

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.O DENGAN PENERAPAN
KOMPRES HANGAT UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI
GOUT ARTHRITIS DI RUANG KHALID BIN WALID RSUD AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

KARTIKA AMELIA SARI

KHGD24034



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan
Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout
Arthritis Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi
Jawa Barat
NAMA : Kartika Amelia Sari
NIM : K11GD24034

Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan perbaikan sidang akhir
Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, September 2025
Menyetujui,

Penguji I



Devi Ratnasari, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji II



Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut



Sri Yekti Widadi, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep

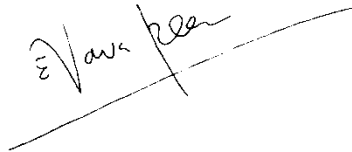
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan
Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout
Arthritis Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi
Jawa Barat
NAMA : Kartika Amelia Sari
NIM : KIHGD24034

Garut, 19 Agustus 2024

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eldesa Vava Rilla', is written over a horizontal line.

(Eldesa Vava Rilla., Ns., M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah ini asli dan belum diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, September 2025

Pembuat pernyataan

Kartika Amelia Sari

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 16 Agustus 2024**

Kartika Amelia Sari¹⁾, Eldesa Vava Rilla²⁾

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

Latar Belakang: gout arthritis adalah suatu jenis penyakit peradangan sendi yang terjadi karena adanya penumpukan kristal asam urat (*hiperurisemia*). Biasanya terjadi di beberapa sendi, seperti jari kaki, pergelangan kaki, lutut, dan ibu jari kaki yang menyebabkan pembengkakan, kemerahan, panas disertai dengan gangguan gerak dari sendi yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari, keluhan yang sering dialami adalah merasakan nyeri. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri dengan terapi non farmakologi pada pasien dengan gout arthritis salah satunya yaitu dengan mengajarkan tehnik kompres hangat. **Tujuan:** Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui penerapan teknik kompres hangat untuk menurunkan skala nyeri pada pasien gout arthritis di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. **Metode:** metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien gout arthritis dengan penerapan teknik kompres hangat. **Hasil:** Hasil penelitian skala nyeri sebelum dilakukan teknik kompres hangat pada Pasien gout arthritis di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat pasien merasakan nyeri dalam kategori sedang skala 6 menjadi kategori ringan skala 1. Kesimpulan dalam penelitian ini tindakan teknik kompres hangat efektif dapat menurunkan skala nyeri sedang menjadi ringan.

Kata kunci: Gout Arthritis, Nyeri, Teknik Kompres Hangat

Nursing Professional Education Study Program
Karsa Husada College of Health Sciences
Garut, 16 August 2024

Kartika Amelia Sari'), Eldesa Vava Rilla)

- 1) STIKes Karsa Husada Clarit student
- 2) Lecturer at STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRACT

Analysis of Nursing Care for Mr.O With the Application of Warm Compresses to Reduce the Intensity of Gout Arthritis Pain in the Khalid Bin Walid Ward of Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province

Background: Gout arthritis is a type of inflammatory joint disease that occurs due to the accumulation of uric acid crystals (hyperuricemia). Usually occurs in several joints, such as the toes, ankles, knees, and big toes that cause swelling, redness, heat accompanied by impaired movement of the joints that greatly interfere with daily activities, complaints that are often experienced are feeling pain. Actions that can be taken to overcome pain with non-pharmacological therapy in patients with gout arthritis, one of which is by teaching warm compress techniques. **Purpose:** This case study aims to through the application of lung compress techniques to reduce the pain scale in gout arthritis patients at Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province. **Method:** The method used is a descriptive case study by conducting anamnesis, observation, physical examination and medical records. Participants in this study were gout arthritis patients with the application of warm compress techniques. **Results:** The results of the pain scale study before the warm compress technique was carried out in gout arthritis patients at Al-Ihsan Regional Hospital, West Java Province, patients felt pain in the moderate category scale 6 to mild category scale 1. The conclusion in this study is that the warm compress technique is effective in reducing the moderate pain scale to mild.

Keywords: Gout Arthritis, Pain, Warm Compress Technique

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Assalamu 'alaikum wr.wb.

Puji dan syukur panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas segala Rahmat dan Karunia-Nya maka penulis bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan Judul : “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita Baginda Rasulullah SAW, beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman.

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Proram Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini penulis banyak memperoleh bantuan, dukungan, bimbingan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak yang sangat membantu dalam kelancaran penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak DR H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Bapak Eldesa Vava Rilla, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama penulis mengucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya karena telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penyusun untuk bisa menyelesaikan dalam penyusunan laporan ini.
5. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
6. Kepada kedua orang tua penulis yang teristimewa Bapak Udin Saripudin dan Ibu Atik Popon, saya ucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya karena telah memberikan kasih sayang, serta senantiasa selalu mengiringkan do'a, dukungan dan nasihat bagi penulis. Semoga Allah SWT memberikan kesehatan dan panjangkan umur mereka, agar senantiasa menemani penulis menuju kesuksesan.
7. Kedua saudara penulis Iyus Yus Tini dan Ahmad Syarif yang telah memberikan dukungan moril maupun materi kepada penulis. Terima kasih atas segala dukungannya.
8. Keluarga LIMPA SKHG serta teman sekaligus Sahabat terbaik dan seperjuangan Angkatan Costae Calpurnia terutama kepada Calon Ners yang selalu menemani dan memberikan support.
9. Rekan-rekan Profesi Ners Angkatan 2024 yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran menyusun Karya Ilmiah Akhir.

10. Kepada JenChuLiChaeng terima kasih selalu menjadi role model dalam menjalani kehidupan ini.
11. Kepada semua pihak yang tidak dapat sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT dengan berlipat ganda. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini bisa bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin. Penyusun menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini sangat diharapkan.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Garut, Agustus 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.3.1. Tujuan Umum	8
1.3.2. Tujuan Khusus	8
1.4. Manfaat	9
1.4.1. Manfaat Bagi Rumah sakit.....	9
1.4.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	9
1.4.3. Manfaat Bagi Penulis	9
1.5. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Penyakit Gout Arthritis	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Klasifikasi.....	11
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	14

2.1.5	Faktor Risiko	15
2.1.6	Patofisiologis.....	16
2.1.7	Pathway	18
2.1.8	Komplikasi	19
2.1.9	Penatalaksanaan Penunjang	20
2.1.10	Penatalaksanaan Medis	21
2.2	Konsep Nyeri.....	23
2.2.1	Pengertian.....	23
2.2.2	Klasifikasi Nyeri	23
2.2.3	Manajemen nyeri.....	28
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.3.1	Pengkajian	31
2.3.2	Analisa Data	37
2.3.3	Diagnosis Keperawatan.....	41
2.3.4	Intervensi Keperawatan.....	44
2.3.5	Implementasi Keperawatan.....	54
2.3.6	Evaluasi Keperawatan.....	54
2.4	Konsep Kompres Hangat.....	56
2.4.1	Pengertian Kompres Hangat	56
2.4.2	Tujuan Kompres Hangat	56
2.4.3	Standar Operasional Prosedur	58
2.5	Analisis Jurnal/EBP	59
2.5.1	Hasil	59
2.5.2	Pembahasan.....	63
2.5.3	Kesimpulan dan Saran.....	65
BAB III	TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	66
3.1	Tinjauan Kasus.....	66
3.1.1.	Pengkajian	66
3.1.2.	Standar Diagnosis Keperawatan	82
3.1.3.	Rencana Tindakan Keperawatan.....	85
3.1.4.	Implementasi Keperawatan Dan Catatan Perkembangan	91

3.1.5.	Evaluasi Keperawatan.....	100
3.2	Pembahasan	102
3.2.1.	Pengkajian Data dan Analisa Data.....	102
3.2.2.	Diagnosa Keperawatan.....	103
3.2.3.	Perencanaan Keperawatan	106
3.2.4.	Implementasi Keperawatan.....	110
3.2.5.	Evaluasi	112
3.2.6.	Evidece Bsed Practice (EBP).....	113
BAB IV	KESIMPULAN DAN SARAN.....	116
4.1	Kesimpulan	116
4.2	Saran.....	118
4.2.1.	Institusi Pendidikan.....	118
4.2.2.	Rumah Sakit	118
4.2.3.	Mahasiswa.....	118
DAFTAR PUSTAKA		119
LAMPIRAN		124

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Kompres Hangat.....	58
Tabel 2.2 Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Gout Arthrititis	59
Tabel 3.1 Menurut skala intensitas numerik.....	73
Tabel 3.2 Pola Makan dan Minum	76
Tabel 3.3 Pola Eliminasi.....	77
Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	77
Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur	78
Tabel 3.6 Pola Hygiene	78
Tabel 3.7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	79
Tabel 3.8 Terapi Medis.....	79
Tabel 3.9 Analisa Data	80
Tabel 3.10 Rencana Tindakan Keperawatan	85
Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Numerik	26
---------------------------------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	18
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Dokumentasi	116
-----------------------------------	-----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kebiasaan masyarakat dalam kehidupan sehari-hari terbentuk dari budaya, lingkungan, serta perkembangan zaman dan sering kali dilakukan secara berulang tanpa disadari. Pola makan menjadi salah satu faktor utama, di mana banyak orang terbiasa mengonsumsi makanan tinggi purin seperti jeroan, daging merah, makanan laut, daging unggas, kacang-kacangan, makanan olahan berlemak tinggi, serta minuman manis dan beralkohol. Selain pola makan, gaya hidup kurang bergerak menyebabkan metabolisme tubuh melambat dan memperburuk risiko obesitas (Kemenkes R.I, 2022).

Pola ini secara perlahan dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah, yang pada akhirnya memicu penumpukan kristal urat di sendi. Kebiasaan dalam menjaga kesehatan juga sering kali hanya berfokus pada pengobatan ketika gejala muncul, bukan pada pencegahan. Banyak orang yang tidak melakukan pemeriksaan kadar asam urat secara rutin, sehingga gout baru terdeteksi saat serangan nyeri sudah terjadi. Pola istirahat yang tidak teratur, seperti tidur larut malam, ditambah stres akibat pekerjaan atau kehidupan sehari-hari, dapat memengaruhi keseimbangan metabolisme dan meningkatkan risiko gout arthritis (Kemenkes R.I, 2022).

Gout arthritis merupakan penyakit yang sangat mengganggu. Orang-orang yang menderita penyakit ini banyak mengeluh terhadap kehidupan

mereka, penderita akan merasa nyeri, sendi-sendi sakit saat digerakan, bengkak dan sebagainya, sehingga membuat mereka tidak mampu bekerja dan beraktivitas (Susanto, 2016).

