)

Pengkajian terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Aktivitas ini mencakup makan, mandi, berpakaian, toileting (buang air), berpindah tempat (mobilitas), dan menjaga kebersihan diri.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik mencakup penilaian kesadaran dan tanda-tanda vital klien, serta dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, baik secara menyeluruh dari kepala hingga kaki maupun berdasarkan sistem tubuh.

- 1) Keadaan umum
- 2) Tingkat kesadaran
- 3) Antropometri: BB dan TB
- 4) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kulit dan Rambut

Inspeksi: kaji warna kulit, ada tidaknya jejas atau lesi, kaji fungsi perabaan, turgor kulit.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan.

b) Kepala

Inspeksi: kaji bentuk kepala, kaji warna rambut, kelembapan rambut, kebersihan rambut, apakah ada jejas atau lesi.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya.

c) Mata

Inspeksi: kesimetrisan mata kanan dan kiri, kaji ketajaman penglihatan, ada tidaknya mata juling, ada tidaknya katarak, kaji konjungtiva, kaji sklera, ada tidaknya alat bantu melihat.

Palpasi: pergerakan bola mata, ada tidaknya nyeri tekan pada mata.

d) Telinga

Inspeksi: bentuk kesimetrisan, kebersihan telinga, ada tidaknya benjolan, ketajaman pendengaran, ada tidaknya alat bantu dengar.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan.

e) Hidung

Inspeksi: kesimetrisan lubang hidung, kebersihan hidung, lihat ada tidaknya sinus atau polip, ada tidaknya bekas luka atau tindik, kaji fungsi penciuman, ada tidaknya alat bantu nafas, ada tidaknya pernafasan cuping hidung, kaji ada tidaknya alat bantu nafas.

Palpasi: kaji ada tidaknya nyeri tekan.

f) Mulut dan Lidah

Inspeksi: kesimetrisan, warna bibir, kelembaban, kaji kebersihan lidah, ada tidaknya sariawan, warna lidah, kelengkapan gigi, karang gigi, kemampuan

mengunyah, ada tidaknya keluhan sakit pada gigi dan gusi.

g) Leher

Inspeksi: ada tidaknya pembesaran kelenjar gondok & limfe, ada tidaknya kekakuan, pada saat kemampuan menelan.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, teraba atau tidaknya nadi karotis, nyeri tekan, ada tidaknya benjolan, kaji refleks menelan.

h) Dada

Inspeksi: lihat pergerakan dada kiri dan kanan, lihat perkembangan ictus cordis apakah terlihat atau tidaknya, ada tidaknya keluhan nyeri dada.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya ictus cordis.

Perkusi: suara saat diperkusi apakah redup.

Auskultasi: ada tidaknya murmur pada bising jantung.

i) Abdomen

Inspeksi: kaji permukaan perut.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan, teraba atau tidaknya hepar.

Perkusi: suara saat diperkusi dulnes, timpani, redup, sonor, hipersonor

Auskultasi: bising usus.

j) Genetalia

Kaji ada atau tidaknya keluhan pada genetalia.

k) Ekstremitas

Inspeksi: kaji keluhan nyeri pada ekstermitas, pergerakan pada tangan dan kaki, ada tidaknya jejas atau lesi.

Eksremitas, pada klien gout arthritis umumnya ditemukan rasa kesemutan, rasa nyeri pada bagian pembengkakan di pergelangan tangan, kaki dan lutut saat di lakukan pemeriksaan inspeksi umum ada bengkak di sendi kaki dan tangan, kelembaban kulit terlihat lembab, kemerahan kulit pada sekitar sendi yang bengkak.

Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan.

i. Pengkajian Khusus

1) Pengkajian Fungsional

a) Katz Indeks (Indeks Kemandirian Pada Kemampuan ADL)

Tabel 2.1 Katz Indeks

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam kehidupan sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tambahan.
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian dan satu dari fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali berpakaian, ke kamar kecil satu dari fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali berpakaian, ke kamar kecil satu dari fungsi tambahan.
G	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklarifikasikan sebagai C, D, E atau F.

Keterangan :

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif yang orang lain. Lansia yang menolak melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun lansia tersebut dianggap mampu.

b) Barthel Indeks

Tabel 2.2 Barthel Indeks

No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	9	10	Frekuensi: Jumlah:
2.	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3.	Berpindah darii kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya.	5 atau 10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi, menyiram).	0	5	Frekuensi:
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram).	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar.	0	5	
8.	Naik turun tangga.	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
9.	Mengenakan pakaian	5	15	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
10.	Kontrol BAB	5	5	
11.	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi:
12.	Olahraga/latihan	5	10	
13.	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang	5	10	

Interpretasi

Skor 130 : mandiri

Skor 66-125 : ketergantungan sebagian

Skor ≤ 65 : ketergantungan total

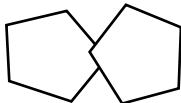
2) Pengkajian Status Mental

a) MMSE (Mini Mental State Exam)

Tabel 2.3 MMSE (Mini Mental State Exam)

Nilai Maksimum	Pasien	Pertanyaan
----------------	--------	------------

Orientasi		
5		Menyebutkan dengan benar 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? Bulan apa sekarang ?
5		Menyebutkan dimana sekarang kita berada ? 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Panti/ desa/ kampung apa ? 5. Alamat dimana ?
Registrasi		
3		Sebutkan 3 objek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 objek setelah ada kata-kata. Beri point untuk jawaban benar. Ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai.
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar). 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya). Missal DUNIA (eja: A-I-N-U-D).
Mengingat		
3		Minta untung mengulangi ke 3 objek diatas beri 1 pont untuk tiap jawaban benar.
Bahasa		
2		Memberi nama (naming) Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (missal jam tangan atau pensil), 1 point untuk masing-masing jawaban benar (skor = 2).
1		Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat, setelah klien sebutkan lebih dulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila”, atau kata yang lebih sulit “taka da jika, dan, atau, tetapi”. Hanya 1 kali mencoba. Point 1 jika diulang sempurna dan objek tidak benar secara keseluruhan.
3		Perintah 3 tahap

		Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya dilantai, nilai 1 untuk masing masing perintah yang dilakukan dengan benar.
1		Membaca Dlam selemnbar kertas kosong tulis kalimat “pejamkan mata anda”. Ditulis besar dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat).
1		Writing Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/ kata benda dan prediksi/ kata kerja. Ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan jika benar beri nilai 1 point.
1		Menyalin Berikan selembar kertas kosong minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan. Jika senar beri nilai 1 point. 

b) SPMSQ (Short Portable Mental Status Quistionaire)

Tabel 2.4 SPMSQ (Short Portable Mental Status Quistionaire)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		01	Tanggal berapa hari ini ?
		02	Hari apa sekarang ?
		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Dimana Alamat anda ?
		05	Berapa umur anda ?
		06	Kapan anda lahir ? (minimal tahun)
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		09	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka

			baru, semua secara menurun. 17 14 11
Total:			10

Interpretasi

Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual berat

Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Penilaian skor 0: Fungsi intelektual utuh

3) Pengkajian Depresi

Tabel 2.5 Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?			
2.	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan anda ?			
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa ?			
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?			
5.	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan ?			
6.	Apakah anda diganggu oleh pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ ungkapkan ?			
7.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada pikiran anda ?			
8.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada pikiran anda ?			
9.	Apakah anda merasa bahagia pada Sebagian besar waktu anda ?			
10.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?			
11.	Apakah anda sering gelisah dan gugup ?			
12.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?			
13.	Apakah anda sering khawatir akan masa depan ?			
14.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?			
15.	Apakah anda fikir hidup anda sekarang ini menyenangkan ?			
16.	Apakah anda merasa murung dan sedih ?			
17.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan saat ini ?			
18.	Apakah anda sangat khawatir terhadap kejadian masa lalu ?			
19.	Apakah anda merasakan hidup bahwa kehidupan ini			

	sangat menyenangkan/ menarik ?			
20.	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru ?			
21.	Apakah anda merasa penuh semangat ?			
22.	Apakah anda merasa bahwa kesadaran anda tidak ada harapan ?			
23.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda ?			
24.	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal sepele ?			
25.	Apakah anda seringkali ingin menangis ?			
26.	Apakah anda seringkali merasa mempunyai kesulitan dalam berkontribusi ?			
27.	Apakah anda sering bangun dipagi hari ?			
28.	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial ?			
29.	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil Keputusan ?			
30.	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya ?			

Interpretasi

Skor 0-9 : Tidak ada depresi
 Skor 10-16 : Depresi ringan
 Skor 17-19 : Depresi sedang
 Skor 30-36 : Depresi berat

j. Pengkajian Fall Scale (MFS)

Tabel 2.6 Fall Scale (MFS)

No	Pengkajian	Skala		Nilai	keterangan
1,	Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh 3 bulan terakhir ?	Tidak	0		Pernah jatuh di kamar mandi.
		Ya	25		
2.	Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakitnya ?	Tidak	0		Tidak ada
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan 1. Bedrest/ dibantu perawat. 2. Kruk/ tongkat/ walker. 3. Berpegangan pada benda-benda disekitar (kursi, lemari, meja).		0		Berjalan dengan kruk
			15		
			30		
4.	Terapi intravena apakah saat ini lansia terpasang infus ?	Tidak	0		Tidak terpasang infus
		Ya	20		

5.	Gaya berjalan/ cara berpindah : 1. Normal/ bedrest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri). 2. Lemah (tidak bertenaga). 3. Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret).		0		Normal
			10		
			20		
6.	Status mental 1. Lansia menyadari kondisi dirinya. 2. Lansia mengalami keterbatasan daya ingat.		0		Pasien menyadari kondisinya.
			15		
Total nilai : 40					

Interpretasi:

Tingkat Risiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak berisiko	0-24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25-50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar.
Risiko tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegaham jatuh risiko tinggi.

k. Pengkajian Keseimbangan Lansia

Tabel 2.7 Keseimbangan Lansia

No	Kriteria	Normal	Gangguan
1.	Perubahan posisi /Gerakan keseimbangan		
	1. Bangun dari kursi		
	2. Duduk ke kursi		
	3. Menahan dorongan pada sternum		
	4. Menutup mata tertutup		
	5. Perputaran leher		
	6. Gerakan menggapai sesuatu		
	7. Membungkuk		

2.	Komponen gaya berjalan atau Gerakan 1. Berjalan sesuai perintah		
	2. Kemampuan mengangkat kaki saat berjalan		
	3. Kontinuitas/ konsisten dalam Langkah		
	4. Kesimetrisan Langkah		
	5. Penyimpangan jalur saat berjalan		
	6. Berbalik		

Interpretasi

Nilai 0-5 : Risiko jatuh

Nilai 6-10 : Risiko jatuh sedang

Nilai 11-13 : Risiko jatuh tinggi

1. Pengkajian Apgar Keluarga

Tabel 2.8 Apgar Keluarga

No	Fungsi	Uraian	Skore
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat Kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menysahkan saya.	
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas/ arah baru.	
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai.	
5,	Pemecahan	Saya puas dengan cara-cara teman saya dan saya menyediakan waktu Bersama.	

Keterangan

Skore 0 : Tidak pernah

Skore 1 : Kadang-kadang

Skore 2 : Selalu

Interpretasi

Nilai < 3 : Disfungsi keluarga yang sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : Tidak ada disfungsi

m. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan mendukung pengkajian, diagnosis, pemantauan kondisi, dan evaluasi intervensi melalui laboratorium, diagnostik, atau pemantauan klinis.

n. Pemberian Therapy

Data ini mencakup tabel pemberian obat (nama, dosis, dan kegunaan) untuk mendukung asuhan keperawatan farmakologis guna mempercepat pemulihan pasien berdasarkan hasil pengkajian.

o. Analisa Data

Analisa data adalah proses menghubungkan data dengan konsep, melalui validasi, pengelompokan, dan kesimpulan untuk dasar diagnosis keperawatan (Rina Mardiani, 2019).

Tabel 2. 9 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 1. Mengeluh nyeri 2. Mengeluh depresi (tertekan) 3. Merasa takut mengalami cedera berulang DO: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitasnya 4. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) 5. Waspada 6. Pola tidur berubah 7. Anoreksia 8. Focus menyempit 9. Berfokus pada diri sendiri	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Terbentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri sendi, nyeri menahun ↓ Nyeri kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2.	DS: - DO: 1. Suhu tubuh diatas normal	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin	Hipertermia (D.0130)

	2. Kulit merah 3. Kejang 4. Takikardia 5. Takipnea 6. Kulit terasa hangat	↓ Hiperurisemia ↓ Trebentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Hipertermia	
3.	DS: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Fisik lemah	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Trebentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
4.	DS: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup 6. Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun DO: -	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Trebentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri sendi ↓	Gangguan pola tidur (D.0055)

		Terjadi saat malam hari ↓ Gangguan pola tidur	
5.	DS: - DO: 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit 2. Nyeri 3. Perdarahan 4. Kemerahan 5. hematoma	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Tebentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kontraktur sendi ↓ Gangguan integritas jaringan	Gangguan integritas jaringan (D.0129)
6.	Faktor risiko: 1. Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak). 2. Riwayat jatuh. 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan). 4. Penggunaan alat bantu berjalan. 5. Penurunan tingkat kesadaran. 6. Perubahan fungsi kognitif. 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi. 9. Hipotensi ortostatik. 10. Perubahan kadar glukosa darah. 11. Anemia. 12. Kekuatan otot menurun. 13. Gangguan pendengaran. 14. Gangguan keseimbangan. 15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus). 16. Neuropati. 17. Efek agen farmakologis	Diet tinggi purin ↓ Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Tebentuk kristal monosodium ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan tophus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kekakuan sendi ↓ Mobilitas terganggu ↓ Risiko jatuh	Risiko jatuh (D.0143)

	(mis. sedasi, alkohol, anastesi umum).		
--	--	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan untuk dasar perencanaan asuhan (Tim Pokja SDKI, 2016).

a. Nyeri Kronis (D.0078)

Definisi:

pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset (permulaan) yang mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat dan konstan, serta berlangsung lebih dari 3 bulan.

b. Hipertermia (D.0130)

Definisi:

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Definisi:

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

d. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi:

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

e. Gangguan Integritas Jaringan (D.0129)

Definisi:

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

f. Risiko Jatuh (D.0143)

Definisi:

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan Kesehatan akibat terjauh.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan berdasarkan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan. Luaran mencerminkan respons pasien dan sejauh mana masalah teratasi (Tim Pokja SDKI, 2016).