Menurut WHO (2021) dalam Asghari et al., (2024), Gout arthritis memiliki kejadian global Sekitar 56,4 juta jiwa di dunia menderita gout, kasus laki-laki 42,1 juta jiwa sedangkan perempuan 14,3 juta jiwa memiliki rasio 3:1. Jumlah penduduk Indonesia yang menderita gout arthritis adalah 7,3% (19.7 juta jiwa), perempuan 8,5% (11,4 juta jiwa) dan laki-laki 6,1% (8,3 juta jiwa), penderita perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. prevalensi penyakit asam urat di Indonesia semakin mengalami peningkatan, jika dilihat dari karakteristik umur, prevalensi tinggi pada umur ≥ 75 tahun 18,9% (4,4 juta jiwa) data Riskesdas (2018) dalam (Fadilah & Zuraida, 2025).

Jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia menunjukkan peningkatan tiap tahunnya. Seiring bertambahnya usia seseorang, maka fungsi jaringan dan organ tubuh manusia akan semakin menurun, hal ini merupakan kondisi dimana lansia mengalami penyakit degeneratif, salah satunya adalah gout arthritis atau asam urat (Aminah et al., 2022). Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2019 menyebutkan bahwa prevalensi asam urat berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan yang tertinggi berada di provinsi Jawa Timur (29,7%), Jawa Barat (27,1%), DKI Jakarta (18,6%), Gorontalo (9,2%) dan Sulawesi Tengah (6,5%). Berdasarkan data tersebut, provinsi Jawa Barat berada pada urutan kedua secara nasional. Wilayah

jawa barat mencakup baik area perkotaan maupun pedesaan yang berisiko terhadap beragam penyakit tidak menular termasuk salah satunya asam urat karena pengaruh pola makan dan gaya hidup (Lasmawanti et al., 2022). Berdasarkan data dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Al-Ihsan menunjukkan bahwa prevalensi angka kejadian penyakit gout arthritis pada tahun 2024 yaitu sebanyak 43 kasus (SIMRS RSUD Al-Ihsan, 2024).

Menurut Kemenkes RI (2022), penyakit gout arthritis atau asam urat adalah suatu jenis penyakit peradangan sendi yang terjadi karena adanya penumpukan kristal asam urat. Biasanya terjadi di beberapa sendi, seperti jari kaki, pergelangan kaki, lutut, dan ibu jari kaki. Asam urat merupakan zat hasil metabolisme atau purin dari dalam tubuh. Metabolisme sendiri sebenarnya sudah terbentuk di dalam tubuh secara alami. Dalam keadaan yang normal asam urat dapat larut dalam darah, tetapi jika sudah melebihi maka plasma darah akan menjadi sangat jenuh dan keadaan seperti ini disebut dengan *hiperurisemia* atau penyakit asam urat.

Secara umum, penyebab asam urat dapat dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor primer dan sekunder. Faktor primer yang mencakup 99% kasus, masih belum diketahui dengan pasti (idiopatik), tetapi diduga terkait dengan kombinasi faktor genetik dan hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme. Faktor sekunder mencakup peningkatan produksi asam urat, terganggunya proses ekskresi asam urat atau kombinasi keduanya (Lucia & Mega, 2021).

Kadar asam urat normal pada laki-laki yaitu berkisar antara 3,4-7,0 mg/dL dan pada perempuan berkisar 2,4-6,0 mg/dL. Umumnya seseorang yang sudah lanjut usia lebih mudah terkena asam urat yang dapat menurunkan kualitas hidup mereka karena rasa sakit yang secara signifikan, kemampuan mengganggu mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Tanda pertama dari masalah sendi adalah kekakuan atau nyeri di pagi hari, diikuti nyeri sendi malam hari, pembengkakan, kemerahan, nyeri hebat, panas disertai dengan gangguan gerak dari sendi yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari (Nasir, 2019).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya. Nyeri yang dirasakan bervariasi mulai dari nyeri ringan, nyeri sedang hingga nyeri berat. Nyeri yang dirasakan pada daerah persendian merupakan gejala khas pada penderita asam urat, peradangan pada daerah persendian dapat menyebabkan pembengkakan. Peradangan ini apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kerusakan pada sendi yang lama-kelamaan akan merubah struktur sendi sehingga menyebabkan penurunan fungsi dan sendi dapat mengakibatkan cacat (Hoesny et al., 2020).

Untuk mengatasi keluhan nyeri yang muncul pada penderita asam urat terdapat berbagai terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi yang biasa dilakukan adalah dengan mengkonsumsi obat anti nyeri yaitu kelompok *Nonsteroidal Anti inflammatory Drugs (NSAID)*.

Namun penggunaan anti nyeri dalam waktu jangka panjang dapat menimbulkan efek samping pada gastrointestinal bisa menyebabkan perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus atau perforasi dan obstruksi serta dispepsia, sedangkan efek samping untuk ginjal dapat mempengaruhi keseimbangan elektrolit dan kerusakan fungsi ginjal berupa nefritis interstisial atau nekrosis papilaris, dan gagal ginjal akut (As'adi, 2017).

Terapi non farmakologi diharapkan menjadi alternatif sebagai pengurangan rasa nyeri pada penderita asam urat, salah satu terapi non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu kompres hangat bertujuan untuk menurunkan nyeri penderita gout arthritis yang menuju ke jaringan tubuh, mengurangi inflamasi, menurunkan kekakuan dan merelaksasikan otot-otot serta meningkatkan rasa nyaman saat melakukan pekerjaan (Aminah et al., 2022).

Menurut Zahroh & Faiza (2020) dengan pemberian kompres hangat, pembuluh-pembuluh darah akan melebar sehingga dapat memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut, dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan zat-zat yang akan dibuang diperbaiki. Aktivitas sel meningkat yang akan mengurangi rasa nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan. Dan kompres hangat ini merupakan tindakan sederhana non invasive sehingga mudah diterapkan dan relative aman.

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 40-43°C selama 10-15menit

dengan menggunakan kain/ handuk yang telah dicelupkan pada air hangat atau menggunakan alat seperti botol yang diisi air hangat untuk memberikan sensasi hangat kepada pasien pada bagian tubuh yang membutuhkan (Aminah et al., 2022).

Menurut penelitian Aldhila (2021), skor rata-rata antara pengurangan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan kompres hangat menunjukkan hasil yang signifikan. Skala nyeri rata-rata sebelum mendapat kompres hangat adalah 6,93 dan setelah diberikan kompres hangat 3,46 dengan rata-rata perubahan skala nyeri sebesar 3,47. Hasil uji wilcoxon diperoleh hasil $P=0,000 < 0,05$ berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima, maka terdapat pengaruh kompres hangat dalam penurunan nyeri pada penderita asam urat. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat berpengaruh signifikan terhadap skala nyeri artritis gout sebelum dan sesudah diberikan kompres hangat.

RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu rumah sakit rujukan tingkat provinsi yang memiliki peran strategis dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah Jawa Barat. Terletak di Kecamatan Baleendah, Kabupaten Bandung, RSUD ini melayani rujukan dari berbagai kabupaten/kota di Jawa Barat, terutama wilayah Bandung Raya dan Priangan Timur. Dengan status sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), RSUD Al-Ihsan menyediakan layanan spesialisik dan subspecialistik, serta menjadi rumah sakit rujukan tersier untuk kasus-kasus kompleks, termasuk bedah, penyakit dalam, jantung, stroke, onkologi, dan

luka bakar. Fasilitas pendukung yang lengkap seperti instalasi gawat darurat 24 jam, unit perawatan intensif (ICU, NICU, PICU), laboratorium, radiologi, serta pelayanan rawat jalan dan rawat inap menjadikan rumah sakit ini sangat vital dalam penanganan pasien rujukan. Selain itu, RSUD Al-Ihsan juga aktif dalam program rujukan berjenjang BPJS Kesehatan dan berperan sebagai rumah sakit pendidikan bagi institusi kesehatan di Jawa Barat (Diskominfo Jawa Barat 2024).

Ruangan Khalid bin Walid merupakan salah satu ruang perawatan kelas I, II, III di Instalasi Rawat Inap RSUD Al-Ihsan, Baleendah. Ruangan ini memiliki kapasitas 40 tempat tidur dan termasuk dalam fasilitas perawatan standar dengan kenyamanan layaknya ruang rawat tingkat menengah. Penamaan ruang mengikuti tema nama tokoh Islami, konsisten dengan nama-nama ruang lainnya seperti Ali bin Abi Tholib dan Hasan bin Ali. Ruangan ini dilengkapi dengan sistem AC, kebersihan terjaga, dan tata letak yang dirancang agar pasien mendapatkan pelayanan maksimal mencerminkan visi RSUD Al-Ihsan yang menitikberatkan pada kenyamanan, profesionalisme tenaga medis, serta nuansa lingkungan yang asri dan humanis.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis berminat untuk melakukan "Analisis EBP Asuhan Keperawatan Gout Arthritis dengan Gangguan Nyeri dalam Penerapan Kompres Hangat".

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah "Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan Kompres hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”

1.3.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah :

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Gout Arthritis.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Gout Arthritis.
3. Mampu menyusun rencana keperawatan dari tiap diagnosa pada pasien Gout Arthritis berbasis evidence based practice.
4. Mampu melaksanakan implementasi terhadap intervensi pada pasien Gout Arthritis.
5. Mampu melaksanakan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada pasien Gout Arthritis.

6. Mampu melakukan analisis EBP yaitu kompres hangat pada pasien Gout Arthritis.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Bagi Rumah sakit

Bagi rumah sakit diharapkan bermanfaat sebagai bahan masukan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan Pemberian Kompres Hangat pada pasien dengan Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.4.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan referensi yang dapat membantu proses pembelajaran serta menambah wawasan tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Khalid Bin walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”

1.4.3. Manfaat Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam mengaplikasikan dan mengimplementasikan Kompres Hangat untuk mengatasi nyeri pada pasien Gout Arthritis.

1.5. Sistematika Penulisan

Metode penyusunan penelitian ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data digunakan secara langsung dan tidak langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gout Arthritis

2.1.1 Pengertian

Gout arthritis adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh kadar purin yang tinggi dalam darah. Seseorang dikatakan mengalami penyakit asam urat jika kadar asam urat di dalam tubuh melebihi batas normal, batas normalnya adalah 7 mg/dL untuk pria dan kurang dari 6 mg/dL untuk wanita (Efendi & Natalya, 2022).

Gout arthritis adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan naiknya kadar asam urat serum dan adanya endapan natrium urat pada berbagai jaringan dalam tubuh. Tanpa penanganan yang efektif kondisi ini dapat berkembang menjadi kronik, terbentuknya tofus, dan bahkan dapat mengakibatkan gangguan fungsi ginjal berat, serta penurunan kualitas hidup (Wulansari, 2024).

Penyakit Gout Arthritis adalah salah satu jenis penyakit peradangan pada sendi yang terjadi karena adanya penumpukan kristal asam urat. Kondisi ini dapat terjadi pada banyak sendi, seperti di jari kaki, pergelangan kaki, lutut dan paling sering pada ibu jari kaki. Penyakit asam urat merupakan kondisi yang dapat menyebabkan gejala nyeri yang tidak tertahankan, pembengkakan, serta adanya rasa panas di area persendian yang diakibatkan oleh penumpukan kristal asam urat (Kemenkes, 2022).

Berdasarkan definisi diatas kesimpulannya adalah gout merupakan salah satu jenis penyakit peradangan pada sendi yang terjadi karena adanya penumpukan kristal asam urat dan dapat terjadi pada banyak sendi seperti kaki, pergelangan kaki, lutut, lengan, pergelangan tangan, siku dan kadang di jaringan lunak dan tendon, namun paling sering terjadi di jempol kaki.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi gout arthritis terbagi menjadi dua yaitu, gout primer dan gout sekunder (Irma & Julita, 2024):

1. Gout primer

Gout primer terjadi akibat berlebihnya asam urat, penurunan ekskresi asam urat melalui ginjal. Lingkungan dan genetik menjadi faktor terbentuknya gout ini. Faktor genetik disebabkan oleh anggota keluarga yang mengidap penyakit yang sama terutama penyakit yang disebabkan dari gen sehingga untuk menyembuhkannya sangat sulit.

2. Gout sekunder

a. Obat-obatan

Pada beberapa lansia, obat TBC seperti obat etambutol dan pyrazinamide dapat meningkatkan kadar asam urat. Sekresi ginjal melambat akibat efek dari obat-obatan ini. Akibatnya, sekresi asam urat juga terhambat sehingga terjadinya peningkatan asam urat pada tubuh.

b. Penyakit lain

Hipertensi, hiperglikemia, kolesterol, dan diabetes dapat menurunkan fungsi organ tubuh dan tidak dapat menjalankan fungsinya dengan baik yaitu salah satunya dengan mengeluarkan limbah tubuh seperti asam urat.

2.1.3 Etiologi

Penyebab utama terjadinya gout adalah karena adanya deposit/penimbunan kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan Kelainan metabolik dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal. Beberapa factor lain yang mendukung, seperti :

1. Diet tinggi purin

Diet tinggi purin dapat menyebabkan asam urat pada orang yang memiliki kelainan metabolisme purin yang diturunkan yang mengakibatkan peningkatan produksi asam urat.

2. Usia

Gout arthritis terjadi pada laki-laki dari masa pubertas hingga usia 40-69 tahun, dan pada wanita gout arthritis terjadi pada saat menopause, karena hormon estrogen, hormon ini dapat membantu menghilangkan asam urat dalam urin, sehingga dapat mengontrol asam urat dalam darah.

3. Jenis Kelamin

Pria memiliki kadar asam urat lebih tinggi dibandingkan wanita karena wanita memiliki hormon estrogen.

4. Penurunan filtrasi glomerulus

Penyebab penurunan sekresi asam urat yang paling umum dan dapat disebabkan oleh banyak hal.

5. Pemberian obat diuretik

Pemberian obat seperti tiazid dan furosemid, dosis salisilat kadar etanol yang rendah juga menjadi penyebab berkurangnya ekskresi asam urat yang sering ditemukan.

6. Defek primer jalur hemat purin

Produksi asam urat yang berlebih dapat disebabkan oleh adanya defek primer dalam jalur hemat purin yang menyebabkan peningkatan pergantian sel menyebabkan hiperurisemia sekunder.

7. Alkohol

Alkohol dapat menyebabkan serangan asam urat akibat alkohol meningkatkan produksi urat. Tingkat laktat darah meningkat, asam laktat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga meningkat kadar serum.

8. Obat-obatan

Obat-obatan dapat menghambat sekresi asam urat oleh ginjal. yang dapat menyebabkan serangan asam urat. Yang termasuk diantaranya

adalah aspirin dosis rendah (kurang dari 1 sampai 2 g/hari), levodopa, diazoksida, asam nikotinat, asetazolamid, dan etambutol (Azwar, 2020).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Azwar (2020), manifestasi klinis dari gout arthritis adalah sebagai berikut:

1. Stadium 1 adalah hiperuresemia asimtomatik dimana tidak ada gejala yang ditunjukkan selain asam urat serum meningkat. Nilai asam urat pada penderita arthritis gout meningkat sampai 9-10 mg/dl. Penderita stadium ini hanya 20% yang berlanjut menjadi serangan gout akut.
2. Stadium II adalah arthritis gout akut dimana terjadi pembengkakan dan nyeri. Penderita menunjukkan gejala peradangan lokal, kemungkinan terjadi demam, dan meningkatnya leukosit. Pembedahan, trauma, obat-obatan, alkohol, atau stress dapat memicu serangan ini. Penderita biasanya segera mencari pengobatan pada tahap ini. Biasanya menyerang sendi pada tangan, kaki, dan jari-jari. Serangan ini dapat sembuh tanpa pengobatan tapi membutuhkan waktu sekitar 10-14 hari untuk pulih.
3. Stadium III adalah serangan gout akut/interitis dimana pada masa ini tak ada gejala dan berlangsung beberapa bulan sampai tahun. Jika tidak diobati, dalam waktu kurang dari setahun dapat terjadi serangan gout berulang.
4. Stadium IV adalah gout kronik dimana jika tidak segera diobati dapat menambah timbunan asam urat yang menyebabkan serangan akut

seperti nyeri, kaku, pembengkakan sendi, dan terbentuknya tofu. Penderita yang menjalankan terapi yang tepat dapat menghilangkan tofu.

2.1.5 Faktor Risiko

Menurut Firestein et al (2021), ada 8 faktor yang mempengaruhi terjadinya gout arthritis, diantaranya:

1. Jenis Kelamin dan usia

Gout lebih sering terjadi pada laki-laki usia 30–50 tahun. Wanita lebih jarang terkena sebelum menopause, namun risikonya meningkat setelah menopause.

2. Genetik

Riwayat keluarga dengan gout meningkatkan risiko, karena faktor keturunan dapat memengaruhi metabolisme asam urat.

3. Obesitas

Orang dengan kelebihan berat badan cenderung memiliki kadar asam urat lebih tinggi, dan obesitas memperlambat ekskresi asam urat oleh ginjal.

4. Pola Makan

Konsumsi tinggi makanan berpurin seperti daging merah, jeroan, makanan laut, serta minuman beralkohol dan manis (fruktosa) dapat meningkatkan kadar asam urat. Konsumsi alkohol terutama bir dan minuman keras dapat meningkatkan produksi dan penyerapan asam urat.

5. Penyakit penyerta

Hipertensi, diabetes melitus, penyakit ginjal kronis, dan dislipidemia sering dikaitkan dengan peningkatan risiko gout.

6. Obat-obatan

Obat-obatan tertentu seperti diuretik (thiazide), aspirin dosis rendah, dan obat anti-TB seperti pyrazinamide dan ethambutol dapat meningkatkan kadar asam urat.

7. Kurangnya Aktivitas Fisik

Gaya hidup atau kurang aktivitas fisik dapat memperburuk metabolisme tubuh termasuk ekskresi asam urat.

2.1.6 Patofisiologis

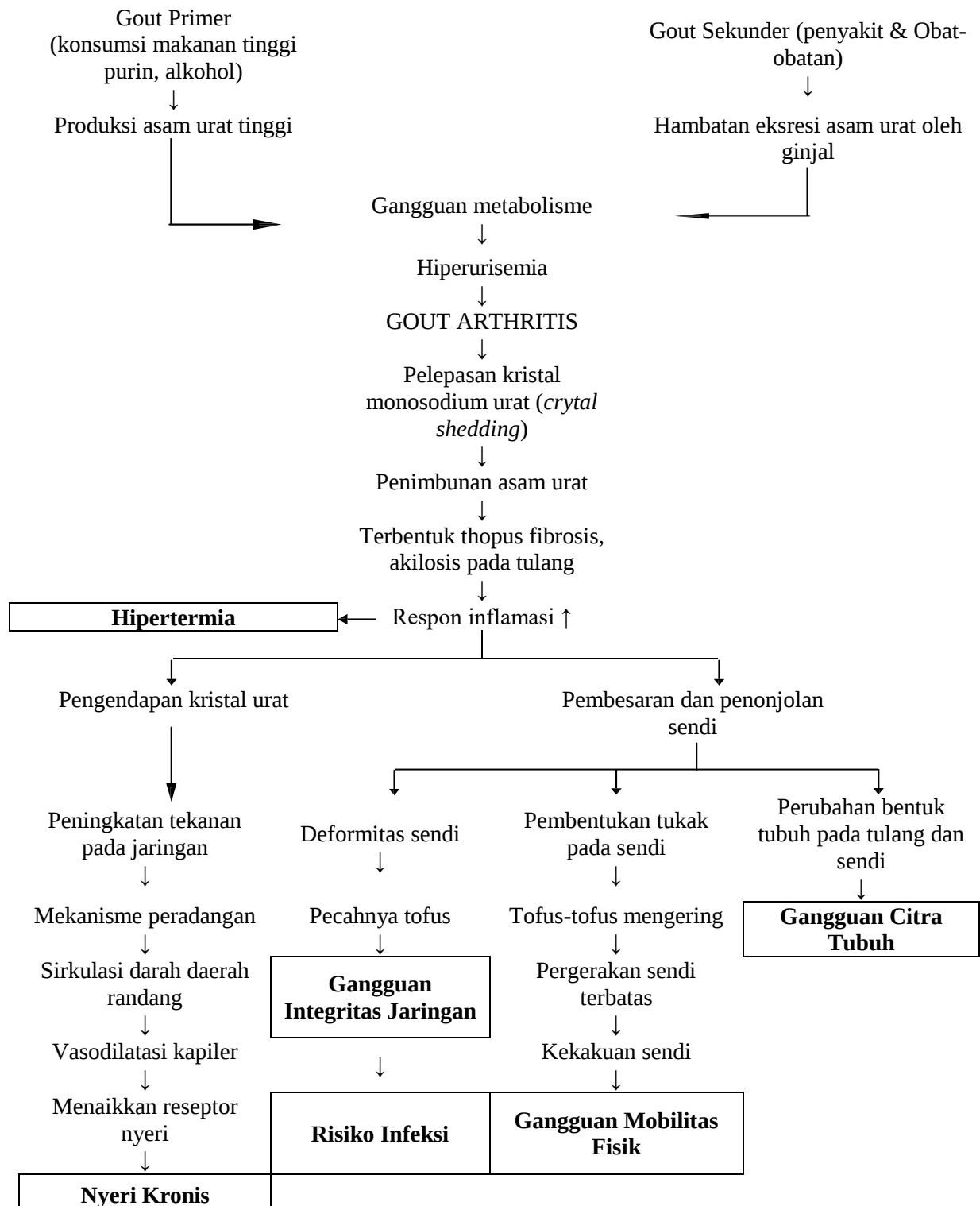
Adanya gangguan metabolisme purin dalam tubuh, intake bahan yang mengandung asam urat tinggi dan sistem ekskresi asam urat yang tidak adekuat akan menghasilkan akumulasi asam urat yang berlebihan didalam plasma darah (hiperuresemia), sehingga mengakibatkan kristal asam urat menumpuk dalam tubuh. Penimbunan ini menimbulkan iritasi lokal dan menimbulkan respon inflamasi. Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan gout arthritis. Salah satunya yang telah diketahui perannya adalah konsentrasi asam urat dalam darah, presipitasi kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan sonovium, jaringan para artikuler, misalnya bursa, tendon, dan selaputnya. Kristal urat yang bermuatan negative akan dibungkus oleh berbagai macam protein.