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan

No	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat nyeri menurun. kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. Pola tidur membaik (5) 4. Perilaku membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri tentang 6. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri 7. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Memonitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan 3. Mengetahui tingkat nyeri sebenarnya yang 4. Mengetahui yang faktor dapat mempengaruhi rasa nyeri 5. Mengetahui yang harus dilakukan saat nyeri 6. Mengetahui budaya yang dilakukan terhadap nyeri 7. Mengetahui keberhasilan

		1. Berikan Teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan sumber dan Jenis nyeri dalam pemeliharaan pilihan strategi nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan setrategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	terhadap pengurangan rasa nyeri 8. Mengetahui ada tidaknya efek samping obat Terapeutik 1. Untuk mengurangi rasa nyeri 2. Untuk mengontrol lingkungan agar nyeri berkurang 3. Agar tidur cukup 4. Agar mengetahui baik atau tidaknya pemilihan strategi nyeri Edukasi 1. Agar mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Agar mengetahui strategi yang tepat untuk meredakan nyeri 3. Agar mengetahui cara memonitor nyeri secara mandiri 4. Agar mengurangi nyeri 5. Agar nyeri klien berkurang Kolaborasi 1. Agar mengurangi rasa nyeri
2.	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan suhu tubuh tetap berada pada rentang normal. kriteria hasil : 1. Menggigil menurun (5) 2. Suhu tubuh membaik (5) 3. Suhu kulit membaik (5)	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. 4. Monitor haluaran urine. 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 3. Basahi dan kipasi	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Agar mengetahui penyebab hipertermia pasien. 2. Agar terpantau suhu tubuh pasien. 3. Agar terpantau kadar elektrolit pasien. 4. Agar terpantau haluaran urine pasien. 5. Agar terpantau komplikasi akibat hipertermia. Terapeutik 1. Agar menurunkan suhu tubuh pasien.

		permukaan tubuh. 4. Berikan cairan oral. 5. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	2. Agar mengurangi panas pada tubuh pasien. 3. Agar mengurangi panas pada area lipatan tubuh. 4. Agar mencegah dehidrasi. 5. Mencegah hambatan mekanisme alami tubuh dalam menurunkan suhu. Edukasi 1. Agar tubuh teristirahatkan. Kolaborasi 1. Mengurangi demam.
3.	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat. kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Kaku sendi menurun (5) 5. Gerakan terbatas menurun (5) 6. Kelemahan fisik (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Agar mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Agar pasien dapat melakukan pergerakan 3. Agar keadaan jantung dan tekanan darah pasien tetap baik selama mobilisasi 4. Agar kondisi pasien baik selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Agar pasien dapat melakukan pergerakan 2. Agar keluarga dapat mengetahui cara meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Agar pasien tau tujuan mobilisasi 2. Agar tidak kaku sendi 3. Agar pasien dapat melakukan pergerakan
4.	Pola tidur (L.05045) setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan pola	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Agar mengetahui

	tidur membaik. Kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur meningkat (5) 2. Keluhan sering terjaga meningkat (5) 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat (5) 4. Keluhan pola tidur berubah meningkat (5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)	aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi, lainnya	pola aktivitas dan tidur 2. Agar mengetahui factor pengganggu tidur 3. Agar mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Agar mengetahui obat mempengaruhi tidur Terapeutik 1. Agar pasien merasa nyaman 2. Agar pasien merasa nyaman 3. Agar istirahat tidur cukup 4. Agar pasien merasa nyaman dan dapat tertidur Edukasi 1. Agar pasien tau pentingnya istirahat tidur bagi tubuh 2. Agar mencegah kesulitan tidur melalui apa yang dimakan dan diminim 3. Agar tau factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 4. Agar pasien dapat mereaksasikan tubuhnya dan merasa nyaman
5.	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 4. Perdarahan menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3. Hindari produk berbahan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Agar mengetahui penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 1. Agar menghindari decubitus 2. Agar permukaan kulit menjadi lembab 3. Agar kulit tidak

	(5) 5. Nyeri menurun (5) 6. Hematoma (5)	dasar alkohol pada kulit Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem	kasar dan kering Edukasi 1. Agar kulit lembab 2. Agar menjaga hidrasi tubuh 3. Agar tubuh sehat dan mencegah dehidrasi serta kerusakan jaringan 4. Agar mencegah terjadinya kerusakan pada kulit dan jaringan
6.	Tingkat Jatuh (L.14138) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat jatuh menurun. Kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Jatuh saat berdiri menurun (5) 3. Jatuh saat duduk menurun (5) 4. Jatuh saat berjalan menurun (5)	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu Terapeutik 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang handrail tempat tidur 3. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Agar mengetahui factor risiko jatuh pada pasien 2. Agar mengetahui factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Agar mengetahui risiko jatuh pasien dengan menggunakan skala Terapeutik 1. Agar pasien tidak terjatu atau regelincir saat menaiki dan turun dari tempat tidur 2. Agar pasien tidak jauh saat tertidur di atas tempat tidur 3. Agar pasien tidak terjatuh saat berjalan Edukasi 1. Agar pasien tidak terjatuh saat berjalan karena lantai licin 2. Agar pasien tetap seimbang saat berjalan 3. Agar pasien dapat berjalan dengan baik dan seimbang serta mencegah jatuh saat berjalan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dan pencatatan tindakan sesuai rencana dan intervensi yang ditetapkan (Tim Pokja SDKI, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir untuk menilai struktur, proses, dan hasil. Evaluasi formatif dilakukan selama proses, sedangkan sumatif setelahnya untuk menilai efektivitas tindakan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Evaluasi asuhan keperawatan dicatat dalam format SOAP: S (keluhan pasien), O (data objektif), A (penilaian tercapainya tujuan), dan P (rencana lanjutan). Evaluasi ini menilai apakah hasil sesuai dengan tujuan yang direncanakan (Dinarti, Aryani et al., 2013).

BAB III

TINDAKAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama : Tn. U

Umur : 66 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SMA

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Alamat : Kp. Taraju RT 03/RW 04, Desa Salamunggal,
Kec. Leles, Kab. Garut.

Jumlah Anak : 6 Orang

Jenis Kelamin Anak : 3 perempuan dan 3 laki-laki

Jumlah Cucu : 20 Orang

Istri : 58 Tahun

Tanggal Pengkajian : Kamis, 24 April 2025

Diagnose Medis : Gout Arthritis

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Nyeri pada persendian kaki.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 24 April 2025 pukul 10.00 WIB pasien mengeluh nyeri pada kedua kaki. Pasien mengatakan bahwa nyeri dirasakan saat melakukan aktifitas namun terkadang muncul secara mendadak. Pasien menggambarkan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada jari kaki menjalar hingga lutut. Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (0-10). Nyeri dirasakan sejak tadi pagi dan berlangsung selama beberapa menit lalu hilang.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan 1 tahun yang lalu memiliki riwayat Prostat, pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung dan telah mengalami operasi Prostat pada 2 Maret 2024. Pasien mengalami asam urat sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sudah lama tidak diperiksa asam uratnya dan pasien mengatakan terakhir minum obat allopurinol bulan maret lalu.

4) Riwayat Alergi

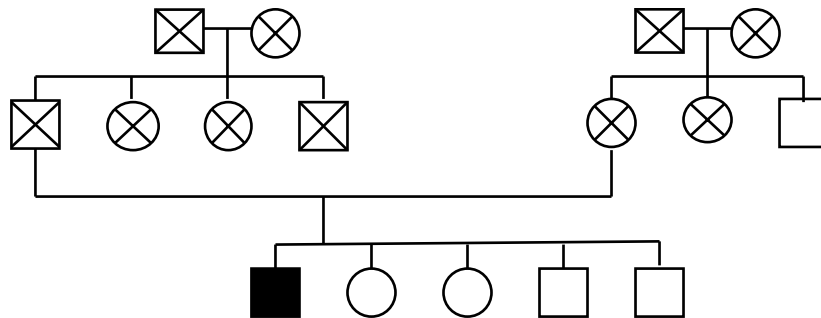
Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat-obatan, tidak mempunyai alergi makanan atau minuman dan tidak mempunyai alergi cuaca.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ayah dan ibunya mempunyai riwayat penyakit asam urat.

6) Genogram

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- ⊗ : Meninggal
- : Garis pernikahan
- | : Garis keturunan

7) Riwayat Rekreasi

Pasien mengatakan hanya menonton tv dan berjemur di depan rumah saja, karena pasien kesulitan berjalan dan berjalan dengan menggunakan kruk.

8) Pengkajian Psikososial

Kemampuan pasien bersosialisasi saat ini baik, pasien suka berkomunikasi dengan warga sekitar atau tetangga.

9) Pengkajian Status Emosional

Pasien mengatakan terkadang mengalami susah tidur jika terasa sakit pada persendian kaki. Pasien mengatakan tidak pernah merasa gelisah, khawatir atau cemas.

10) Pengkajian Spiritual

Pasien beragama islam dan selalu melakukan shalat 5 waktu, pasien mengatakan kegiatan keagamaan yang selalu dilakukan dirumah yaitu membaca Al-Qur'an. Pasien berharap agar segera diberikan kesembuhan dari penyakitnya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Baik

Tingkat kesadaran: Compos mentis

GCS : 15 (E: 4, M: 6, V: 5)

2) Antropometri

BB : 65 kg

TB : 160 cm

3) Tanda-tanda vital

T : 130/80 mmHg

P : 80 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,6 °C

SPO : 98 %

4) Pemeriksaan kepala

Inspeksi : Bentuk simetris,tidak ada lesi, rambut

beruban.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

5) Pemeriksaan leher

Inspeksi : Tidak ada lesi

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar Tyroid.

6) Pemeriksaan mata

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak anemis, sklera ikterik.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

7) Pemeriksaan telinga

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada kotoran.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

8) Pemeriksaan hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip hidung, tidak ada cuping hidung, keadaan bersih.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

9) Pemeriksaan mulut

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada sianosis, terdapat karang gigi, bibir kering.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

10) Pemeriksaan integument

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi,

terdapat bengkak pada kaki.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan.

11) Pemeriksaan thorax

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada otot bantu nafas.

Perkusi : Suara sonor diseluruh lapang paru.

Palpasi : Ictus cordis teraba, getaran paru normal antara

kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : Tedengar vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

12) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi.

Perkusi : Tidak terkaji.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : Suara peristaltik usus terdengar 12 x/menit.

13) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Ekstremitas bawah

Inspeksi : Kaki tampak sulit digerakkan.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan didengkul.

$$\begin{array}{r|l} \text{Skala kekuatan otot : 5} & 5 \\ \hline 3 & 3 \end{array}$$

14) Pemeriksaan genetalia

Inspeksi : Tidak terkaji.

e. Pengkajian Khusus

1) Pengkajian Fungsional

a) KATZ Indeks

Tabel 3.1 Pengkajian KATZ Indeks

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B ✓	Kemandirian dalam kehidupan sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tambahan.
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian dan satu dari fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali berpakaian, ke kamar kecil satu dari fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali berpakaian, ke kamar kecil satu dari fungsi tambahan.
G	Kemandirian dalam aktifitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklarifikasikan sebagai C, D, E atau F.

Keterangan: Pada Tn. U hasil pengkajian menunjukkan status fungsional dengan kats index B, karena Tn. U mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri tetapi untuk berjalan dan berpindah tempat Tn. U menggunakan alat bantu.

b) Barthel Indeks

Tabel 3.2 Pengkajian Barthel Indeks

No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	9	10 ✓	Frekuensi: 3 x/ hari Jumlah: 1 porsi Jenis: nasi, lauk, sayuran.
2.	Minum	5	10 ✓	Frekuensi: 8 x/hari Jumlah: 1,800 ml

				Jenis: air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya.	5 atau 10 ✓	15	Dengan bantuan. Tn. U berpegangan pada benda untuk bangun.
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi, menyiram).	0	5 ✓	Frekuensi: 2 x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram).	5	10 ✓	Tn. U berjalan sendiri dengan menggunakan kruk.
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi: 2 x/hari
7.	Jalan dipermukaan datar.	0 ✓	5	Berjalan dengan alat bantu.
8.	Naik turun tangga.	5 ✓	10	Frekuensi: 2 x sehari Jumlah: 3 anak tangga. Jenis: tangga kecil.
9.	Mengenakan pakaian	5	15 ✓	Frekuensi: 2 x sehari Jumlah: 2 Jenis: pakaian kaos
10.	Kontrol BAB	5	5 ✓	BAB lancer dan normal.
11.	Kontrol BAK	5	10 ✓	Frekuensi: 4 x/hari
12.	Olahraga/latihan	5 ✓	10	Tn. U jarang olahraga
13.	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang	5 ✓	10	Frekuensi: tidak pernah.

Interpretasi

Skor 130 : mandiri

Skor 66-125 : ketergantungan sebagian

Skor ≤ 65 : ketergantungan total

Keterangan : pada hasil pengkajian Tn. U didapatkan skor 105 yaitu ketergantungan sebagian.