Pembungkusan dengan IgG akan merangsang neutrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit.

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan akhirnya membrane vakuola disekeliling oleh kristal dan membrane leukositik lisosom yang dapat menyebabkan kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membrane lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan.

Asam urat menjadi bertumpuk dalam darah dan cairan tubuh lain, maka asam urat tersebut akan membentuk garam-garam urat yang akan berakumulasi atau menumpuk di jaringan konektif didalam tubuh, penumpukan itu disebut tofi. Adanya kristal akan memicu respon inflamasi kronis dan neutrofil melepaskan lisosomnya, lisosom tidak hanya merusak jaringan, tapi juga menyebabkan inflamasi (Azwar, 2020).

2.1.7 Pathway



Bagan 2.1 Pathway

Sumber: (Azwar, 2020)

2.1.8 Komplikasi

Menurut Asghari et al., (2024) Tingginya asam urat dalam tubuh yang menetap dalam jangka waktu yang lama berpotensi menimbulkan komplikasi, diantaranya:

1. Tophu (Endapan Kristal Asam Urat)

Tophu merupakan benjolan keras yang terbentuk akibat penumpukan kristal asam urat di jaringan lunak, terutama pada sendi, telinga, dan jari tangan atau kaki. Tophu dapat menyebabkan deformitas, nyeri, dan keterbatasan fungsi sendi. Jika tidak diobati, tophi bisa pecah dan menyebabkan luka terbuka serta infeksi.

2. Kerusakan Sendi Permanen

Peradangan yang berulang akibat gout arthritis dapat merusak struktur sendi secara bertahap. Hal ini menyebabkan sendi menjadi kaku, nyeri berkepanjangan, dan kehilangan fungsinya. Akibatnya, penderita mengalami keterbatasan aktivitas dan kualitas hidup yang menurun.

3. Batu Ginjal

Kadar asam urat yang tinggi dalam darah dapat mengendap di ginjal dan membentuk batu ginjal. Komplikasi ini dapat menimbulkan gejala seperti nyeri pinggang yang hebat, mual, muntah, dan bahkan hematuria (urin bercampur darah).

4. Gagal Ginjal

Jika kadar asam urat tetap tinggi dalam jangka panjang, ginjal akan bekerja lebih keras untuk menyaringnya. Kondisi ini lama-kelamaan

dapat menyebabkan kerusakan ginjal kronis, dan berisiko berkembang menjadi gagal ginjal.

5. Komorbiditas Penyerta

Penderita gout arthritis sering memiliki penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dan penyakit jantung koroner. Komorbiditas ini dapat memperburuk kondisi gout serta meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular yang serius.

6. Gangguan Kualitas Hidup

Rasa nyeri yang hebat dan keterbatasan gerak akibat serangan gout berulang dapat memengaruhi kesehatan mental dan emosional penderita. Mereka mungkin mengalami stres, gangguan tidur, depresi, dan penurunan produktivitas dalam kehidupan sehari-hari.

2.1.9 Penatalaksanaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorlum

Seseorang dikatakan menderita asam urat apabila pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar asam urat dalam darah di atas 7 mg/dL untuk pria dan lebih dari 6 mg/dl untuk wanita. Selain itu, kadar asam urat dalam purin lebih dari 760-1000 mg/24 jam dengan diet biasa. Di samping itu, sering juga dilakukan pemeriksaan gula darah, ureum, dan kreatinin, disertai pemeriksaan profil lemak darah untuk menguatkan diagnosis. Pemeriksaan gula darah dilakukan untuk mendeteksi ada atau tidaknya penyakit diabetes mellitus. Ureum dan kreatinin diperiksa untuk mengetahui normal dan tidaknya fungsi

ginjal. Sementara itu, pemeriksaan profil lemak darah dijadikan penanda ada atau tidaknya gejala aterosklerosis.

2. Pemeriksaan radiologis

Pemeriksaan radiologis digunakan untuk melihat proses yang terjadi dalam sendi dan tulang serta untuk melihat pro-ses pengapuran di dalam tofus.

3. Pemeriksaan cairan sendi

Pemeriksaan cairan sendi dilakukan di bawah mikroskop. Tujuannya ialah untuk melihat kristal urat atau monosodium urate (kristal MSU) dalam cairan sendi. Untuk melihat perbedaan jenis arthritis yang terjadi, perlu dilakukan kultur cairan sendi.

2.1.10 Penatalaksanaan Medis

Menurut Susanto (2016), penatalaksanaan medis diantaranya:

1. Obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS)

kelompok obat yang memiliki efek analgesik, antipiretik, dan anti-inflamasi. OAINS ini berfungsi sebagai anti nyeri (meredakan atau menghilangkan rasa nyeri), mengurangi demam, dan mengurangi peradangan (inflamasi). Termasuk kelompok obat-obatan ini adalah aspirin, ibuprofen, dan naproxen. Paracetamol (acetaminofen) memiliki efek anti-inflamasi yang kecil dan bukan tergolong OAINS.

Efek samping utama terkait penggunaan OAINS adalah menyebabkan iritasi langsung maupun tidak langsung pada saluran cerna. Biasanya, pemberian obat OAINS ini disertai dengan

pemberian obat yang dapat melindungi dan mencegah efek samping tersebut.

2. Inhibitor Xanthine Oxidase (IXO)

Obat dalam kelompok IXO berfungsi sebagai penghambat terjadinya metabolisme purin menjadi asam urat. Artinya, obat ini akan mengurangi pembentukan asam urat. Pemberian obat IXO bertujuan untuk jangka panjang, sehingga dosis obat diberikan secara bertahap. Dimulai dengan dosis kecil, lalu secara bertahap dinaikkan. Tahapan ini bertujuan untuk menghindari turunnya kadar asam urat dalam darah secara tiba-tiba. Penurunan kadar asam urat secara drastis justru akan menyebabkan munculnya serangan gout akut.

Allopurinol adalah salah satu jenis dari kelompok IXO. Obat ini biasa diberikan dengan dosis 50-300 mg per hari. Efek samping dari penggunaan Allopurinol adalah terjadi alergi ringan, seperti gatal-gatal atau alergi berat, seperti melepuhnya sebagian kulit tubuh.

3. Obat urikosurik.

Obat dalam kelompok urikosurik berfungsi untuk meningkatkan pengeluaran asam urat melalui urine. Artinya, urine yang dibuang akan memiliki kandungan asam urat tinggi. Jadi, semakin banyak urine yang dikeluarkan tubuh, semakin banyak asam urat yang keluar. Ketentuan yang harus diperhatikan dari obat urikosurik adalah penderita tidak boleh mengalami hiperekskresi sebelumnya. Seseorang dikatakan hiperekskresi jika dalam urine terdapat asam urat

melebihi 1000mg/hari. Pembuangan asam urat yang berlebihan dapat memicu terbentuknya batu urat dalam saluran kencing.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Kelompok studi nyeri Perdossi (2000) telah menterjemahkan definisi nyeri yang dibuat IASP (*International Association The Study of Pain*) yang berbunyi nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut yang kompleks dan merupakan salah satu alasan utama seseorang datang untuk mencari pertolongan medis. (Pinzon, 2016).

Nyeri adalah rasa tidak menyenangkan, umumnya karena adanya perlukaan dalam tubuh, walaupun tidak sebatas itu. Nyeri dapat juga dianggap sebagai racun dalam tubuh, karena nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan atau saraf (Suryono Suwondo & Meliala, 2017).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah rasa fisik yang tidak menyenangkan. Nyeri dapat mengenai semua orang tanpa memandang jenis kelamin, umur, ras, status sosial, dan pekerjaan.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Pinzon (2016), Nyeri dapat diklasifikasikan berdasar durasi waktu, etiologi, dan intensitas diantaranya:

1. Berdasar durasi (waktu terjadinya)

- a. Nyeri akut, definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebutkan nyeri akut adalah bila < 12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut. Nyeri diatas 12 minggu adalah nyeri kronis.
- b. Nyeri kronis, didefenisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2. Berdasar etiologi (penyebab timbulnya nyeri)

- a. Nyeri nosiseptik, Merupakan nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan/stimulus mekanis ke nosiseptor. Nosiseptor adalah saraf aferen primer yang berfungsi untuk menerima dan menyalurkan rangsang nyeri. Ujung-ujung saraf bebas nosiseptor berfungsi sebagai saraf yang peka terhadap rangsangan mekanis,

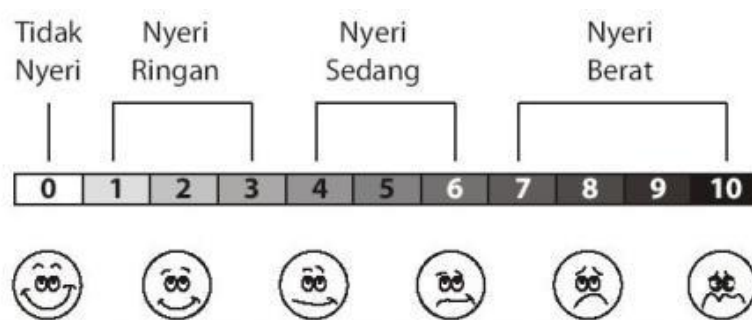
kimia, suhu, listrik yang menimbulkan nyeri. Nosiseptor terletak di jaringan subkutis, otot rangka, dan sendi.

- b. Nyeri neuropatik, merupakan nyeri yang terjadi karena adanya lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf. Nyeri neuropatik biasanya berlangsung lama dan sulit untuk di terapi. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah nyeri pasca herpes dan nyeri neuropatik diabetika.
 - c. Nyeri inflamatorik, merupakan nyeri yang timbul akibat adanya proses inflamasi. Nyeri inflamatorik kadang dimasukkan dalam klasifikasi nyeri nosiseptif. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah osteoarthritis.
 - d. Nyeri campuran, merupakan nyeri yang etiologinya tidak jelas antara nosiseptif maupun neuropatik atau nyeri memang timbul akibat rangsangan pada nosiseptor maupun neuropatik. Salah satu bentuk yang umum dijumpai adalah nyeri punggung bawah dan ischialgia akibat HNP (*Hernia Nukleus Pulposus*)
3. Berdasar intensitasnya (berat ringannya)

Intesitasnya atau skala nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah rasa nyeri yang dialami orang, pengukuran keseriusan nyeri sangat subjektif serta individual dan mungkin rasa nyeri dalam keseriusan yang sama dialami sangat berbeda oleh 2 orang yang berbeda.

Instrumen pengkajian nyeri yang kerap digunakan yaitu Skala Penilaian Numerik (*Numerical Rating Scale/NRS*) NRS lebih sering digunakan sebagai pengganti atau pendamping VDS. Dalam hal ini klien akan memberikan penilaian terhadap rasa nyeri dengan menggunakan pengukur skala 0 sampai 10.

Gambar 2.1 Skala Numerik



Dengan keterangan nilai sebagai berikut:

- a. Tidak nyeri (0) Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.
- b. Nyeri ringan (1-3) Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak terganggu kegiatannya.
- c. Nyeri sedang (4-6) Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang.

- d. Nyeri berat Nyeri berat/ hebat (7-10) merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.

4. Berdasar lokasi (tempat terasa nyeri)

- a. Nyeri somatik, merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan terhadap nosiseptor baik superfisial maupun dalam. Nyeri somatik superfisial merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan atau stimulasi nosiseptor di dalam kulit atau jaringan subcutan dan mukosa yang mendasarinya. Hal ini ditandai dengan adanya sensasi/ rasa berdenyut, panas atau tertusuk, dan mungkin berkaitan dengan rasa nyeri yang disebabkan oleh stimulus yang secara normal tidak mengakibatkan nyeri (misalnya allodinia), dan hiperalgesia. Jenis nyeri ini biasanya konstan dan jelas lokasinya. Nyeri superfisial biasanya terjadi sebagai respon terhadap luka terpotong, luka gores dan luka bakar superfisial. Nyeri somatik dalam diakibatkan oleh jejas pada struktur dinding tubuh (misalnya otot rangka/skelet). Berlawanan dengan nyeri tumpul linu yang berkaitan dengan organ dalam, nyeri somatis dapat diketahui di mana lokasi persisnya pada tubuh, namun beberapa menyebar ke daerah sekitarnya. Nyeri pasca bedah

memiliki komponen nyeri somatis dalam karena trauma dan jejas pada otot rangka.

- b. Nyeri visceral, merupakan nyeri yang timbul karena adanya jejas pada organ dengan saraf simpatis. Nyeri ini dapat disebabkan oleh distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan cepat kapsul yang menyelimuti suatu organ (misalnya hati), iskemi otot skelet, iritasi serosa atau mukosa, pembengkakan atau pemelintiran jaringan yang berlekatan dengan organ-organ ke ruang peritoneal, dan nekrosis jaringan. Biasanya terasa sebagai nyeri yang dalam, tumpul, linu, tertarik, diperas atau ditekan. Termasuk dalam kelompok ini adalah nyeri alih.

2.2.3 Manajemen nyeri

Penatalaksanaan manajemen nyeri ada dua macam yaitu:

1. Manajemen nyeri farmakologis

Manajemen nyeri farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri yang berlangsung lama dan terasa sangat hebat selama berjam jam atau sehari hari dan biasanya diberikan analgetik atau obat tidur untuk mengurangi nyeri (Suriya & Zuriati, 2019). Beberapa obat-obatan tersedia untuk meredakan nyeri diantaranya adalah analgesik. Analgesik adalah metode penghilang rasa nyeri yang paling umum dan efektif. Ada tiga macam jenis analgetik yaitu non opioid termasuk acetaminophen dan non steroid anti inflamasi (NSID), opioid atau narkotik dan adjuvants atau

co analgesic yaitu berbagai obat-obatan yang meningkatkan efek analgesik (Potter et al., 2018).

2. Manajemen Nyeri Non Farmakologi

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri tanpa menggunakan obat-obatan serta mengurangi pemakaian obat-obatan sebagai alternatif metode menghilangkan nyeri yang kronis. Metode ini dapat digunakan sendiri atau kombinasi dengan manajemen farmakologis. Metode manajemen nyeri non farmakologis merupakan tindakan mandiri perawat untuk mengurangi intensitas nyeri sampai tingkat yang bisa ditoleransi oleh pasien sebagai bentuk terapi pendukung yang aman, efektif, dan minim efek samping (Potter et al., 2018). Manajemen nyeri non farmakologi menurut Doenges et al., (2019) dapat dibagi ke dalam beberapa kategori:

a. Terapi fisik atau fisiologis

Melibatkan penggunaan stimulus fisik untuk mengurangi nyeri. Contohnya adalah kompres hangat yang bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah dan merelaksasi otot, serta kompres dingin yang membantu mengurangi pembengkakan dan peradangan. Selain itu, teknik lain seperti pijat (*massage*), latihan ringan, imobilisasi sendi, dan penggunaan alat seperti *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) stimulasi

saraf elektrik untuk menghambat transmisi nyeri juga termasuk dalam kategori ini.

b. Terapi kognitif-perilaku

Pendekatan yang bertujuan mengubah persepsi pasien terhadap nyeri. Beberapa teknik yang termasuk dalam kategori ini antara lain relaksasi pernapasan, *distraction* atau pengalihan perhatian, *guided imagery* (visualisasi positif), serta dukungan psikologis melalui konseling dan edukasi pasien tentang proses nyeri dan cara mengelolanya.

c. Terapi spiritual dan psikologis

Mencakup aktivitas seperti berdoa, meditasi, zikir, atau aktivitas keagamaan lain yang dapat memberikan ketenangan batin dan menurunkan persepsi nyeri, terutama bagi pasien yang memiliki keyakinan religius yang kuat.

d. Terapi alternatif dan komplementer

Semakin populer digunakan di berbagai layanan kesehatan. Terapi ini meliputi akupresur, akupunktur, aromaterapi, terapi musik, refleksologi, dan terapi herbal seperti kompres jahe atau kayu manis. Meskipun bersifat pendukung, terapi-terapi ini sering memberikan efek positif terhadap pengurangan nyeri, terutama jika dikombinasikan dengan pendekatan lain secara holistik.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan tindakan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dan berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan (Muttaqin, 2020).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang tepat untuk memperoleh asuhan keperawatan pada klien. Data yang dikumpulkan adalah data objektif dan data subjektif metode yang digunakan melalui wawancara, inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi (Muttaqin, 2020).

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses yang memberikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawatnya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

a. Biodata

1) Identitas klien

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnosa medis, alamat klien.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan yang seiring dirasakan yakni nyeri pada sendi metatarsophalangeal ibu jari kaki, sehingga serangannya bersifat poliartikular. Gout mempengaruhi satu atau lebih sendi.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pengumpulan data dilakukan sejak saat keluhan dan umumnya difokuskan pada awal timbulnya gejala dan sifat dari gejala tersebut. Penting untuk menanyakan penggunaan obat pereda nyeri. Untuk menilai nyeri klien secara lengkap, perawat dapat menggunakan PQRST.

Provoking Incident faktor presipitasi nyeri termasuk gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan serangan hiperurisemia berulang dan sinovitis akut.

Quality of Pain nyeri yang dirasakan bersifat menusuk.

Region, Radiation, Relief: nyeri pada sendi metatarsophalangeal ibu jari kaki.

Severity (Scale) of Pain nyeri yang dirasakan antara skala 1-8 pada rentang pengukuran 1-10.

Time: durasi nyeri berlangsung, kapan, apakah lebih buruk pada malam hari atau siang hari

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian ini, faktor yang mungkin penyebab terjadinya gout arthritis (misalnya gagal ginjal kronis, leukimia, hiperparatiroidisme). Pertanyaan lain untuk ditanyakan adalah apakah klien pernah masuk rumah sakit dengan masalah yang sama dan mengkaji adanya konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan diuretik.

4) Riwayat penyakit keluarga

Kaji apakah ada keluarga dengan kondisi yang sama dengan klien, karena penderita asam urat dipengaruhi oleh faktor genetik. produksi/sekresi asam urat berlebih tanpa penyebab yang diketahui.

5) Riwayat psikososial

Respon emosional klien terhadap penyakitnya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat. Diantara respon yang diterima meliputi kecemasan yang berhubungan dengan sensasi nyeri, hambatan gerak fisik akibat reaksi nyeri serta kurang pengetahuan dalam program pengobatan, prognosis penyakit dan peningkatan kadar asam urat dalam darah.

c. Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola persepsi dan pola hidup sehat

Menjelaskan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan pada kesehatan. Pada tahap ini dilakukan pengkajian pengetahuan mengenai penyakit, pemeliharaan apa yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

3) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, masalah defekasi.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur.

5) Pola aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, pemakaian alat bantu jalan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan.

6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, dan masalah keuangan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Inspeksi kesimetrisan bentuk wajah, tengkorak, kulit jika terdapat lesi atau massa. Palpasi bentuk kepala, massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

2) Mata

Inspeksi kelopak mata, konjungtiva, dan sklera untuk mengetahui anemis atau tidak. Palpasi kaji adanya pembengkakan pada mata dan kelenjar lakrimal.

3) Hidung

Inspeksi: kesimetrisan, adanya lesi dan cairan. Palpasi: kaji adanya nyeri dan penyimpangan bentuk.

4) Telinga

Inspeksi: kesimetrisan, warna, dan letak telinga. Palpasi kaji adanya nyeri, dan lesi.

5) Mulut

Inspeksi: warna, membran mukosa, lesi, kebersihan mulut.

6) Leher

Inspeksi bentuk leher, kesimetrisan, warna, massa, kaji adanya pembengkakan. Palpasi: kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid.

7) Paru

Inspeksi: kesimetrisan. Palpasi: pengembangan paru kanan dan kiri. Perkusi catat adanya paru seperti sonor, hipersonor, atau redup. Auskultasi: bunyi inspirasi dan ekspirasi (vesikular).