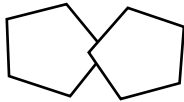
2) Pengkajian Status Mental

a) MMSE (Mini Mental State Exam)

Tabel 3.3 Pengkajian MMSE

Nilai Maksimum	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5	5	Menyebutkan dengan benar 5. Tahun berapa sekarang ? 2025 6. Musim apa sekarang ? Musim hujan 7. Tanggal berapa sekarang ? 24

		8. Hari apa sekarang ? Kamis 9. Bulan apa sekarang ? April
5	5	Menyebutkan dimana sekarang kita berada ? 6. Negara apa ? Indonesia 7. Provinsi apa ? Jawa barat 8. Kota apa ? Garut 9. Panti/ desa/ kampung apa ? Salamunggal 10. Alamat dimana ? Kp. Taraju, RT 03/04, kec. Leles-Garut.
Registrasi		
3	3	Sebutkan 3 objek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 objek setelah ada kata-kata. Beri point untuk jawaban benar. Ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai. 1. Gelas 2. Buku 3. Vas bunga
Perhatian dan Kalkulasi		
5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar). e. 93 (benar) f. 86 (benar) g. 79 (benar) h. 72 (benar) i. 65 (benar) Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya). Missal DUNIA (eja: A-I-N-U-D).
Mengingat		
3	3	Minta untung mengulangi ke 3 objek diatas beri 1 pont untuk tiap jawaban benar. 1. Galas 2. Buku 3. Vas bunga
Bahasa		
2	2	Memberi nama (naming) Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (missal jam tangan atau pensil), 1 point untuk masing-masing jawaban benar (skor = 2). Klien mampu mengikuti.
1	1	Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat, setelah klien sebutkan lebih dulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila”, atau kata yang lebih sulit “taka da jika, dan, atau, tetapi”. Hanya 1 kali mencoba. Point 1 jika diulang

		sempurna dan objek tidak benar secara keseluruhan. Klien mampu menyebutkan “namun, tanpa, bila”.
3	3	Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya dilantai, nilai 1 untuk masing masing perintah yang dilakukan dengan benar. Klien mampu mengikuti perintah.
1	1	Membaca Dlam selemnbar kertas kosong tulis kalimat “pejamkan mata anda”. Ditulis besar dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat). Klien mampu mengikuti perintah.
1	1	Writing Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/ kata benda dan prediksi/ kata kerja. Ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan jika benar beri nilai 1 point. Klien dapat menulis kalimat “baju”.
1	1	Menyalin Berikan selembar kertas kosong minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan. Jika senar beri nilai 1 point. Klien dapat menggambar. 

Interpretasi

Nilai 24-30 : Normal

Nilai 17-23 : Probable gangguan kognitif

Nilai 0-16 : Definitif gangguan kognitif

Keterangan : Dari hasil pemeriksaan Tn. U didapatkan nilai 30.

b) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Tabel 3.4 Pengkajian SPMSQ

Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		01	Tanggal berapa hari ini ? 24
✓		02	Hari apa sekarang ? Kamis
✓		03	Apa nama tempat ini ? Ruang tamu
✓		04	Dimana Alamat anda ? Kp. Taraju RT03/04, desa Salamunggal, kec. Leles-Garut
✓		05	Berapa umur anda ? 62 Tahun
✓		06	Kapan anda lahir ? (minimal tahun) 1959
✓		07	Siapa presiden Indonesia sekarang ? Prabowo
✓		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ? Jokowi dodo
✓		09	Siapa nama ibu anda ? Kurniasih
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun. 17 14 11
Total:		10	

Interpretasi

Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual berat

Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Penilaian skor 0 : Fungsi intelektual utuh

Keterangan : Dari hasil pengkajian Tn. U didapatkan kesalaham 0.
Tn. U memiliki fungsi intelektual utuh.

f. Pengkajian Depresi

Tabel 3.5 Pengkajian Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?		✓	0
2.	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan anda ?	✓		1
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa ?		✓	0
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	✓		1
5.	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan ?	✓		1
6.	Apakah anda diganggu oleh pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ ungkapkan ?		✓	0
7.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada pikiran anda ?	✓		1
8.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada pikiran anda ?	✓		1
9.	Apakah anda merasa bahagia pada Sebagian besar waktu anda ?	✓		1

10.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?	✓		1
11.	Apakah anda sering gelisah dan gugup ?		✓	0
12.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?	✓		1
13.	Apakah anda sering khawatir akan masa depan ?		✓	0
14.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?		✓	0
15.	Apakah anda fikir hidup anda sekarang ini menyenangkan ?		✓	0
16.	Apakah anda merasa murung dan sedih ?		✓	0
17.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan saat ini ?		✓	0
18.	Apakah anda sangat khawatir terhadap kejadian masa lalu ?	✓		1
19.	Apakah anda merasakan hidup bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/ menarik ?	✓		1
20.	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru ?	✓		1
21.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	✓		1
22.	Apakah anda merasa bahwa kesadaran anda tidak ada harapan ?		✓	0
23.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda ?	✓		1
24.	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal sepele ?		✓	0
25.	Apakah anda seringkali ingin menangis ?		✓	0
26.	Apakah anda seringkali merasa mempunyai kesulitan dalam berkontribusi ?	✓		1
27.	Apakah anda sering bangun dipagi hari ?	✓		1
28.	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial ?		✓	0
29.	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil Keputusan ?	✓		1
30.	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya ?	✓		1

Interpretasi

Skor 0-9 : Tidak ada depresi

Skor 10-16 : Depresi ringan

Skor 17-19 : Depresi sedang

Skor 30-36 : Depresi berat

Keterangan : Dari hasil pengkajian Tn. U dengan skor 17 yang menandakan Depresi ringan

g. Pengkajian Fall Scale (MFS)/Skala Jatuh Doro Morse

1) MFS (Fall Scale)

Tabel 3.6 Pengkajian Fall Scale

No	Pengkajian	Skala		Nilai	keterangan
1,	Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh 3 bulan terakhir ?	Tidak	0	25	Pernah jatuh di kamar mandi.
		Ya	25		

2.	Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakitnya ?	Tidak	0	0	Tidak ada
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan 4. Bedrest/ dibantu perawat. 5. Kruk/ tongkat/ walker. 6. Berpegangan pada benda-benda disekitar (kursi, lemari, meja).		0		Berjalan dengan kruk
			15	15	
			30		
4.	Terapi intravena apakah saat ini lansia terpasang infus ?	Tidak	0	0	Tidak terpasang infus
		Ya	20		
5.	Gaya berjalan/ cara berpindah : 4. Normal/ bedrest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri). 5. Lemah (tidak bertenaga). 6. Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret).		0	0	Normal
			10		
			20		
6.	Status mental 3. Lansia menyadari kondisi dirinya. 4. Lansia mengalami keterbatasan daya ingat.		0	0	Pasien menyadari kondisinya.
			15		
Total nilai : 40					

Interpretasi :

Tingkat Risiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak berisiko	0-24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25-50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar.
Risiko tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegaham jatuh risiko tinggi.

Keterangan: Hasil dari pengkajian Tn. U dengan skor 40. Tn. U mengalami risiko rendah dan untuk Tindakan yang dilaksanakan yaitu intervensi pencegahan jatuh standar.

2) Keseimbangan pada lansia

Tabel 3.7 Pengkajian Keseimbangan Lansia

No	Kriteria	Normal	Gangguan
1.	Perubahan posisi /Gerakan keseimbangan 8. Bangun dari kursi	✓	
	9. Duduk ke kursi	✓	
	10. Menahan dorongan pada sternum	✓	
	11. Menutup mata tertutup	✓	
	12. Perputaran leher	✓	
	13. Gerakan menggapai sesuatu	✓	
	14. Membungkuk	✓	
2.	Komponen gaya berjalan atau Gerakan 7. Berjalan sesuai perintah		✓
	8. Kemampuan mengangkat kaki saat berjalan		✓
	9. Kontinuitas/ konsisten dalam Langkah		✓
	10. Kesimetrisan Langkah		✓
	11. Penyimpangan jalur saat berjalan		✓
	12. Berbalik		✓

Interpretasi

Nilai 0-5 : Risiko jatuh

Nilai 6-10 : Risiko jatuh sedang

Nilai 11-13 : Risiko jatuh tinggi

Keterangan : Hasil pengkajian Tn. U dengan nilai 6 Risiko jatuh sedang.

h. Pengkajian Apgar Keluarga**Tabel 3.8 Pengkajian Apgar Keluarga**

No	Fungsi	Uraian	Skore
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat Kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menysahkan saya.	2
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	1
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas/ arah baru.	2
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya	1

		mengekspresikan afek dan beresponss terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai.	
5,	Pemecahan	Saya puas dengan cara-cara teman saya dan saya menyediakan waktu Bersama.	2

Keterangan

Skore 0 : Tidak pernah

Skore 1 : Kadang-kadang

Skore 2 : Selalu

Interpretasi

Nilai < 3 : Disfungsi keluarga yang sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : Tidak ada disfungsi

Hasil pengkajian Tn. U didapatkan total nilai 8 yang menandakan Tn. U tidak ada Disfungsi Keluarga.

i. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.9 Pemeriksaan Penunjang

No	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
1.	Kamis 24 April 2025. Pukul 13.00 WIB	Asam urat	7,5	L: 1,5-0,6	Mg/dl
2.	Sabtu 26 April 2025 Pukul 10.00 WIB	Asam urat	5,3	L: 1,5-0,6	Mg/dl

j. Pemberian Therapy

Tabel 3.10 Pemberian Therapy

No	Nama obat	Dosis	Lama Pemberian	Kegunaan
1.	Allopurinol 100 mg	1 x sehari (setelah nyeri mereda).	Evaluasi ulang tiap 2 minggu.	Obat antipiral yang berguna untuk menurunkan Asam urat.

2. Analisa Data

Tabel 3.11 Pengkajian Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: pasien mengeluh nyeri pada kedua kaki. Pasien mengatakan bahwa nyeri dirasakan saat melakukan aktifitas namun	Fisik/organik ↓ Peningkatan asam urat (Hiperserumia) ↓	Nyeri Kronis

	terkadang muncul secara mendadak. Pasien menggambarkan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada jari kaki menjalar hingga lutut. Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (0-10). Nyeri dirasakan sejak tadi pagi dan berlangsung selama beberapa menit lalu hilang. DO: 1. Pasien tampak meringis. 2. TTV T : 130/80 mmHg P : 80 x/menit R : 20 x/menit S : 36,6 °C SPO : 98 % 3. Kadar asam urat 7,5 mg/dl	Peradangan sendi berulang ↓ Kerusakan jaringan sendi ↓ Penekanan saraf perifer/ nyeri neuropatik ↓ Nyeri menetap di ekstremitas bawah ↓ Nyeri kronis	
2.	DS: pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena sakit sehingga berjalan dengan alat bantu. Pasien mengatakan melakukan sholat dengan posisi duduk karena kakinya sakit. DO: 1. Kekuatan otot menurun. 2. Skala kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ 3 \quad 3 \\ \hline \end{array}$ 3. Kaki tampak bengkak. 4. Terdapat nyeri tekan didengkul sebelah kiri.	Penyakit/kondisi medis ↓ Peningkatan kadar asam urat ↓ Menyebabkan peradangan sendi ↓ Timbul nyeri hebat di kedua kaki ↓ Gangguan pergerakan sendi ↓ Keterbatasan pergerakan ekstremitas bawah ↓ Penurunan kekuatan otot & kestabilan saat berjalan ↓ Pasien kesulitan berjalan ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS: Pasien mengatakan selalu menggunakan alat bantu jalan sejak 3 tahun lalu. Pasien mengatakan punya Riwayat jatuh sejak 3 bulan terakhir. DO: 1. Usia > 62 Tahun 2. Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ 3 \quad 3 \\ \hline \end{array}$ 3. Gangguan	Nyeri pada kaki ↓ Keterbatasan mobilitas fisik ↓ Kesulitan berjalan stabil ↓ Penggunaan alat bantu jalan (tongkat kruk) ↓ Koordinasi tubuh	Risiko jatuh

	keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh.	terganggu ↓ Risiko jatuh	
	4. Skala MFS : 35		
	5. Asam urat : 7,5 mg/dl.		

3. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri Kronis b.d proses penyakit kronis d.d

DS:

- 1) Mengeluh nyeri

DO:

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Tidak mampu menuntaskan aktifitas
- 4) Pola tidur berubah

b. Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat d.d

DS:

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Nyeri saat bergerak

DO:

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang Gerak (ROM) menurun

c. Risiko jatuh d.d

- 1) faktor risiko penggunaan alat bantu jalan.

4. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. U

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 66 Tahun

Dx Medis : Gout Arthritis

Tabel 3.12 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi	Paraf
HARI KE 1						
1.	Nyeri Kronis b.d agen inflamasi sendi	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan Tingkat nyeri menurun, kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5). 3. Meringis menurun dari (2) ke (5). 4. Kesulitan tidur menurun dari (2) ke (5).	SIKI (L.08238) Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, kuantita, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi skala nyeri non verbal. 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Terapeutik 1. Berikan Teknik non	Kamis, 24 April 2025 Pukul 10.00 WIB Pemantauan Nyeri 1. Telah mengidentifikasi pasien dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien. Pukul 10.04 WIB 2. Telah menjelaskan tujuan serta langkah-langkah prosedur dengan jelas kepada pasien. Pukul 10.08 WIB 3. Telah melakukan kebersiahn tangan sebelum Tindakan dan mengajarkan kebersihan tangan sesuai dengan prosedur 6 langkah.	Kamis, 24 April 2025 Pukul 10.39 WIB S: Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri dan kanan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada jari kaki menjalar ke lutut dengan skala 6 (0-10). Nyeri dirasakan saat secara mendadak dan tidak menentu. Nyeri bertambah jika sedang beraktifitas dan berurang setelah minum obat. O: 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6	TIARA SYADILFA

		5. Frekuensi nadi membaik dari (2) menjadi (5).	farmakologis nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. 3. Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi nyeri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab dan periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi Pereda nyeri. 3. Ajarkan teknik non farmakologis. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgenik.	Pukul 10.12 WIB 4. Telah mengidentifikasi factor pencetus dan Pereda nyeri. Pukul 10.16 WIB 5. Telah memonitor kualitas nyeri. Pukul 10.18 WIB 6. Telah memonitor lokasi dan penyebaran nyeri. Pukul 10.20 WIB 7. Telah memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 10.22 WIB 8. Telah memonitor durasi dan frekuensi nyeri. Pukul 10.24 WIB 9. Telah melakukan cek kadar asam urat. Pukul 10.26 WIB 10. Telah melakukan pemeriksaan TTV Pukul 10.28 WIB 11. Telah memonitor kualitas tidur. Pukul 10.30 WIB 12. Telah mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Pukul 10.32 WIB 13. Telah mengatur kembali waktu dan pemantauan klien	(0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 80 x/menit R: 20 x/menit S: 36,6 °C SPO: 98 % 4. Kadar asam urat 7.5 mg/dl 5. Pasien belum mengerti strategi meredakan nyeri. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan sebagian.	
--	--	---	--	---	---	--

				sesuai dengan kondisi klien.		
				Pukul 10.34 WIB 14. Telah menginformasikan hasil pemantauan.		
				Pukul 10.36 WIB 15. Melakukan cuci kebersihan tangan 6 langkah setelah Tindakan.		
				Pukul 10.38 WIB 16. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.		
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Kekuatan otot meningkat dari (2) ke (5). 3. Nyeri menurun dari (2) ke (5). 4. Kaku sendi	SIKI (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	Kamis, 24 April 2025 Pukul 10.40 WIB Dukungan Ambulasi 1. Telah menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur. Pukul 10.42 WIB 2. Telah menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan: sarung tangan, tongkat/kruk. Pukul 10.44 WIB 3. Telah melakukan kebersihan tangan 6 langkah. Pukul 10.46 WIB 4. Telah melakukan pemasangan sarung	Kamis, 4 april 2025 Pukul 11.18 WIB S: Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena sakit sehingga berjalan dengan alat bantu jalan. Pasien mengatakan shalat dengan posisi duduk. O: 1. Keadaan umum baik 2. Kekuatan otot menurun 3. Skala kekuatan otot	TIARA SYADILFA

		menurun dari (2) ke (5). 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun dari (2) ke (5).	ambulasi dengan alat bantu (mis. Tomgkat/kruk). 2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini. 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	tangan. Pukul 10.48 WIB 5. Telah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Pukul 10.50 WIB 6. Telah mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi. Pukul 10.52 WIB 7. Telah memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Pukul 10.54 WIB 8. Telah mengatur tempat duduk pasien. Pukul 10.56 WIB 9. Telah mengatur posisi fowler. Pukul 10.58 WIB 10. Telah memfasilitasi posisi pasien duduk tegak dengan kaki rata di lantai. Pukul 11.00 WIB 11. Telah memfasilitasi pasien untuk berdiri disamping tempat tidur. Pukul 11.02 WIB 12. Memastikan lantai bersih dan kering. Pukul 11.04 WIB 13. Telah memfasilitasi	$\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ 3 \quad 3 \\ \hline \end{array}$ 4. Kaki tampak bengkak 5. Terdapat nyeri tekan di dengkul sebelah kiri. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi.	
--	--	---	--	---	--	--

				berpindah dengan menggunakan tongkat atau kruk.		
				Pukul 11.06 WIB 14. Telah memberitahu pasien untuk menganjurkan melapor jika merasa pusing.		
				Pukul 11.08 WIB 15. Telah memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.		
				Pukul 11.10 WIB 16. Mendorong pasien melakukan ambulasi yang lebih jauh sesuai toleransi.		
				Pukul 11.12 WIB 17. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan ambulasi.		
				Pukul 11.14 WIB 18. Melepaskan sarung tangan.		
				Pukul 11.15 WIB 19. Melakukan kebresehan tangan 6 langkah setelah melakukan tindakan		
				Pukul 11.17 WIB 20. Telah mendokumentasikan prosedur yang telah		

				dilakukan.		
3.	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan.	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun dari (2) ke (5). 2. Jatuh saat berdiri menurun dari (2) ke (5). 3. Jatuh saat duduk menurun dari (2) ke (5). 4. Jatuh saat berjalan (2) ke (5). 5. Jatuh saat naik tangga menurun dari (2) ke (5). 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun dari (2) ke (5).	SIKI (I.14540) Pencegahan Jatuh Observasi 1. Identifikasi factor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, gangguan keseimbangan). 2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang). 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse scale). Terapeutik 1. Pasang handtrail tempat tidur. 2. Atur tempat tidur pada posisi rendah. 3. Gunakan alat bantu jalan. Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin. 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 3. Anjurkan melebarkan	Kamis, 24 April 2025 Pukul 11.19 WIB Pencegahan jatuh 1. Telah memberikan penjelasan mengenai tujuan dan langkah-langkah prosedur kepada pasien. Pukul 11.21 WIB 2. Seluruh alat dan bahan yang diperlukan telah disiapkan meliputi, formulisa penilaian resiko jatuh serta alat tulis. Pukul 11.23 WIB 3. Kebersihan tangan telah dilakukan dengan metode 6 langkah sesuai standar pencegahan infeksi. Pukul 11.25 WIB 4. Memakai sarung tangan. Pukul 11.27 WIB 5. Penilaian terhadap Tingkat risiko jatuh pasien telah dilakukan. Pukul 11.29 WIB 6. Kemampuan pasien	Kamis, 24 April 2025 Pukul 11.51 WIB S: Pasien mengatakan selalu menggunakan alat bantu jalan sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan pernah jatuh dari 3 bulan terakhir. O: 1. Usia > 62 Tahun 2. Kekuatan otot 55 33 3. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 4. Skala MFS: 35 A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	TIARA SYADILFA

			jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.	untuk berpindah tempat tidur telah dipantau dan dicatat untuk mendeteksi potensi risiko jatuh.		
				Pukul 11.31 WIB 7. Faktor lingkungan disekitar pasien yang dapat meningkatkan risiko jatuh telah diidentifikasi dan diminimalisir.		
				Pukul 11.33 WIB 8. Pasien dan keluarga telah diberikan orientasi mengenai tata letak ruangan untuk meningkatkan rasa aman dan kenyamanan.		
				Pukul 11.35 WIB 9. Ketinggian tempat tidur pasien telah diatur ke posisi paling rendah untuk meminimalkan risiko jatuh.		
				Pukul 11.37 WIB 10. Seluruh kebutuhan pribadi pasien telah didekatkan agar mudah dijangkau tanpa harus		

				banyak bergerak.		
				Pukul 11.39 WIB 11. Penerangan di ruang pasien telah disesuaikan agar cukup terang dan mendukung keselamatan.		
				Pukul 11.41 WIB 12. Kondisi lantai telah diperiksa dan dipastikan selalu kering agar tidak licin dan membahayakan pasien.		
				Pukul 11.43 WIB 13. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan pasien jatuh serta cara pencegahannya telah dijelaskan secara jelas kepada pasien dan keluarga.		
				Pukul 11.45 WIB 14. Selama Tindakan telah menganjurkan pasien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan saat berjalan.		
				Pukul 11.46 WIB 15. Selama Tindakan telah menganjurkan		

				melebarkan jarak kedua kaki dengan meningkatkan keseimbangan saat berdiri.		
				Pukul 11.48 WIB 16. Telah melakukan cuci tangan 6 langkah setelah selesai tindakan.		
				Pukul 11.50 WIB 17. Telah mencatat dokumentasi prosedur dan respon pasien.		
HARI KE 2						
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan agen inflamasi sendi	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan Tingkat nyeri menurun, kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5). 3. Meringis menurun dari (2) ke (5).	SIKI (I.08242) Pemantauan Nyeri Observasi 1. Identifikasi dan Pereda nyeri. 2. Monitor kualitas nyeri. 3. Monitor Lokasi dan penyebaran nyeri. 4. Monitor skala nyeri. 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri. Terapeutik 1. Dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi 2. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	Jumat, 25 April 2025 Pukul 10.00 WIB Pemantauan Nyeri 1. Telah menjelaskan tujuan dan lamkah-langkah prosedur. Pukul 10.02 WIB 2. Telah memonitor kualitas nyeri. Pukul 10.04 WIB 3. Telah memonitor lokasi dan penyebaran Pukul 10.06 WIB 4. Telah memonitor intensitas nyeri. Pukul 10.08 WIB 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri.	Jumat, 25 April 2025 Pukul 10.57 WIB S: Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan kompres hangat, pasien juga mengatakan nyeri berkurang pada area kaki dengan skala 4 (0-10), serta pasien mengatakan telah memahami tujuan dan langkah-langkah prosedur pemberian kompres hangat. O: 1. Keadaan umum	TIARA SYADILFA

		4. Kesulitan tidur menurun dari (2) ke (5). 5. Frekuensi nadi membaik dari (2) menjadi (5).	SIKI (I.12391) Edukasi Manajemen Nyeri Observasi	Pukul 10.10 WIB	baik 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 97 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 °C SPO: 98 % 4. Pasien mulai mengerti teknik non farmakologis nyeri (kompres hangat). Pasien dapat menyebutkan dan mempraktekan Kembali apa yang sudah dijelaskan. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan pemberian kompres hangat jahe dan pemantauan	
			1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.	Pukul 10.12 WIB		
			Edukasi Manajemen Nyeri 1. Telah menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur.	Pukul 10.14 WIB		
			2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan.	Pukul 10.16 WIB		
			3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan.	Pukul 10.18 WIB		
			4. Berikan kesempatan untuk bertanya.	Pukul 10.20 WIB		
			5. Jelaskan, penyebab, periode, dan strategi nyeri.	Pukul 10.22 WIB		
			6. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri.	Pukul 10.24 WIB		
			7. Anjurkan penggunaan analgetic secara tepat.			
			8. Ajarkan Teknik non farmokologis nyeri.			
			SIKI (I.08235) Kompres Panas Observasi			
			1. Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis.			

			Penurunan sensasi, penurunan sirkulasi). 2. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas. 3. Periksa suhu alat kompres. 4. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama. Terapeutik 1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis. Botol air panas). 2. Pilih Lokasi kompres. 3. Balut alat kompres hangat dengan kain pelindung. 4. Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera. 5. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi. Edukasi 1. Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas. 2. Anjurkan tidak menyesuaikan suhu	mandiri. Pukul 10.26 WIB 6. Telah menganjurkan menggunakan analgenik secara tepat. Pukul 10.28 WIB 7. Telah mengajarkan Teknik non farmakologis nyeri (kompres hangat). Pukul 10.30 WIB 8. Telah mendokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien. Pemberian Kompres Panas Pukul 10.32 WIB 1. Tujuan dan langkah-langkah prosedur telah dijelaskan kepada pasien secara jelas dan informatif. Pukul 10.34 WIB 2. Alat dan bahan yang diperlukan telah disiapkan, meliputi: sarung tangan bersih, alat kompres hangat, kain penutup kompres. Pukul 10.36 WIB 3. Suhu alat kompres telah diperiksa dan dipastikan aman untuk	
--	--	--	--	--	--

			secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya.	digunakan pada kulit pasien.		
			3. Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.	Pukul 10.38 WIB 4. Tindakan kebersihan tangan 6 langkah telah dilakukan sebelum mengenakan sarung tangan.		
				Pukul 10.40 WIB 5. Sarung tangan bersih telah dipasang sebelum melakukan prosedur.		
				Pukul 10.42 WIB 6. Lokasi untuk pemberian kompres hangat telah dipilih sesuai dengan keluhan atau area yang membutuhkan terapi.		
				Pukul 10.44 WIB 7. Alat kompres hangat telah dibalut dengan kain penutup untuk mencegah kontak langsung dengan kulit.		
				Pukul 10.46 WIB 8. Kompres hangat telah dilakukan pada area yang telah ditentukan		

				dengan durasi dan tekanan yang sesuai.		
				Pukul 10.48 WIB 9. Tidak dilakukan kompres pada area tubuh yang diketahui terpapar terapi radiasi untuk menghindari komplikasi.		
				Pukul 10.50 WIB 10. Tidak dilakukan kompres pada area tubuh yang diketahui terpapar terapi radiasi untuk menghindari komplikasi.		
				Pukul 10.52 WIB 11. Sarung tangan telah dilepaskan dengan teknik yang benar untuk mencegah kontaminasi.		
				Pukul 10.54 WIB 12. Kebersihan tangan 6 langkah kembali dilakukan setelah prosedur selesai.		
				Pukul 10.56 WIB 13. Prosedur telah didokumentasikan		

				secara lengkap, termasuk respons pasien selama dan setelah tindakan.		
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Kekuatan otot meningkat dari (2) ke (5). 3. Nyeri menurun dari (2) ke (5). 4. Kaku sendi menurun dari (2) ke (5). 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun dari (2) ke (5).	SIKI (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 (mis. Tongkat/kruk). 2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Edukasi 4. Anjurkan melakukan	Jumat, 25 April 2025 Pukul 10.58 WIB 1. Telah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Pukul 11.00 WIB 2. Telah memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Pukul 11.02 WIB 3. Telah memfasilitasi posisi pasien duduk tegak dengan kaki rata di lantai. Pukul 11.04 WIB 4. Telah memfasilitasi berpindah dengan menggunakan tongkat atau kruk. Pukul 11.06 WIB 5. Telah memberitahu pasien untuk menganjurkan melapor jika merasa pusing. Pukul 11.08 WIB 6. Telah memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Pukul 11.10 WIB	Jumat, 25 April 2025 Pukul 11.13 WIB S: Pasien mengatakan setelah dilakukan dukungan ambulasi pasien bisa berjalan dengan lebih baik dengan menggunakan kruk yang benar. dan pasien memahami apa yang telah diajarkan. O: 1. K/U baik 2. Kekuatan otot menurun 3. Skala kekuatan $\begin{array}{r} 5 \\ 4 \end{array} \begin{array}{r} 5 \\ 4 \end{array}$ 4. Kaki tampak bengkak 5. Terdapat nyeri tekan pada pangkal sebelah kiri 6. Pasien dapat mempraktekan apa yang sudah diajarkan.	TIARA SYADILFA