8) Jantung

Inspeksi: titik impuls maksimal. Palpasi: letak aorta pada interkosta ke 2 kiri, pindah jari-jari ke interkosta ke 3 dan 4 trikuspidalis, mitral pada interkosta ke 5-7 ke garis midklavikula kiri. Perkusi: batas jantung. Auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 tunggal.

9) Abdomen

Inspeksi: adanya pembesaran, bentuk, datar, cekung. Palpasi: hepar dan ginjal. Perkusi timpani, hipertimpani, pekak. Auskultasi peristaltik usus (bising usus).

10) Genetalia

Inspeksi: kebersihan, cairan dan bau. Palpasi kaji adanya pembesaran dan massa

11) Ekskremetas

Inspeksi pada pasien gout arthritis tampak halus pada persendian jari tangan, jari kaki dan sendi lainnya disebabkan edema. Palpasi kekuatan otot, akral, capillary refill time (CRT), dan pergerakan sendi

e. Data psikologis

Perlu dikaji tentang tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah ada perasaan khawatir, cemas, takut, konsep diri menurun atau body image menurun serta ketidakseimbangan coping.

f. Data sosial

Hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat, pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga, pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

g. Data spiritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien, termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan

pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Sumijatun, 2021).

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) Objektif 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Merasa takut mengalami cedera berulang Objektif 1. Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri) 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Peningkatan tekanan pada jaringan ↓ Vasodilatasi kapiler ↓ Menaikkan reseptor nyeri ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
Gejala dan tanda mayor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. Gejala dan tanda minor Subjektif :	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi	Gangguan Integritas Jaringan (D.0129)

(tidak tersedia) Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hermatoma	↓ Deformitas sendi ↓ Pecahnya tofus ↓ Gangguan Integritas Jaringan	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi ↓ Pembentukan tukak pada sendi ↓ Tofus tofus mengering ↓ Pergerakan sendi mengering ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan Mobilis Fisik	Gangguan Mobilis Fisik (D.0054)
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh Objektif 1. Kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh 2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi ↓ Perubahan bentuk tubuh pada tulang dan sendi ↓ Gangguan Citra Tubuh	Gangguan Citra Tubuh (D.0083)

tubuh 3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain 4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup Objektif 1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh 3. Fokus berlebihan perubahan tubuh 4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu 6. Hubungan sosial berubah		
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Hipertermi	Hipertermia (D.0130)
Faktor Risiko 1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus). 2. Efek prosedur invasi. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a. Gangguan peristaltik,	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi ↓	Risiko Infeksi (D.0142)

b. Kerusakan integritas kulit, c. Perubahan sekresi pH, d. Penurunan kerja siliaris, e. Ketuban pecah lama, f. Ketuban pecah sebelum waktunya, g. Merokok, h. statis cairan tubuh. 6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder : a. Penurunan homolobin, b. Imununosupresi, c. Leukopenia, d. Supresi respon inflamasi, e. Vaksinasi tidak adekuat.	Deformitas sendi ↓ Pecahnya tofus ↓ Gangguan integritas jaringan ↓ Risiko Infeksi	
--	--	--

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian kritis tentang respon individu, keluarga kelompok maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan (Sumijatun, 2021). Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien gout arthritis sebagai berikut:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan:

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri
2. Merasa depresi (tertekan)

Objektif

1. Tampak meringis
2. Gelisah
3. Tidak mampu menuntaskan

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif

1. Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)
2. Waspada

- aktivitas
3. Pola tidur berubah
 4. Anoreksia
 5. Fokus menyempit
 6. Berfokus pada diri sendiri
2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (ulkus) dibuktikan dengan:
- | | |
|---|---|
| <p>Gejala dan tanda mayor
 Subjektif :
 (tidak tersedia)
 Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. | <p>Gejala dan tanda minor
 Subjektif :
 (tidak tersedia)
 Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hermatoma |
|---|---|
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dibuktikan dengan:
- | | |
|---|---|
| <p>Gejala dan Tanda Mayor
 Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kekuatan otot menurun 4. Rentang gerak (ROM) menurun | <p>Gejala dan Tanda Minor
 Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Nyeri saat bergerak 5. Enggan melakukan pergerakan 6. Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sendi kaku 6. Gerakan tidak terkoordinasi 7. Gerakan terbatas <p>Fisik lemah</p> |
|---|---|
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh dibuktikan dengan:
- | | |
|--|--|
| <p>Gejala dan Tanda Mayor
 Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan kecemasan/kehilangan bagian tubuh <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang | <p>Gejala dan Tanda Minor
 Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh 2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain 4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. Menghindari melihat dan/atau |
|--|--|

- menyentuh bagian tubuh
- 3. Fokus berlebihan perubahan tubuh
- 4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- 5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- 6. Hubungan sosial berubah
- 5. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan:

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1. Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1. Kulit merah
- 2. Kejang
- 3. Takikardi
- 4. Takipnea
- 5. Kulit terasa hangat

- 6. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer karna terdapat kerusakan integritas kulit

2.3.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri kronis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1 Keluhan nyeri menurun 2 Meringis menurun 3 Sikap protektif menurun 4 Gelisah menurun 5 Kesulitan tidur menurun 6 Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 7 Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2 Identifikasi skala nyeri 3 Identifikasi respon nyeri non verbal 4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10 Berikan Teknik nonfarmakologis	1. Informasi ini penting untuk memahami jenis nyeri yang dialami pasien dan menentukan rencana perawatan yang tepat. 2. Menggunakan skala nyeri membantu dalam mengukur dan memonitor tingkat nyeri pasien sehingga penanganan dapat disesuaikan dengan efektif. 3. Beberapa pasien mungkin tidak dapat mengkomunikasikan nyeri secara verbal, sehingga penting untuk mengidentifikasi tanda-tanda non verbal dari nyeri. 4. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri membantu dalam mengelola nyeri secara lebih efektif. 5. Memahami pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri membantu dalam menyusun pendekatan perawatan yang lebih holistik. 6. Budaya dapat mempengaruhi persepsi dan respon terhadap nyeri,

			untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12 Fasilitasi istirahat dan tidur 13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15 Jelaskan strategi meredakan nyeri 16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17 Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18 Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	oleh karena itu penting untuk memperhitungkannya dalam manajemen nyeri. 7. Memahami dampak nyeri pada kualitas hidup membantu dalam mengevaluasi efektivitas strategi pengelolaan nyeri. 8. Memantau efektivitas terapi komplementer membantu dalam mengevaluasi apakah perubahan atau penyesuaian perlu dilakukan dalam rencana perawatan. 9. Penting untuk memantau efek samping dari penggunaan analgetik guna mengurangi risiko komplikasi dan memastikan keamanan pasien. 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri: Teknik nonfarmakologis seperti kompres hangat dapat membantu mengurangi nyeri dengan efektif tanpa risiko efek samping obat. 11. Faktor lingkungan seperti suhu, pencahayaan, dan kebisingan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, oleh karena itu mengontrol lingkungan dapat membantu mengurangi nyeri. 12. Istirahat dan tidur yang cukup dapat membantu mengurangi sensitivitas terhadap nyeri dan mempercepat proses penyembuhan.
--	--	--	---	--

				13. Memahami sumber dan jenis nyeri membantu dalam memilih strategi pengelolaan nyeri yang paling efektif 14. Pemberian analgetik diperlukan dalam kasus nyeri yang tidak dapat dikontrol dengan strategi nonfarmakologis atau memerlukan bantuan obat-obatan pengurang nyeri tambahan. 15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri: Memberikan pemahaman kepada pasien tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri membantu mereka untuk mengatasi nyeri secara lebih efektif.
2.	Gangguan integritas jaringan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik	1. Memantau drainase, warna, ukuran, dan bau luka penting untuk mengetahui perkembangan luka dan mendeteksi kemungkinan infeksi. 2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau demam dapat membantu dalam deteksi dini dan penanganan infeksi. 3. Proses pelepasan yang perlahan dapat mengurangi risiko trauma tambahan pada luka. 4. Memastikan area luka bebas dari rambut dapat mencegah kontaminasi dan mempermudah perawatan.

			7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 12. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 13. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 14. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 15. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	5. Membersihkan luka dengan larutan NaCl atau pembersih nontoksik membantu mengurangi risiko infeksi. 6. Bersihkan jaringan nekrotik: Menghilangkan jaringan nekrotik mempromosikan penyembuhan luka yang optimal. 7. Membantu mengurangi risiko infeksi, merangsang pertumbuhan jaringan baru, dan mempercepat proses penyembuhan secara keseluruhan. 8. Jenis balutan yang tepat sesuai dengan karakteristik luka membantu mendukung proses penyembuhan. 9. Menjaga kebersihan dan sterilitas selama perawatan luka dapat mencegah infeksi. 10. Penggantian balutan secara teratur membantu menjaga kebersihan luka dan meminimalkan risiko infeksi. 11. Memberikan pemahaman kepada pasien tentang tanda-tanda infeksi membantu mereka untuk mengidentifikasi kondisi yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut
--	--	--	--	--

				12. Edukasi tentang pentingnya nutrisi yang adekuat dalam penyembuhan luka membantu pasien untuk mempercepat proses penyembuhan. 13. Memberikan pengetahuan kepada pasien tentang bagaimana melakukan perawatan luka secara mandiri dapat meningkatkan kemandirian dan mengurangi risiko infeksi. 14. Ceftriaxone adalah antibiotik yang sering digunakan untuk mengobati infeksi bakteri yang
3.	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) 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 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui nyeri dan sejauh mana pasien dapat bergerak 3. Agar frekuensi jantung dan tekanan darah pasien tertasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum pasien 5. Untuk memfasilitasi memfasilitasi fisik pasien 6. Agar keluarga mengetahui tentang peningka peningkatan ambulasi 7. Untuk mengetahui tujuan ambulasi 8. Untuk mencegah terjadinya masalah pada pasien 9. Agar keluarga dan pasien tahu cara ambulasi

			jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	10. Supaya pasien bisa melakukan ambulasi sederhana
4.	Gangguan citra tubuh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Melihat bagian tubuh membaik 2. Menyentuh bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah	1. Untuk mengetahui harapan citra tubuh pasien berdasarkan tahap perkembangan 2. Untuk mengetahui budaya, agama, jenis kelamin, dan umur yang terkait dengan citra tubuh pasien di lingkungannya 3. Untuk mengetahui perubahan citra tubuh yang mana yang dapat mengakibatkan pasien melakukan isolasi sosial 4. Diharapkan pasien mampu mengetahui apa yang menjadikan

			Terapeutik 6. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 7. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 8. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan) 9. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis Edukasi 10. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 11. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh 12. Latih fungsi tubuh yang dimiliki	pasien merasa kurang akan dirinya 5. Diharapkan pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah 6. Pasien mengerti perubahan tubuhnya akan berpengaruh juga pada fungsi tubuhnya sendiri 7. Agar pasien merasa percaya diri pada penampilan fisiknya 8. Agar pasien merasa tenang setelah diajak diskusi tentang pemicu stres pada dirinya 9. Supaya pasien merasa lega dengan kondisi yang dialaminya 10. Keluarga dapat mendukung pasien untuk melakukan perawatan pada perubahan citra tubuhnya 11. Pasien dapat mengungkapkan tentang dirinya 12. Diharapkan pasien semakin hari akan semakin membaik kondisinya
5.	hipertermia	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan intermoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit	1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipertermi 2. Untuk mengetahui kenaikan ataupun menurun suhu tubuh 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar

			4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 14. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	5. Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia 6. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia 7. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 8. Untuk menurunkan suhu tubuh 9. Agar kebutuhan cairan pasien tergaja 10. Untuk menurunkan panas melalui evaporasi 11. Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin 12. Untuk menghindari terjadinya komplikasi 13. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen 14. Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perforasi 15. Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan
6.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal	1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik membantu dalam deteksi dini dan penanganan infeksi secara cepat sehingga mengurangi

		1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih 6. membaik	dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 6. Anjurkan balutan luka tetap kering jangan sampai basah Edukasi 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 9. Ajarkan etika batuk 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	risiko komplikasi. 2. Mengurangi risiko paparan patogen yang dapat menyebabkan infeksi. 3. Area edema rentan terhadap infeksi karena kelembapan yang tinggi, sehingga perawatan kulit yang baik membantu mengurangi risiko infeksi. 4. Mencuci tangan adalah langkah penting dalam mencegah penularan infeksi dari pasien atau lingkungan pasien ke staf medis atau pasien lainnya. 5. Mempertahankan teknik aseptik membantu mengurangi kemungkinan kontaminasi dan penyebaran infeksi. 6. Memberikan pemahaman kepada pasien tentang tanda dan gejala infeksi membantu mereka untuk mengidentifikasi kondisi lebih lanjut. 7. Edukasi tentang cara mencuci tangan yang benar membantu menjaga kebersihan dan mencegah penularan infeksi 8. Mempelajari etika batuk membantu mengurangi penyebaran droplet dan mengurangi risiko penularan
--	--	--	--	--

				9. Nutrisi yang cukup memperkuat sistem kekebalan tubuh sehingga meningkatkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi 10. Cairan yang cukup membantu menjaga kelembapan dan fungsionalitas membran mukosa serta memperlancar proses detoksifikasi tubuh
--	--	--	--	---

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dalam proses keperawatan, di mana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang lebih baik (Ridwan, 2024). Tujuan utama dari implementasi adalah mewujudkan tujuan asuhan keperawatan, mencegah komplikasi, mempertahankan daya tahan tubuh pasien, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, serta memfasilitasi pemulihan dan adaptasi pasien (Polopadang & Hidayah, 2019).

Pelaksanaannya harus dilakukan dengan persiapan matang (seperti alat dan kondisi pasien), komunikasi efektif dengan pasien agar memahami tindakan yang akan dijalankan, tindakan intervensi yang valid sesuai rencana, serta dokumentasi yang lengkap dan akurat. Ini mencakup tindakan mandiri, kolaboratif, maupun edukatif, dilaksanakan secara sistematis sesuai standar profesi dan kode etik keperawatan (Safitri, 2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelaksanaan implementasi meliputi kompetensi perawat, beban kerja, pemahaman terhadap dokumentasi, serta kerja sama tim lintas profesi keperawatan (Masri et al., 2023).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, yang dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana

rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Masri et al., 2023).

Menurut Iyer dan Camp, (2005) dalam Polopadang & Hidayah, (2019), evaluasi dilakukan untuk menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya yang terdiri dari:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (jika pasien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan).
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (jika pasien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan).
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan (jika pasien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan).

Menurut Rohmam dan Walid, (2012) dalam Ridwan, (2024), jenis-jenis evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Evaluasi Proses (Formatif)
 - a. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan
 - b. Berorientasi pada etiologi
 - c. Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi Hasil (Sumatif)

- a. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna
- b. Berorientasi pada masalah keperawatan
- c. Menjelaskan keberhasilan/ ketidakberhasilan
- d. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

2.4 Konsep Kompres Hangat

2.4.1 Pengertian Kompres Hangat

Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat, dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Hoesny et al., 2020).

2.4.2 Tujuan Kompres Hangat

Menurut Indah et al., (2021), tujuan terapi kompres hangat pada penderita gout arthritis yaitu:

1. Mengurangi skala nyeri

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat secara signifikan dapat menurunkan intensitas nyeri pada penderita gout arthritis.

2. Memberikan rasa nyaman dan relaksasi lokal

Kompres hangat membantu mengurangi ketegangan otot dan memberikan sensasi hangat yang menenangkan di area sendi yang sakit, sehingga meningkatkan rasa nyaman dan kualitas hidup penderita.

3. Memicu vasodilatasi dan meningkatkan perfusi lokal

Efek panas menyebabkan pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi), meningkatkan masuknya oksigen dan nutrisi ke sendi serta mempercepat pengeluaran zat sisa inflamasi, ini mendukung proses penyembuhan dan mereduksi rasa sakit.

2.4.3 Standar Operasional Prosedur

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Kompres Hangat

Pengertian	Pemberian kompres hangat yaitu melakukan stimulus kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/panas
Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, memberikan rasa nyaman, memicu vasodilatasi
Waktu	10-15 menit
Persiapan klien dan lingkungan	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas 2. Identifikasi tingkat nyeri pasien 3. Kaji kesiapan pasien dan perasaan pasien 4. Jelaskan langkah langkah prosedur 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar pasien
Peralatan	1. Sarung tangan bersih 2. Alat kompres hangat (buli-buli, kain atau handuk) 3. Air hangat 4. Alat penampung air hangat 5. Kain penutup kompres 6. Pena dan buku catatan kecil
Tahap orientasi	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk 2. Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapatkan 3. Periksa suhu alat kompres 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Pilih lokasi kompres 7. Balut alat kompres hangat dengan lain, jika perlu 8. Lakukan kompres hangat pada daerah yang sudah di pilih selama 10-15 menit 9. Hindari penggunaan kompres hangat pada jaringan yang terpapar terapi radiasi 10. Rapikan pasien dan alat alat yang digunakan 11. Lepaskan sarung tangan 12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
Terminasi	1. Observasi skala nyeri setelah di intervensi 2. Ucapkan salam
Dokumentasi	Dokumentasikan prosedur yang di lakukan dan respon pasien

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, (2021)

2.5 Analisis Jurnal/EBP

2.5.1 Hasil

Jurnal yang diperoleh berjumlah 5 jurnal dari google scholar. Hasil penelitian terdapat pada tabel dibawah ini yaitu:

Tabel 2.2 Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Gout Artthritis

No.	Nama Penulis, Tahun Terbit	Judul Penelitian	Population	Intervention	Comparator	Outcome	Time
1.	Ulfa Hasana, Asniati, Noviyanti 2022	Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Penyakit Gout Arthritis	Teknik pengambilan sampel adalah total sampling. Populasi seluruh lansia penderita asam urat di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru adalah 17 lansia.	Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain penelitian quast experiment dengan rancangan pre and post-test without control (kontrol diri sendiri).	hasil penelitian dapat dilihat bahwa sebelum dilakukan kompres hangat didapatkan skala nyeri sedang berjumlah 8 orang (47%) dan nyeri berat 9 orang (53%) dengan nilai 6,35 dengan standar deviasi 0,996. Nilai skala nyeri setelah di lakukan kompres hangat di dapatkan nyeri ringan berjumlah 3 orang (18%) dan nyeri sedang 14 orang (82%) dengan nilai 5,52 dengan standar deviasi 1,007.	Hasil penelitian dengan menggunakan uji statistik diperoleh nilai nilai = $0,000 < (0,05)$. Menunjukkan adanya pengaruh kompres hangat terhadap penurunan nyeri sendi pada lansia dengan penyakit Gout Athritis di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru.	Penelitian ini dilaksanakan pada 16 juli – 17 Juli 2021 di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru

2.	Sari Ananda Putri, Naziyah, Cholisa Suralaga 2023	Efektivitas Kompres Hangat Pada Lansia Terhadap Penurunan Nyeri Gout Arthritis Di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok	Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling technique. Jumlah populasi dalam penelitian ini 35 lansia penderita arthritis gout.	Penelitian ini menggunakan desain quasy-experiment pra dan pasca test.	Sebelum dilakukan kompres air hangat, skala nyeri responden adalah nyeri ringan sebanyak 3 orang (9,4%), nyeri sedang 11 orang (34,4%), dan nyeri berat sebanyak 18 orang standar deviasi 1,606. Setelah dilakukan kompres air hangat, beberapa responden melaporkan tidak mengalami nyeri pada 4 orang (12,5%), nyeri ringan pada 19 orang (59,4%), dan nyeri sedang pada 9 orang (28,1%) standar deviasi menjadi 1,322.	Hasil nilai Asymp Sign = 0,000 atau (p value 0,005) menunjukkan Ha diterima dan Ho ditolak, penelitian ini menunjukkan kompres hangat efektif menurunkan nyeri pada lansia penderita arthritis gout di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok	Penelitian ini dilaksanakan tanggal 24 Oktober 2022, di Posbindu Kemuning Baktijaya, Kecamatan Sukmajaya, Kota Depok.
3.	Eneng Aminah, Milla Evelianti Saputrib, TommyJF Wowor 2022	Efektivitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Gout	Sampel dalam penelitian ini menggunakan total sample dengan jumlah sample 44	Desain penelitian menggunakan Quasi Expeimental pre-test dan post test one grup design.	Menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi (pre test) mayoritas responden memiliki tingkat nyeri hebat 29 (65,9 %),	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada penurunan nyeri pada penderita gout	Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pulosari Kabupaten

		Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Pulosari Kabupaten Pandeglang Banten	responden.		Sedangkan sesudah diberikan intervensi atau (post test) mayoritas responden memiliki nyeri ringan 34 (77,3 %) responden.	arthritis sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat dengan nilai hasil Asymp Sign = 0,000 atau (p value <0,005) menyatakan bahwa Ha diterima dan Ho ditolak, berarti terdapat pengaruh atau efektif menurunkan nyeri pada penderita gout arthritis.	Pandeglang Banten pada bulan Desember – Januari.
4.	Fitriana Fatimatus Kolikhah, Siti Maryati, Siswanto 2022	Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Nyeri Sendi Pada Penderita Gout Arthritis Di Puskesmas Pajangan Bantul	Sampel pada penelitian ini adalah 1 orang responden	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus	hari pertama terjadi penurunan dari skala nyeri sedang skala nyeri 6 menjadi skala nyeri ringan yaitu skala nyeri 3, pada hari kedua terjadi penurunan dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 4 dan pada hari ke tiga terjadi penurunan skala nyeri dari skala nyeri 4 menjadi skala nyeri 3.	Hasi dari penelitian ini menunjukkan kompres hangat dapat menurunkan nyeri sendi akibat gout arthritis dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan.	Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 5 -7 april 2022