			ambulasi dini. 5. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	7. Mendorong pasien melakukan ambulasi yang lebih jauh sesuai toleransi. Pukul 11.12 WIB 8. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan ambulasi.	7. Keluarga pasien mampu bekerja sama dalam kegiatan dan memahami Tindakan yang dilakukan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi.	
				Pukul 11.14 WIB 9. Telah melakukan pendokumentasian pada Tindakan.		
3.	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan.	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun dari (2) ke (5). 2. Jatuh saat berdiri menurun dari (2) ke (5). 3. Jatuh saat duduk menurun dari (2) ke (5). 4. Jatuh saat berjalan (2) ke (5).	SIKI (I.14540) Pencegahan Jatuh Observasi 4. Identifikasi factor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, gangguan keseimbangan). 5. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang). 6. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse scale). Terapeutik 4. Pasang handtrail	Jumat, 25 April 2025 Pukul 11.17 WIB Pemantauan Risiko Jatuh 1. Telah menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur. Pukul 11.20 WIB 2. Telah menyiapkan alat dan bahan berupa: lembar ceklist penilaian risiko jatuh. Pukul 11, 22 WIB 3. Telah melakukan kebersihan 6 langkah. Pukul 11.24 WIB 4. Telah melakukan penilaian ulang risiko jatuh. Pukul 11.28 WIB	Jumat, 25 April 2025 Pukul 12.18 WIB S: Pasien mengatakan mengerti tentang penjelasan pencegahan jatuh. Pasien mengatakan selalu memakai sandal walaupun di dalam rumah agar tidak terjatuh. Dan selalu berpegangan ketika berdiri, duduk ataupun berjalan. O: 1. Usia > 62 Tahun 2. Kekuatan otot 5 5 3 3	TIARA SYADILFA

		5. Jatuh saat naik tangga menurun dari (2) ke (5). 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun dari (2) ke (5).	tempat tidur. 5. Atur tempat tidur pada posisi rendah. 6. Gunakan alat bantu jalan. Edukasi 4. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin. 5. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. SIKI (I.12385) Edukasi Keselamatan Rumah Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan esehatan. 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan	5. Telah melakukan penilaian perubahan status kognitif dan deficit fisik pasien. Pukul 11.32 WIB 6. Telah melakukan identifikasi perilaku/factor risiko. Pukul 11.34 WIB 7. Telah mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh. Pukul 11.36 WIB 8. Telah melakukan penilaian kemampuan berjalan dan berpindah. Pukul 11.38 WIB 9. Telah menjelaskan factor risiko dan tujuan dilakukan pemantauan kondisi pasien. Pukul 11.40 WIB 10. Melakukan kebersihan tangan 6 langkah setelah tindakan. Pukul 11.44 WIB 11. Telah melakukan pendokumentasian hasil pemantauan. Pukul 11.48 WIB Edukasi Keselamatan Rumah	3. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 4. Skala MFS: 35 5. Pasien tampak memahami penjelasan pencegahan jatuh dan pasien dapat menyebutkan Kembali apa yang sudah dijelaskan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
--	--	---	---	---	--	--

			untuk bertanya. Edukasi 1. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup didalam dan diluar rumah. 2. Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau. 3. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik. 4. Anjurkan memastikan an kabel-kabel terpasang dengan baik didinding. 5. Anjurkan pemasangan alat detektor kebakaran. 6. Anjurkan memastikan barang mudah terbakar jauh dari kompor atau pemanas. 7. Anjurkan memastikan pemanas air dalam rentang suhu yang dianjurkan atau lebih renda. 8. Anjurkan memastikan pemasangan pegangan tangan di	1. Pasien telah diidentifikasi menggunakan minimal dua identitas, yaitu nama lengkap dan tanggal lahir, sesuai prosedur standar.	
				Pukul 11.50 WIB 2. Tujuan dan langkah-langkah edukasi mengenai keselamatan rumah telah dijelaskan secara rinci kepada pasien dan keluarga.	
				Pukul 11.53 WIB 3. Kebersihan tangan 6 langkah telah dilakukan sebelum memulai interaksi dengan pasien dan keluarga.	
				Pukul 11.56 WIB 4. Kesiapan pasien dan keluarga untuk menerima informasi telah diidentifikasi, dan mereka menunjukkan kesiapan untuk mendengarkan serta terlibat dalam edukasi.	
				Pukul 11.58 WIB 5. Informasi tentang	

			area yang perlu, jika perlu. 9. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. 10. Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan. 11. Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.	keselamatan rumah telah disampaikan dengan menggunakan media yang sesuai dan bahasa yang mudah dipahami. Edukasi mencakup: - Pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah. - Pentingnya menata perabotan rumah tangga dengan rapi dan mudah dijangkau. - Pentingnya memeriksa alat rumah tangga agar dalam kondisi baik. - Pentingnya memastikan kabel listrik dalam keadaan aman. - Pentingnya menjauhkan barang yang mudah terbakar dari kompor. - Pentingnya memasang pegangan tangan di tempat tertentu	
--	--	--	--	---	--

				seperti kamar mandi dan kamar sesuai kebutuhan. g. Pentingnya memastikan lantai kamar mandi tidak licin		
				Pukul 12.00 WIB 5. Pasien dan keluarga telah diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan seputar materi yang telah disampaikan.		
				Pukul 12.03 WIB 5. Seluruh pertanyaan dari pasien dan keluarga telah dijawab dengan bahasa yang jelas, mudah dimengerti, dan sesuai dengan pemahaman mereka.		
				Pukul 11.05 WIB 6. Kebersihan tangan 6 langkah telah dilakukan setelah kegiatan edukasi selesai.		
				Pukul 12.08 WIB 7. Prosedur edukasi telah didokumentasikan		

				dengan lengkap, termasuk respons positif dari pasien dan keluarga terhadap informasi yang disampaikan.		
HARI KE 3						
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan agen inflamasi sendi	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan Tingkat nyeri menurun, kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5). 3. Meringis menurun dari (2) ke (5). 4. Kesulitan tidur menurun dari (2) ke (5). 5. Frekuensi nadi membaik dari (2) menjadi (5).	SIKI (1.08242) Pemantauan Nyeri Observasi 1. Identifikasi factor pencetus dan Pereda nyeri. 2. Monitor kualitas nyeri. 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri. 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. 5. Montor durasi dan frekuensi nyeri. Terapeutik 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien. 2. Dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 2. Informasikan hasil pemantauan.	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.00 WiB Pemantauan Nyeri 1. Tujuan serta langkah-langkah prosedur telah dijelaskan dengan jelas kepada pasien. Pukul 10.02 WIB 2. Kebersihan tangan telah dilakukan sesuai dengan prosedur 6 langkah. Pukul 10.04 WIB 3. Factor pencetus dan Pereda nyeri telah diidentifikasi.	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.19 WiB S: Pasien mengatakan nyerinya terjadi lagi dan sudah diberikan kompres hangat. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan kompres hangat. Klien mengatakan rasa panas pada telapak kakinya masih terasa namun tidak terlalu kuat. O: 1. Keadaan umum baik 2. Skala nyeri 3 (0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 89 x/menit R: 20 x/menit S: 36,7 SPO: 97 %	TIARA SYADILFA

					4. Pasien mulai bisa melakukan Teknik non farmakologis (kompres hangat). A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi	
				Pukul 10.06 WIB 4. Kualitas nyeri telah dimonitor.		
				Pukul 10.08 WIB 5. Lokasi serta penyebaran nyeri telah dimonitor.		
				Pukul 10.10 WIB 6. Intensitas nyeri telah dinilai dengan skala nyeri.		
				Pukul 10.12 WIB 7. Durasi dan frekuensi telah dimonitor.		
				Pukul 10.14 WIB 8. Interval waktu pemantauan telah disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.		
				Pukul pukul 10.16 WIB 9. Kebersihan tangan 6 langkah telah Kembali dilakukan setelah		

				prosedur selesai.		
				Pukul 10.18 WIB 10. Seluruh prosedur dan respons pasien telah didokumentasikan secara lengkap dalam catatan keperawatan.		
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 3x kunjungan diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari (2) ke (5). 2. Kekuatan otot meningkat dari (2) ke (5). 3. Nyeri menurun dari (2) ke (5). 4. Kaku sendi menurun dari (2) ke (5). 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun dari (2) ke (5).	SIKI (I.06171) Dukungan Ambulasi Observasi 5. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 6. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 7. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. 8. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat/kruk). 5. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik. 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.58 WIB Dukungan Ambulasi 1. Telah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik. Pukul 11.00 WIB 2. Telah memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Pukul 11.04 WIB 3. Telah memfasilitasi posisi pasien duduk tegak dengan kaki rata di lantai. Pukul 11.07 WIB 4. Telah memfasilitasi berpindah dengan menggunakan tongkat atau kruk. Pukul 11.11 WIB 5. Telah memberitahu pasien untuk menganjurkan melapor jika merasa pusing.	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 11.26 WIB S: Pasien mengatakan setelah melakukan pergerakan sendi kakinya merasa lebih nyaman, tidak pegal seperti sebelumnya. Dan merasa lebih ringan saat berjalan. Pasien memahami anjuran yang telah diajarkan. O: 1. K/U baik 2. Skala kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ 4 & 4 \end{array}$ 3. Kaki tampak bangkak 4. Terdapat nyeri tekan pada dengkul sebelah kiri	TIARA SYADILFA

			meningkatkan ambulasi. Edukasi 6. Anjurkan melakukan ambulasi dini. 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	Pukul 11.13 WIB 6. Telah memonitor kondisi umum selama ambulasi. Pukul 11.16 WIB 7. Mendorong pasien ambulasi yang lebih jauh sesuai toleransi pasien. Pukul 11.19 WIB 8. Melibatkan keluarga dalam Tindakan ambulasi Pukul 11. 23 WIB 9. Telah melakukan pendokumentasian Tindakan.	5. Pasien dapat mempraktekan. A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi	
3.	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun dari (2) ke (5). 2. Jatuh saat berdiri menurun dari (2) ke (5). 3. Jatuh saat duduk menurun dari (2) ke (5).	SIKI (I.14540) Pencegahan Jatuh Observasi 7. Identifikasi factor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, gangguan keseimbangan). 8. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang). 9. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse scale).	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 11.28 WIB Pemantauan Risiko Jatuh 1. Telah menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur. Pukul 11.32 WIB 2. Menyiapkan alat dan bahan: lembar ceklist penilaian resiko jatuh. Pukul 11.35 WIB 3. Telah melakukan peilaian ulang risiko jatuh. Pukul 11.38 WIB 4. Telah melakukan identifikasi perilaku/	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 11.49 WIB S: Pasien mengatakan penerangan rumah menuju kamar mandi sudah diganti dengan yang terang, pasien mengatakan lantai rumah sudah tidak licin dan pasien selalu menggunakan sandal agar tidak terjatuh, pasien mengatakan dapat berjalan menggunakan tongkat dengan baik dan	TIARA SYADILFA

		4. Jatuh saat berjalan (2) ke (5). 5. Jatuh saat naik tangga menurun dari (2) ke (5). 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun dari (2) ke (5).	Terapeutik 7. Pasang handtrail tempat tidur. 8. Atur tempat tidur pada posisi rendah. 9. Gunakan alat bantu jalan. Edukasi 7. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin. 8. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 9. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.	factor risiko.	benar kaki tidak kaku dan terasa ringan serta nyeri berkurang. O: 1. Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ 4 \mid 4 \end{array}$ 2. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 3. Skala MFS: 35 A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	
				Pukul 11.40 WIB 5. Telah mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi resiko jatuh.		
				Pukul 11.47 WIB 6. Telah melakukan pendokumentasian pada tindakan.		

5. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. U

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 66 Tahun

Dx Medis : Gout Arthritis

Tabel 3.13 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnose Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Kamis, 24/4/2025 11.00 wib	Nyeri Kronis b.d agen inflamasi sendi	S: Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri dan kanan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri dirasakan pada jari kaki menjalar ke lutut dengan skala 6 (0-10). Nyeri dirasakan saat sedang beraktifitas dan berurang setelah minum obat. O: 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 80 x/menit R: 20 x/menit S: 36,6 °C SPO: 98 % 4. Kadar asam urat 7.5 mg/dl 5. Pasien belum mengerti strategi meredakan nyeri. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan sebagian. 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2. Ajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri. 3. Kolaborasi dalam pemberian analgenik. I: 1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. 2. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri. 3. Berkolaborasi dalam pemberian analgenik. E: Masalah belum teratasi 1. Keluhan nyeri menurun 3 (sedang). 2. Meringis menurun 3 (sedang). 3. Frekuensi nadi 3 (sedang). 4. Kesulitan tidur 3 (sedang).	TIARA SYADILFA
	Jumat, 25/4/2025	Nyeri Kronis b.d agen	S: Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan kompres hangat, pasien juga mengatakan nyeri	TIARA SYADILFA

	11.00 wib	inflamasi sendi	berkurang pada area kaki dengan skala 4 (0-10), serta pasien mengatakan telah memahami tujuan dan langkah-langkah prosedur pemberian kompres hangat. O: 1. Keadaan umum baik 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 97 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 °C SPO: 98 % 4. Pasien mulai mengerti teknik non farmakologis nyeri (kompres hangat). Pasien dapat menyebutkan dan mempraktekan Kembali apa yang sudah dijelaskan. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2. Ajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri. 3. Kolaborasi dalam pemberian analgenik. I: 1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. 2. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri. 3. Berkolaborasi dalam pemberian analgenik. E: Masalah belum teratasi 1. Keluahn nyeri menurun 3 (sedang). 2. Meringis menurun 3 (sedang). 3. Frekuensi nadi 3 (sedang). 4. Kesulitan tidur 3 (sedang).	
	Sabtu, 28/4/202 5 11.00 wib	Nyeri Kronis b.d agen inflamasi sendi	S: Pasien mengatakan nyerinya terjadi lagi dan sudah diberikan kompres hangat. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan kompres hangat. Klien mengatakan rasa panas pada telapak kakinya masih terasa namun tidak terlalu kuat. O: 1. Keadaan umum baik 2. Skala nyeri 3 (0-10) 3. TTV T: 130/80 mmHg P: 89 x/menit R: 20 x/menit S: 36,7 SPO: 97 % 4. Pasien mulai bisa melakukan Teknik non farmakologis (kompres hangat). A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2. Ajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri.	TIARA SYADILF A

			3. Kolaborasi dalam pemberian analgenik. I: 1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. 2. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis nyeri. 3. Berkolaborasi dalam pemberian analgenik E: Masalah belum teratasi 1. Keluahn nyeri menurun 4 (cukup menurun). 2. Meringis menurun 4 (cukup menurun). 3. Frekuensi nadi 3 (sedang). 4. Kesulitan tidur 3 (sedang).					
2.	Kamis, 24/4/202 5 11.30 wib	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	S: Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena sakit sehingga berjalan dengan alat bantu jalan. Pasien mengatakan shalat dengan posisi duduk. O: 1. Keadaan umum baik 2. Kekuatan otot menurun 3. Skala kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr></table> 4. Kaki tampak bengkak 5. Terdapat nyeri tekan di dengkul sebelah kiri. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. E: Masalah belum teratasi 1. Pergerakan esktremitas 3 (sedang). 2. Kekuatan otot 3 (sedang). 3. Nyeri menurun 3 (sedang). 4. Gerakan terbatas 3 (sedang). 5. Kelemahan fisik 3 (sedang).	5	5	3	3	TIARA SYADILF A
5	5							
3	3							

	Jumat, 25/4/202 5 11.30 wib	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	S: Pasien mengatakan setelah dilakukan dukungan ambulasi pasien bisa berjalan dengan lebih baik dengan menggunakan kruk yang benar. dan pasien memahami apa yang telah diajarkan. O: 1. K/U baik 2. Kekuatan otot menurun 3. Skala kekuatan $\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$ 5. Kaki tampak bengkok 6. Terdapat nyeri tekan pada pangkal sebelah kiri 7. Pasien dapat mempraktekan apa yang sudah diajarkan. 8. Keluarga pasien mampu bekerja sama dalam kegiatan dan memahami Tindakan yang dilakukan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi. 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. E: Masalah belum teratasi 1. Pergerakan ekstremitas 3 (sedang). 2. Kekuatan otot 3 (sedang). 3. Nyeri menurun 3 (sedang). 4. Gerakan terbatas 3 (sedang). 5. Kelemahan fisik 3 (sedang).	TIARA SYADILF A
	Sabtu, 26/4/202 5 11.30 wib	Gangguan mobilitas fisik b.d peningkatan asam urat	S: Pasien mengatakan setelah melakukan pergerakan sendi kakinya merasa lebih nyaman, tidak pegal seperti sebelumnya. Dan merasa lebih ringan saat berjalan. Pasien memahami anjuran yang telah diajarkan. O: 1. K/U baik 2. Skala kekuatan otot $\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$ 3. Kaki tampak bangkok 4. Terdapat nyeri tekan pada dengkul sebelah kiri	TIARA SYADILF A

			5. Pasien dapat mempraktekan. A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. 3. Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. E: Masalah belum teratasi 1. Pergerakan esktremitas 4 (cukup membaik). 2. Kekuatan otot 4 (cukup membaik). 3. Nyeri menurun 4 (cukup membaik). 4. Gerakan terbatas 4 (cukup membaik). 5. Kelemahan fisik 4 (cukup membaik).	
3.	Kamis, 24/4/202 5 11.53 wib	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan	S: Pasien mengatakan selalu menggunakan alat bantu jalan sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan pernah jatuh dari 3 bulan terakhir. O: 1. Usia > 62 Tahun 2. Kekuatan otot $\frac{5}{3} \mid \frac{5}{3}$ 3. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 4. Skala MFS: 35 A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi factor lingkungan 2. Pastikan alat bantu jalan dalam keadaan baik. 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Anjukan menggunakan alas kaki. I: 1. Mengidentifikasi factor lingkungan 2. Memastikan alat bantu jalan dalam keadaan baik. 3. Menyediakan pencahayaan yang memadai 4. Menganjurkan menggunakan alas kaki. E: 1. Jatuh dari tempat tidur 3 (sedang). 2. Jatuh saat berdiri 3 (sedang).	TIARA SYADILF A

			3. Jatuh saat duduk 3 (sedang). 4. Jatuh saat berjalan 3 (sedang).	
	Jumat, 25/4/202 5 12.30 wib	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan	S: Pasien mengatakan mengerti tentang penjelasan pencegahan jatuh. Pasien mengatakan selalu memakai sandal walaupun di dalam rumah agar tidak terjatuh. Dan selalu berpegangan ketika berdiri, duduk ataupun berjalan. O: 1. Usia > 62 Tahun 2. Kekuatan otot $\frac{5}{3} \mid \frac{5}{3}$ 3. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 4. Skala MFS: 35 5. Pasien tampak memahami penjelasan pencegahan jatuh dan pasien dapat menyebutkan Kembali apa yang sudah dijelaskan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi factor lingkungan 2. Pastikan alat bantu jalan dalam keadaan baik. 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Anjurkan menggunakan alas kaki. I: 1. Mengidentifikasi factor lingkungan 2. Memastikan alat bantu jalan dalam keadaan baik. 3. Menyediakan pencahayaan yang memadai 4. Menganjurkan menggunakan alas kaki. E: 1. Jatuh dari tempat tidur 4 (cukup membaik). 2. Jatuh saat berdiri 4 (cukup membaik). 3. Jatuh saat duduk 4 (cukup membaik). 4. Jatuh saat berjalan 4 (cukup membaik).	TIARA SYADILF A
	Sabtu, 28/4/202 5 12.10 wib	Risiko jatuh d.d factor risiko penggunaan alat bantu jalan	S: Pasien mengatakan penerangan rumah menuju kamar mandi sudah diganti dengan yang terang, pasien mengatakan lantai rumah sudah tidak licin dan pasien selalu menggunakan sandal agar tidak terjatuh, pasien mengatakan dapat berjalan menggunakan tongkat dengan baik dan benar kaki tidak kaku dan terasa ringan serta nyeri berkurang. O: 1. Kekuatan otot $\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$ 2. Gangguan keseimbangan 6 (0-10) risiko jatuh sedang 3. Skala MFS: 35 A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	TIARA SYADILF A

B. Pembahasan

BAB ini membahas perbandingan teori dan praktik asuhan keperawatan gerontik pada Tn. U dengan gout arthritis pada Katz Indeks B diwilayah kerja Puskesmas Leles. Ditemukan kesenjangan dari pengkajian hingga evaluasi, namun asuhan keperawatan terbukti membantu mengatasi masalah, mengubah pola hidup, dan memenuhi kebutuhan secara ilmiah dan terstruktur.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap awal, penulis melakukan pengkajian menyeluruh bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan interpersonal. Data dikumpulkan meliputi informasi umum, riwayat kesehatan, serta pengkajian fungsional dan emosional. Aspek fungsional dinilai dengan Katz dan Barthel Indeks, sedangkan status mental menggunakan SPMSQ dan MMSE.

Menurut Sapti (2019), gejala gout arthritis meliputi kesemutan, nyeri hebat di jari, lutut, atau siku saat malam dan pagi, disertai bengkak, kemerahan, panas, demam, kulit kekuningan, dan tofus. Nyeri biasanya menyerang satu sendi, berlangsung beberapa hari, lalu hilang sebelum kambuh kembali.

Selama pengkajian, penulis menemukan data yang menunjukkan gejala gout seperti nyeri menjalar dari jari kaki ke lutut, kemerahan, bengkak, dan sensasi panas, yang sesuai dengan teori yang ada. Sedangkan tanda gejala yang tidak muncul pada Tn. U adalah demam dan kulit kekuningan, penulis pada saat pengkajian tidak menemukan dan gejala tersebut pada Tn. U, dengan begitu yang dirasakan Tn. U dengan

ini membuktikan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi di lapangan. Hal ini terjadi karena asam urat cenderung mengendap di sendi-sendi kecil yang suhunya lebih rendah terutama sendi jempol kaki (metatarsophalangeal) yang merupakan lokasi serangan gout arthritis. Yang menjadi alasan mengapa pada kasus Tn. U hanya terjadi serangan pada daerah ekstremitas bawah saja.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif, 2015 dengan menggunakan acuan buku SDKI pada kasus *Gout Arthritis* yaitu : (D.0075) Nyeri kronis, (D.0130) Hipertermia, (D.0054) Gangguan mobilitas fisik, (D.0055) Gangguan pola tidur, (D.0129) Gangguan integritas jaringan, dan (D.0143) Risiko jatuh. Tetapi setelah dilakukan tahap pengkajian pada Tn. U berdasarkan Analisa yang diperoleh terhadap beberapa masalah keperawatan yaitu: (D.0075) Nyeri kronis, (D.0054) Gangguan mobilitas fisik, (D.0143) Risiko jatuh

Masalah keperawatan muncul akibat nyeri hebat pada kaki yang menjalar hingga lutut, disertai bengkak dan kemerahan, sehingga klien sulit berjalan dan memerlukan alat bantu. Klien juga pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir, sehingga perlu penanganan untuk mencegah cedera akibat risiko jatuh.

3. Tahap Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan, intervensi untuk Tn. U disusun berdasarkan masalah yang ditemukan, dengan mempertimbangkan kondisi, kemampuan klien, dan sumber daya yang ada, serta mengacu pada panduan SDKI, SIKI, dan SLKI.

- a. Nyeri Kronis, dengan intervensi yang mampu dilakukan Manajemen Nyeri yaitu: Identifikasi Lokasi karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan Teknik non farmakologis nyeri dengan kompres hangat jahe, jelaskan strategi Pereda nyeri.
- b. Gangguan Mobilitas Fisik, dengan intervensi yang dilakukan Dukungan Ambulasi yaitu: Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Ajarkan teknik ambulasi.
- c. Risiko jatuh, dengan intervensi yang dilakukan Pencegahan Jatuh yaitu: Identifikasi factor risiko jatuh, Hitung risiko jatuh dengan skala, Pastikan alat bantu jalan dalam kondisi baik, Sediakan alas kaki anti selip, Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh pada

pasien dan keluarga, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri dan berjalan.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Tn. U sesuai dengan diagnose keperawatan Tn. U yaitu:

- a. Nyeri kronis, dengan dilakukan implementasi mulai dari mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres hangat jahe.
- b. Gangguan mobilitas fisik, dengan dilakukan implementasi mulai dari mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Memonitor jantung, tekanan darah, sebelum memulai ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dan mengajarkan Teknik ambulasi.
- c. Risiko jatuh, dengan dilakukan implementasi mulai dari mengidentifikasi factor lingkungan. Menghitung risiko jatuh dengan skala. Memastikan alat bantu jalan dalam kondisi baik. Menyediakan alas kaki anti slip. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh

pada pasien dan keluarga. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri dan berjalan.

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Dari ketiga masalah yang dialami klien, nyeri kronis dan kadar asam urat yang belum normal masih belum teratasi karena memerlukan waktu yang lebih lama serta dukungan terapi farmakologis untuk mencapai pemulihan optimal. Serta gangguan mobilitas fisik yang memerlukan waktu lama agar pasien dapat berjalan tanpa alat bantu jalan.

Masalah yang berhasil diatasi meliputi risiko jatuh, ditunjukkan dengan jatuh saat berjalan, saat duduk, data berdiri dan jatuh dari tempat tidur menurun tercermin dari perubahan yang dilakukan klien dan keluarga terhadap pencegahan jatuh.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap ini, penulis berhasil mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi sesuai teori.

Selama proses pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn. U, penulis tidak mengalami hambatan sehingga dapat menyelesaikannya dengan baik dan tepat waktu.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. U dengan Gout Arthritis di Kp. Taraju RT/RW 003/004 Desa. Salamunggal di wilayah puskesmas Leles, terdapat masalah pada Tn. U hanya dapat teratasi sebagian dikarenakan waktu pelaksanaan intervensi yang begitu singkat. Meskipun demikian, sebagian masalah yang lain dapat teratasi berkat kerjasama antara penulis dengan klien yang sangat kooperatif.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada Tn. U dengan Gout Arthritis maka didapatkan Kesimpulan sebagai berikut :

1. Tahap pengkajian

Penulis berhasil mengumpulkan data lengkap tentang Tn. U, termasuk identitas, riwayat kesehatan, dan hasil pemeriksaan fisik pada 24 April 2025. Hasil pengkajian menunjukkan gejala gout arthritis seperti nyeri lutut, rasa panas di kaki, kesemutan, dan kesulitan berjalan sehingga menggunakan kruk. Tn. U juga memiliki riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir dan jarang mengonsumsi Allopurinol.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Adapun dari data yang terkumpul penulis merumuskan masalah keperawatan pada Tn. U yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko jatuh.

3. Tahap Intervensi Keperawatan

Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana berdasarkan SIKI, meliputi manajemen nyeri, dukungan ambulasi, pencegahan jatuh, dan penetapan tujuan bersama melalui observasi, terapeutik, dan edukasi.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Tindakan dilakukan sesuai kebutuhan klien, meliputi: manajemen nyeri dengan kompres hangat, dukungan ambulasi dengan latihan berjalan menggunakan alat bantu, pencegahan jatuh dengan alas kaki anti slip dan pencahayaan cukup, serta penurunan asam urat dengan rebusan jahe merah.

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada 28 April 2025 menunjukkan risiko jatuh pada Tn. U telah teratasi. Namun, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik masih sebagian teratasi, dengan gejala nyeri menjalar, bengkak, nyeri tekan, dan penurunan kekuatan otot kaki skala 4. Kondisi ini membutuhkan perawatan jangka panjang dan terapi farmakologis untuk menormalkan kadar asam urat.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap ini, penulis mendokumentasikan hasil pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

B. Rekomendasi

1. Bagi Klien

Tn. U diharapkan rutin kontrol, menjaga pola makan, minum obat sesuai resep, dan menjalani terapi nonfarmakologis seperti minum serta mengompres kaki dengan rebusan jahe merah.

2. Bagi Satuan Perawat dan Puskesmas Leles

Petugas puskesmas diharapkan rutin memberikan edukasi tentang gout arthritis dan melakukan pemeriksaan kadar asam urat, terutama saat kegiatan seperti posbindu, agar kondisi pasien tetap terkontrol.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menurunkan angka kesakitan lansia akibat gout arthritis, dapat dilakukan program pemeriksaan asam urat gratis dan edukasi tentang penyakit serta diet tinggi purin.

4. Bagi Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi ladang ilmu yang bermanfaat khususnya bagi penulis umumnya bagi pembaca dan dengan dibuatnya Karya Tulis ini penulis berharap pembaca dapat menerapkan pola hidup yang lebih sehat lagi dan mengontrol keluarga khususnya untuk di cek kadar asam uratnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asam Urat Pada Lansia (45-70 Tahun). *Human Care Journal*.
- Alfarisi, R., Fahrurozi, F., Adlina, D., Liana, D. F., & Ramdhani, D. N. (2024). Promosi Kesehatan Dalam Pencegahan Penyakit Gangguan Metabolisme Asam Urat Gout Arthritis. *Jurnal Perak Malahayati: Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(1), 25-36.
- Dr. Indra Ruswadi, S.Kep., Ns., M.P.E.S.S.Kep., Ns., M.Kep. (2022) *KEPERAWATAN GERONTIK Pengetahuan Praktis Bagi Perawat dan Mahasiswa Keperawatan*. Penerbit Adab.
- Erni Setiyorini, M.K.& N.A.W.M.K. (2018) *Asuhan Keperawatan Lanjut Usia dengan Penyakit Degeneratif*.
- Leni, O., Manafe, A. and Berhimpon, I. (no date) 'HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI LANSIA DENGAN INTERAKSI SOSIAL LANSIA DI BPSLUT SENJA CERAH MANADO', 11(1). Available at: <http://stp-mataram.e-journal.id/JIH>.
- Mar'atiningsih, L., Sugiah, S., Sulhan, M. H., Mutmaina, G. N., Mamay, M., Nurisani, A., ... & Erlinawati, N. A. (2024). Penyuluhan Kesehatan dan Pemeriksaan Kadar Asam Urat pada Masyarakat di Jungsereh Garut. *Compromise Journal: Community Proffesional Service Journal*, 2(3), 48-55.
- Merentek, G., Pondaag, L., Timbuleng, P. C., & Pantow, E. K. F. (2024). Gambaran Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Gout Arthritis di Desa Pinabetengan Utara Kecamatan Tompaso Barat Kabupaten Minahasa. *JURNAL ILMIAH KESEHATAN MANADO*, 3(3).
- MUJIADI, S.Kep., Ns., M.K.S.R.S.K.. M.Kes. (2022) *BUKU AJAR - KEPERAWATAN GERONTIK*. 2022.
- Mujib Hannan, S.Y. (2019) 'PENGARUH TERAPI KOMPRES HANGAT TERHADAP PENURUNAN NYERI SENDI', (Vol 9 No 1 (2019): Wiraraja Medika-Jurnal Kesehatan).

- Nabila, V. L., Karyawati, T., & Arisnawati, A. (2024). Asuhan Keperawatan pada Tn. T Keluarga Tn. T dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Gout Arthritis di Desa Kalibuntu Rt 04 Rw 03 Kecamatan Losari Kabupaten Brebes. *Jurnal Ventilator*, 2(3), 331-341.
- Naharian, Lismawati & Wibowo (2015) hubungan antara aktifitas fisik dengan intensitas nyeri sendi pada lansia di panti werdha, Volume 2, N0 1. Publikasi tanggal 4 September 2013.
- Nugroho, 2008 dalam Suryatika & Pramono, (2019) *PENGARUH SENAM OTAK TERHADAP PENINGKATAN DAYA INGAT PADA LANSIA PENDERITA DEMENSIA : NARRATIVE REVIEW*. Available at: <http://digilib.unisayogya.ac.id/> (Accessed: 31 May 2025).
- Nuranti, Z., Maimaznah, M., & Anggraini, A. A. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dan Pemberian Daun Salam Pada Pasien Dengan Asam Urat di Wilayah RT 10 Kelurahan Murni. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 2(1), 50. <https://doi.org/10.36565/jak.v2i1.90>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis & NANDA NIC-NOC (Jilid 1). Yogyakarta : MediAction Publishing Nurhanifaf.
- Ode, S, 2019. Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, Nic dan Noc dilengkapi Teori dan Contoh Kasus askep. Yogyakarta: Nuha medika.
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia (IRA). (2018). Pedoman Diagnosis dan Pengelolaan Gout. Jakarta : Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- Putri, M. A., & Krishna, L. F. P. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Arthritis Gout. *Buletin Kesehatan Vol*, 5(1).
- Prihanto, dkk. (2022). Patologi Untuk Fisioterapi. Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Sapti, Mujiyem. (2019). Gambaran Kadar Asam Urat Pada Lansia. Kemampuan Koneksi Matematis (Tinjauan Terhadap Pendekatan Pembelajaran Savi) 53(9):1689-99
- Susanti, A. and Arianti, D. (2022) ‘Pemberdayaan Kesehatan Jiwa Masyarakat dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik di Kelurahan Lubuk Buaya Padang’, *Jurnal Pengabdian Ilmu Kesehatan (JPIK)*, 1(2), pp. 26–29. Available at: <https://doi.org/10.33757/jpik.v1i2.7>.

- Tarwoto dan Wartonah.,2015. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi :4 .Jakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatn Indonesia.
- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. (2021). Standar Prosedur Operasiional Keperawatan. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wahyu Widyanto, F. (2017). Arthritis Gout Dan Perkembangannya. Saintika Medika, 10(2), 145. <https://doi.org/10.22219/sm.v10i2.4182>.
- Widiawati & Sari (2020) *Asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah gangguan mobilitas fisik*. Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Wilda, L. O., & Panorama, B. (2020). Kompres Hangat Jahe Terhadap Perubahan nyeri Pada Lansia Dengan Arhtritis Gout. *Jurnals Of Ners Community*. 11(01). 28-34.
- Zakiudin, A., Karyawati, T., & Akhyarudin, A. (2025). Penyuluhan Kesehatan Tentang Gout Arthritis dan Pembuatan Obat Non Farmakologi dengan Jus Nanas dan Madu di Desa Purwodadi Kecamatan Tonjong Kabupaten Brebes. *Harmoni Sosial: Jurnal Pengabdian dan Solidaritas Masyarakat*, 2(1), 130-138.
- Zuriati. (2017). Efektifitas Kompres Air Hangat dan Kompres Jahe Terhadap Penurunan Penurunan Nyeri Pada Pasien asam Urat Di Puskesmas Lubuk begalung Tahun 2017.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

GOUT ARTHRITIS



DISUSUN OLEH:

TIARA SYADILFA

NIM: KHGA22047

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKES KARSA HUSADA GARUT

TAHUN 2025/2026

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Gout Arthritis
Sub Pokok Bahasan	: Penkes Gout Arthritis
Hari/Tanggal	: Senin, 28 April 2025
Waktu	: 10.00 wib s/d selesai
Sasaran	: Pasien
Penyuluh	: Tiara Syadilfa
Tempat	: Rumah Pasien

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 45 menit, sasaran mampu memahami tentang Gout Arthritis dan melakukan perawatan makanan yang baik bagi penderita Gout Arthritis.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 45 menit, diharapkan sasaran dapat:

- a. Mengetahui pengertian Gout Arthritis
- b. Mengetahui penyebab Gout Arthritis
- c. Mengetahui tanda dan gejala Gout Arthritis
- d. Mengetahui komplikasi Gout Arthritis
- e. Mengetahui makanan yang dilarang Gout Arthritis
- f. Mengetahui makanan yang diperbolehkan Gout Arthritis

- g. Mengetahui penatalaksanaan Gout Arthritis

B. Sasaran dan Target

Klien dan keluarga klien.

C. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi/tanya jawab

D. Media

Leaflet

E. Pokok Materi Penyuluhan

1. Pengertian Gout Arthritis
2. Penyebab Gout Arthritis
3. Tanda dan Gejala Gout Arthritis
4. Komplikasi Gout Arthritis
5. Pencegahan Gout Arthritis
6. Makanan Yang Dilarang Gout Arthritis
7. Makanan Yang Diperbolehkan Gout Arthritis
8. Penatalaksanaan Gout Arthritis

F. Susunan Acara

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1,	5 Menit	Pembukaan: 1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri 3) Menyampaikan tujuan dan pokok bahasan 4) Kontrak waktu	1) Menjawab salam 2) Mendengarkan dan memperhatikan 3) Mendrngar dan memperhatikan 4) Menyetujui kontrak waktu
2.	30 Menit	Kegiatan Inti: 1) Penyuluh menggali pengetahuan audien tentang penyakit Gout Arthritis	1) Menyebutkan apa yang audien ketahui tentang Gout Arthritis

		2) Menjelaskan penyebab Gout Arthritis 3) Menjelaskan tanda dan gejala Gout Arthritis 4) Menjelaskan Komplikasi Gout Arthritis 5) Menjelaskan makanan yang dilarang Gout Arthritis 6) Menjelaskan makanan yang diperbolehkan Gout Arthritis 7) Menjelaskan penatalaksanaan Gout Arthritis	2) Mendengarkan dan memperhatikan 3) Mendengarkan dan memperhatikan 4) Mendengarkan dan memperhatikan 5) Mendengarkan dan memperhatikan 6) Mendengarkan dan memperhatikan 7) Mendengarkan dan memperhatikan
3.	10 Menit	1) Memberikan beberapa pertanyaan untuk mengevaluasi sejauh mana pemahaman pasien tentang penyakit 2) Menyimpulkan materi penyuluhan 3) Memberi evaluasi 4) Memberi salam penutup	1) Menjawab pertanyaan 2) Menyimpulkan materi 3) Mendengarkan dan memperhatikan 4) Menjawab dan penutup

G. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Kesepakatan dengan keluarga
- b. Kesiapan materi penyaji

2. Evaluasi Proses

- a. Peserta bersedia dengan kontrak waktu yang ditentukan
- b. Anggota keluarga antusias untuk bertanya tentang hal-hal yang tidak diketahui
- c. Anggota keluarga menjawab semua pertanyaan yang telah diberikan

3. Mahasiswa

- a. Dapat memfasilitasi jalannya penyuluhan
- b. Dapat menjalankan perannya sesuai dengan tugasnya

4. Evaluasi Hasil
 - a. Kegiatan penyuluhan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
 - b. Adanya kesepakatan antara keluarga dengan perawat dalam melaksanakan implementasi keperawatan selanjutnya

H. Daftar Pertanyaan

1. Apa pengertian Gout Arthritis?
2. Apa penyebab Gout Arthritis?
3. Apa tanda dan gejala Gout Arthritis?
4. Apa komplikasi Gout Arthritis?
5. Apa saja jenis makanan yang dilarang Gout Arthritis?
6. Apa saja jenis makanan yang diperbolehkan Gout Arthritis?
7. Apa saja penatalaksanaan Gout Arthritis?

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Gout arthritis adalah peradangan sendi akibat kristal asam urat, yang menyebabkan nyeri di kaki, lutut, pergelangan, dan siku, serta menurunkan kenyamanan dan kualitas hidup.

B. Penyebab

Faktor risiko yang menyebabkan terjadinya Gout Arthritis menurut Afnuhazi (2019) adalah sebagai berikut :

1. Konsumsi Alkohol

Peningkatan asam laktat akibat metabolisme alkohol menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal, sehingga kadar darahnya naik.

2. Konsumsi Ikan Laut

Ikan laut mengandung tinggi purin sehingga konsumsi berlebihan dapat menyebabkan peningkatan kadar asam urat dalam darah (hiperserumia).

3. Penyakit

Hiperserumia sering kali berkaitan dengan penyakit lain seperti diabetes mellitus, gangguan ginjal, hipertensi, dan kolesterol tinggi.

4. Obat-obatan

Obat seperti diuretik, antihipertensi, dan aspirin dapat memicu hiperurisemia. Diuretik mengganggu pengeluaran asam urat oleh ginjal, sehingga kadarnya meningkat dan bisa memicu serangan gout, namun dapat diatasi dengan penyesuaian dosis.

5. Usia

Penuaan meningkatkan risiko gout pada pria dan wanita karena penurunan fungsi ginjal, peningkatan penggunaan diuretik, dan naiknya kadar asam urat (Wahyu widyanto, 2017).

6. Wanita Menopause

Risiko Gout pada wanita meningkat setelah menopause, terutama sejak usia 45 tahun (Wahyu widyanto, 2017).

7. Diet Tinggi Purin

Kebiasaan makan yang tidak sehat, terutama sering mengonsumsi makanan tinggi purin, dapat memicu Gout arthritis.

C. Tanda dan Gejala

Menurut Sapti, 2019 yang dapat dialami oleh penderita Gout arthritis:

1. Kesemutan
2. Nyeri hebat pada ibu jari atau jari-jari, lutut, siku terutama pada malam hari atau pagi hari saat bangun tidur.
3. Sendi yang terkena gout arthritis bengkak, kemerahan, panas, nyeri luar biasa.
4. Gout biasanya menyerang satu sendi, berangsur beberapa hari, lalu mereda perlahan dan tidak muncul lagi hingga serangan berikutnya.
5. Serangan gout berulang biasanya menyerang sendi ibu jari terlebih dahulu, kemudian menyebar ke arah sendi tarsal kaki, pergelangan kaki, punggung, pergelangan tangan, lutut dan bursa olecranon pada siku.

6. Nyeri hebat dan akan merasakan nyeri pada tengah malam menjelang pagi.
7. Sendi yang terkena gout akan membengkak, memerah atau kekuningan, terasa hangat dan nyeri saat digerakan, serta sering muncul benjolan (tofus). Jika berlangsung lama, kulit diatasnya bisa menjadi merah kusam dan mengelupas.
8. Gejala lain yaitu demam, menggigil, tidak enak badan, dan jantung berdenyut dengan cepat.

D. Komplikasi Gout Arthritis

Menurut Sapti, 2019:

1. Kerusakan sendi

Penumpukan kristal asam urat di sendi tangan dan kaki menyebabkan kaku, perubahan bentuk, dan nyeri yang terus-menerus, yang paling dikhawatirkan penderita.

2. Terbentuknya tofi

Tofi adalah benjolan akibat kristal asam urat di sekitar sendi atau jaringan, muncul saat kadar asam urat 10–11 mg/dL, dan dapat membesar hingga merusak sendi, memicu infeksi, atau gangguan ginjal jika tidak ditangani.

3. Penyakit jantung

Kadar asam urat tinggi yang menumpuk di arteri dapat mengganggu fungsi jantung dan menyebabkan pembesaran ventrikel kiri (LVH).

4. Batu ginjal

Kadar asam urat tinggi dapat membentuk batu ginjal jika endapan tidak keluar melalui urine. Batu ini disebut batu asam urat.

5. Gagal ginjal (Nefropati gout)

Kadar asam urat tinggi dapat merusak ginjal dan memicu gagal ginjal, sehingga racun menumpuk dalam darah dan menyebabkan pusing, muntah, serta nyeri tubuh.

E. Makanan yang dihindari penderita Gout Arthritis

1. Jeroan : hati, limpa, babat, otak, paru.
2. Seafood : udang, cumi, sotong, kerang, remis, kepiting, ikan teri, ikan sarden, bandeng.
3. Ekstra daging seperti abon dan dengdeng.
4. Bebek, angsa, dan kalkun.
5. Makanan yang sudah dikalengkan: kornet, sarden.
6. Daging kambing, daging sapi, daging kuda.
7. Kacang-kacangan: kacang kedelai (tempe, taucu, susu kedelai), kacang tanah, kacang hijau, tauge, melinjo, emping.
8. Sayur-sayuran: kembang kol, bayam, buncis, jamur kuping, daun singkong, daun papaya, kangkong.
9. Keju, krim, kaldu kuah daging kental.
10. Buah-buahan: durian, nanas.
11. Makanan yang digoreng bersama santan atau yang dimasak Bersama margarin/ mentega.
12. Makanan kaya proteinda lemak.

F. Makanan yang diperbolehkan penderita Gout Arthritis

1. Konsumsi makanan yang mengandung potassium tinggi: kentang, yougurt, pisang.
2. Konsumsi buah yang mengandung vitamin C: jeruk, papaya, strawberry.
3. Contoh buah dan sayuran yang mengobati asam urat: buah naga, belimbing, jahe, labu kinung, sawi purih, serai, tomat.
4. Perbanyak konsumsi karbohidrat kompleks: nasi, singkong, ubi, roti.
5. Jangan minum aspirin.

G. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

a. Allopurinol

Allopurinol adalah obat utama untuk gout kronis yang menurunkan enzim xantin oksidase dan melindungi ginjal. Dosis awal maksimal 300 mg/hari, dengan efek terlihat dalam 2 hari dan optimal dalam 7–10 hari. Kadar asam urat sebaiknya diperiksa setelah 2–3 minggu.

b. Penatalaksanaan Non Medis

- 1) Diet rendah purin
- 2) Manajemen nyeri
- 3) Menggunakan obat-obatan herbal seperti: kompres hangat jahe untuk mengurangi rasa nyeri, minum rebusan daun salam dan jahe untuk menurunkan kadar asam urat di dalam darah.

- 4) Di Indonesia, banyak tanaman bermanfaat untuk pengobatan seperti rebusan daun salam dan jahe yang digunakan sebagai terapi non farmakologis (Saputra, 2022).
- 5) Menurut Setianingrum (2019), rebusan daun salam efektif menurunkan asam urat karena mengandung flavonoid, tanin, minyak atsiri, dan analgesik. Flavonoid bersifat diuretik dan antiinflamasi, membantu mengeluarkan purin melalui urine (Kusuma et al, 2021).
- 6) Jahe mengandung gingerol dan shogaol yang bersifat antiinflamasi dan mampu menghambat prostaglandin (*Choi et al, 2017 dan kumar, Saxena. 2013*).
- 7) Makanan yang perlu dibatasi adalah daging merah, makanan laut tinggi purin (sarden dan shellfish), serta alcohol (bir, wiski, fortified wine) karena dapat memicu serangan gout. Fruktosa dalam sirup jagung, minuman ringan, dan jus buah juga dapat meningkatkan kadar asam urat.
- 8) Konsumsi Vitamin C, dairy produk rendah lemak seperti susu dan yougurt rendah lemak, cherry dan kopi menurunkan risiko serangan gout.
- 9) Tirah baring wajib dilakukan dan dilanjutkan hingga 24 jam setelah serangan gout hilah, karena Gerakan terlalu cepat bisa memicu kambuh (Ode, 2019).
- 10) Memperbanyak minum air mineral/ air putih.

DAFTAR PUSTAKA

- Saraswati S., 2019. *Diet Sehat untuk Penyakit Asam Urat, Diabetes, Hipertensi dan Stroke, Cetakan 1*. Yogyakarta: A Plus Books.
- Sari M. 2020. *Sehat dan Bugar tanpa Asam Urat, cetakan 1*. November, Araska Publisher.
- Junaidi, I. 2022. *Rematik dan Asam Urat*. PT Benteng Pustaka Yogyakarta.
- La Ode, Sarif 2022. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta. Nuha Medika.

LAMPIRAN DOKUMENTASI
KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U DENGAN GOUT ARTHRITIS
PADA KATZ INDEKS B DI KAMPUNG TARAJU RT/RT 003/004 DESA
SALAMUNGGALE DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS LELES
KABUPATEN GARUT

Kunjungan 1 (Informant Consent dan Pengkajian)



Kunjungan 2 (Pemeriksaan Cek Asam Urat)



Kunjungan 3 (Penyuluhan Kesehatan)



LAMPIRAN LEAFLET

REKOMENDASI DIET UNTUK PASIEN GOUT

Diet Yang Dihindari	Diet Yang Dibatasi	Diet Yang Boleh Diberikan
- Sardin - Kerang - Jantung - Ginjal - Hati - Usus - Limpa - Paru-paru - Otak - Estrak daging/kaldu - Bebek - Angsa - Burung	- Daging ayam, ikan tongkol, tengiri, bawal, bandeng sebanyak 50 gr sehari. - Semua macam kacang-kacangan kering 25 gr sehari dan hasil olahannya, seperti tempe, tahu, oncom 50 gr sehari. - Kacang kapri, kacang buncis, kembang kol, bayam, jamur maksimum 50 gr sehari. - Minyak dalam jumlah terbatas.	- Beras, kentang, singkong, mie, bihun, tepung, tepung, biskuit - Susu skim, telur - Semua macam sayuran, kecuali yang dibatasi - Semua macam buah-buahan - Teh, kopi - Semua macam bumbu



ASAM URAT



Disusun Oleh:

Tiara Syadilfa
KHGA22047

Prodi D3 Keperawatan
STIKES Karsa Husada Garut
Tahun 2025-2026

APA ITU PENYAKIT ASAM URAT?

Penyakit asam urat atau *gout* merupakan salah satu jenis penyakit radang sendi karena tingginya kadar asam urat di dalam darah, sehingga dapat menyebabkan penumpukan kristal asam urat di sendi. Kondisi ini dapat terjadi pada sendi mana pun, seperti di jari kaki, pergelangan kaki, lutut, dan paling sering di jempol kaki.

Asam urat terbentuk dari hasil pemecahan protein, terutama purin. Sumber purin dapat berasal dari makanan yang dikonsumsi (20%), tetapi sebagian besar adalah hasil dari metabolisme sel tubuh.

TAHAPAN PENYAKIT GOUT

- FASE HIPERURISEMIA ASIMTOMATIK (TANPA GEJALA)
- FASE AKUT
- FASE INTERKRITIKAL
- FASE KRONIS

GEJALA UMUM

Penimbunan asam urat juga dapat terjadi pada jaringan ginjal yang dapat menyebabkan terbentuknya batu ginjal, sehingga penderita dapat mengalami gejala nyeri di pinggang atas yang dapat menjalar ke perut bagian bawah sampai pangkal paha.

FAKTOR RISIKO GOUT

- Faktor Genetik
- Obesitas (kelebihan berat badan)
- Konsumsi obat-obatan tertentu (seperti diuretik)
- Gangguan fungsi ginjal
- Gaya hidup yang tidak sehat (seperti: minum alkohol dan minuman berpemanis)

PENANGANAN PASIEN GOUT

MENURUNKAN BERAT BADAN HINGGA IDEAL

MENGHINDARI ALKOHOL

MENGHINDARI MAKANAN TINGGI KALORI, SERTA DAGING MERAH DAN SEAFOOD YANG BERLEBIHAN

MENGHINDARI MINUMAN DENGAN GULA PEMANIS BUATAN

MENGONSUMSI MAKANAN RENDAH LEMAK

LATIHAN FISIK TERATUR

PEMBERIAN OBAT PENURUN ASAM URAT



STIKES KARSA HUSADA GARUT

Pengobatan Herbal Tradisional Rebusan Jahe Merah

Menurut studi berjudul Benefit of Red Ginger (*Zingiber officinale Roscoe*) against Levels of Uric Acid yang dipublikasikan di jurnal Agromedicine, jahe merah memiliki volatile oil dan non-volatile oil yang dapat menurunkan kadar asam urat darah.

Nilai Normal Asam Urat
Laki-laki: 3,4-7,0 mg/dl
Perempuan: 2,4-6,0 mg/dl
Anak-anak: 2,0-5,5 mg/dl



MINUMAN REBUSAN JAHE MERAH

Minum air rebusan jahe merah. Caranya:

- Pilih jahe merah yang segar, padat, aroma kuat, warna merah muda hingga kemerahan, dan kulit halus tidak terkulat.
- Cuci bersih jahe merah.
- Iris jahe merah tipis tipis.
- Rebus air dengan tambahan 2 sendok teh jahe yang sudah dicuci bersih selama 10 menit.
- Saring air rebusan dan tambahkan sedikit madu, jika diinginkan.
- Minum 3 cangkir sehari secara teratur.



KOMPRES HANGAT DENGAN REBUSAN JAHE MERAH

- Rebus air dengan 1 sendok makan parutan jahe merah segar.
- Lalu, rendam kain lap dalam air rebusan tersebut.
- Saat dingin, tempelkan kompres lap tersebut ke area yang terasa sakit setidaknya sekali sehari selama 15-30 menit.

Disusun Oleh:
TIARA SYADILFA KHGA22047

LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U
 DENGAN GOUT ARTHRITIS PADA KATZ INDEKS B
 DI KAMPUNG TARAJU, RT/RW 003/004 DESA
 SALAMUNGGAL DIL WILAYAH KERJA PUSKESMAS
 LELES KABUPATEN GARUT

NAMA : TIARA SYADILFA

NIM : KHGA22047

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin 02/06/2025	Judul	- ACC judul.	
3.	Rabu 04/06/2025	BAB I	- Perbaiki latar belakang. - Perbaiki penulisan.	
4.	Kamis 05/06/2025	BAB I	- ACC BAB - Lanjutkan penyusunan BAB I.	
5.	Selasa 10/06/2025	BAB II	- Perbaiki penulisan. - Perbarui teori.	
6.	Rabu 11/06/2025	BAB II	- ACC BAB II - Lanjutkan penyusunan BAB III.	
7.	Selasa 17/06/2025	BAB III	- Perbaiki penulisan. - Perbaiki tabel.	
8.	Selasa 24/06/2025	BAB III	- ACC BAB III	

			- Lanjutkan penyusunan BAB IV.	
9.	Kamis 26/06/2025	BAB IV	- ACC BAB IV. - Lanjutkan penyusunan Abstrak. - Buat Draf sidang.	
10	Jumat 03/07/2025	BAB IV	- ACC Abstrak. - ACC Sidang.	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Tiara Syadilfa
NIM : KHGA22047
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 19 Desember 2003
Alamat : Kp. Kaum RT/RW 005/005, Desa. Keresek, Kecamatan
Cibatu, Kabupaten Garut.

Riwayat Pendidikan

PAUD : AL-Mukhtar Asem Wetan (2007-2008)
TK : RA AL-Barokah Cukang Akar (2008-2010)
SD : SDN 6 Keresek Cibatu (2010-2015)
SMP : SMPN 1 Cibatu (2015-2018)
SMK : SMK Kesehatan Bhakti Kencana Balubur Limbangan
(2018-2021)
Perguruan Tinggi : STIKes Karsa Husada Garut (2022-2025)