5.	Joice Mangngemba Andika Putri, Suprpto Suprpto, Darmi Arda, Maria Kurni Menga 2024	The effectiveness of warm water compresses in reducing gout pain	The sample of this study consisted of 2 patients	A qualitative study with a case study approach focused on the effectiveness of warm compresses to reduce gout pain	before the warm water compress therapy, Respondent 1 experienced a pain scale of 6 and Respondent 2 had a pain scale of 5. after being given warm water compress therapy; the pain scale felt by Respondent 1 was on the pain scale 4 and respondent 2 on the pain scale 3.	Results showed a decreased pain scale after being given warm water compress therapy in patients with gout or gout arthritis.	This research was conducted on 10 june 2024
----	--	--	--	--	--	--	---

2.5.2 Pembahasan

Gout arthritis merupakan peradangan pada sendi yang disebabkan oleh peningkatan kadar asam urat dalam darah, karena terganggunya metabolisme purin (hiperurisemia) dalam tubuh yang ditandai dengan nyeri sendi, sehingga dapat mengganggu aktifitas (Kolikah et al., 2022). Gout arthritis biasanya memanifestasikan dirinya sebagai monoarthritis kaki, ditandai dengan nyeri sendi yang parah pada banyak sendi. Orang yang menderita gout arthritis mengalami nyeri hebat yang semakin parah dan menjadi tak tertahankan disertai pembengkakan pada persendiannya, kulit kemerahan atau ungu pada lapisan luarnya, persendian yang panas dan nyeri saat digerakkan, serta benjolan yang dikenal dengan tophi (Zahroh & Faiza, 2020).

Mengontrol nyeri yang ditimbulkan dari penyakit ini yaitu dengan pengobatan non farmakologis, salah satunya yaitu dengan kompres hangat. Kompres merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan, dengan tujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Risal, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Hasana et al., (2022) tentang Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Penyakit Gout Arthritis, didapatkan hasil ada pengaruh kompres hangat terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan penyakit gout arthritis di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru. Menurut Ananda Putri et al., (2023) tentang Efektivitas Kompres Hangat pada Lansia terhadap Penurunan Nyeri Gout Arthritis di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok, didapatkan hasil menunjukkan kompres hangat efektif menurunkan nyeri pada penderita gout arthritis di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok. Penderita gout arthritis secara efektif dapat mengatasi rasa nyerinya dengan melakukan kompres hangat.

Kompres hangat adalah salah satu bentuk terapi sederhana yang sangat mudah dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Prosedurnya praktis, tidak memerlukan alat medis khusus, dan dapat dilakukan oleh siapa saja di rumah. Hanya dengan menyiapkan air hangat dan kain bersih seperti handuk kecil, seseorang sudah bisa membuat kompres hangat sendiri. Air cukup dipanaskan hingga hangat (sekitar 40–45°C), lalu kain dicelupkan, diperas, dan ditempelkan pada bagian tubuh yang terasa sakit, pegal, atau kaku selama 10–15 menit.

Selain mudah dilakukan, terapi ini juga tergolong aman dan memiliki efek menenangkan. Kompres hangat dapat membantu melemaskan otot, melancarkan sirkulasi darah, serta mengurangi nyeri ringan akibat aktivitas

harian (Kemenkes R.I., 2021). Hal ini dibuktikan bahwa adanya perubahan tingkat nyeri yaitu kompres hangat (Ananda Putri et al., 2023)

2.5.3 Kesimpulan dan Saran

Dari 5 jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa penerapan teknik non farmakologis dengan kompres hangat merupakan salah satu bentuk terapi sederhana yang efektif dan mudah diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Penggunaan kompres hangat memiliki berbagai manfaat fisiologis, seperti meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi ketegangan otot, serta memberikan efek relaksasi pada tubuh dan tentunya mengurangi skala nyeri. Terapi ini tidak memerlukan peralatan medis yang kompleks. Penelitian yang dilakukan oleh Kolikhah et al., (2022) menyatakan dapat digunakan sebagai bahan alternatif untuk pengobatan nonfarmakologi terhadap pasien dengan gout arthritis untuk menurunkan nyeri dengan memanfaatkan air hangat untuk pengobatan secara mandiri membantu dalam mengurangi rasa nyeri akibat gout arthritis.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

Waktu pengkajian : 28 April 2024/10.00 WIB

1. Identitas

a. Identitas Klien

Nama	: Tn.O
Tanggal lahir	: 01 Januari 1956
Umur	: 69 Tahun
Pendidikan	: SD
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Kp. Babakan Warga, Sukamanah, Pangalengan
Tanggal masuk RS	: 26 April 2025
No. CM	: 009176xx
No. kamar	: 18A
Diagnosa medis	: Gout Arthritis

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny.R
Tanggal lahir	: 24 Februari 1994
Umur	: 31 Tahun
Pendidikan	: SMA
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kp. Babakan Warga, Sukamanah, Pangalengan
Hubhngan dengan klien	: Anak

2. Keluhan Utama

Tn.O mengeluh nyeri lutut

3. Riwayat Kesehatan

a. Alasan pasien masuk rumah sakit

Tn. O mengatakan nyeri pada lututnya yang tidak kunjung reda ditambah terjadinya benjolan yang pecah disekitaran jari manis kaki kirinya. Kemudian klien memutuskan untuk melakukan pemeriksaan kesehatannya ke IGD RSUD Al-Ihsan pada tanggal 26 April 2025, setelah itu klien pindah ke ruangan rawat inap Khalid Bin Walid kamar 18 A.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 28 April 2025 pasien mengeluh nyeri pada kedua lututnya, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10), nyeri menjalar dari lutut sampai jari-jari kaki, nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul. Pasien juga mengeluh persendiannya terasa kaku dan terdapat ulkus pada jari manis kaki kirinya.

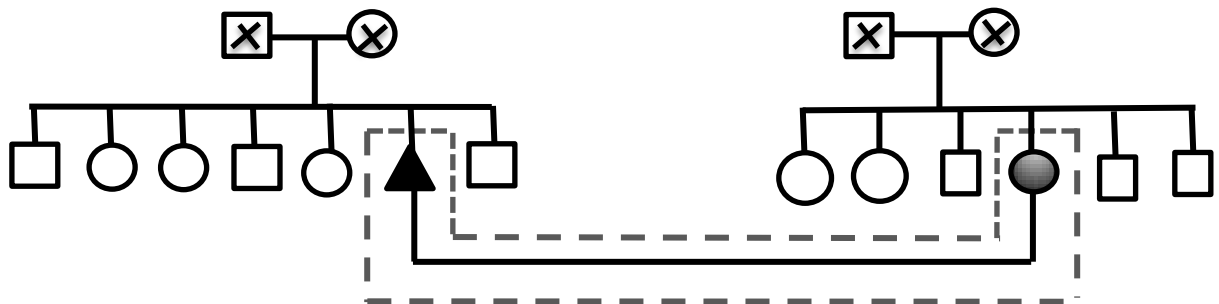
2) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asam urat sudah 2 tahun, pasien pernah dirawat dengan penyakit serupa selama 3 hari, pasien mengatakan nilai asam uratnya pernah mencapai 11 mg/dl, pasien tidak mengontrol makanan dan tidak rutin minum obat.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Ayah pasien memiliki penyakit serupa yaitu gout arthritis, tidak memiliki penyakit keturunan lainnya seperti Hipertensi, DM, Thalasemia, Asma ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan Hepatitis.

Genogram



Keterangan :

□	: Laki-laki	▲	: Klien/Pasien
○	: Perempuan	---	: Tinggal serumah
■	: Suami	┌	: Garis perkawinan
●	: Istri	└	: Garis keturunan
X	: Meninggal		

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : lemah, tampak meringis, gelisah

Tingkat kesadaran : √ Compos Mentis □ Apatis □ Somnolen □ Coma

GCS : E4M6 V5 (15)

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 19x/menit

SPO2 : 98%

BB awal : 58kg, BB sekarang : 57 kg

TB : 159cm

a. Sistem muskuloskeletal

Dalam pergerakan ekstremitas bawah tampak membatasi pergerakan yang terasa nyeri dan kaku, lutut terdapat kemerahan, terasa panas, sedikit bengkak. Terdapat benjolan topu pada kaki dan tangannya, tidak terdapat nyeri tekan, kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

b. Sistem integumen

Terdapat benjolan topu pada kaki dan tangannya, terdapat luka ulkus pada kaki kiri jari manisnya dengan panjang $\pm 2\text{cm}$, kondisi ulkus tampak kemerahan, tidak ada bau, tidak ada pus pada balutan, kulit tampak kering, warna kulit sawo matang, kondisi kulit disekitar pemasangan infus tidak ada hematoma, rambut tampak bersih warna hitam terdapat uban, turgor kulit < 2 detik, akral terasa hangat, S: $36,5^{\circ}\text{C}$.

c. Sistem pernapasan

Saat di inspeksi hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema. Saat di perkusi suara sonor di kedua lapang paru. Suara nafas vesikuler dan

tidak ada suara nafas tambahan. Tidak ada penggunaan alat bantu pernafasan. Respirasi : 19x/mnt, SPO2: 98%.

d. Sistem kardiovaskuler

Inspeksi dada simetris, tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat lesi, palpasi tidak terdapat benjolan, perkusi pada area jantung pekak, auskultasi bunyi jantung s1 (lub) s2 (dub) tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, irama jantung reguler. CRT < 3 detik.

e. Sistem persyarafan

1) Fungsi cerebral

Kesadaran : Composmentis GCS (E4M6V5)

2) Fungsi kranial

N I : Penciuman baik

N II : Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik

N III : Tidak terdapat edema pada kelopak mata, ptosis (-), celah mata sempit (-), dan bola mata tidak menonjol

N IV : Pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya positif, ukuran pupil 4 mm

N V : Wajah simetris, mulut simetris, kontraksi otot pengunyahan baik

N VI : Pasien dapat mengikuti arahan pergerakan bola mata dengan baik

N VII : Tn.O dapat menyebutkan rasa manis

N VIII : Pendengaran baik dan keseimbangan baik

N IX : Terdapat reflek muntah

N X : Reflek menelan baik

N XI : Tn.O tidak mengalami parase

N XII : Pergerakan lidah baik, dan ketika menjuluran lidah tidak terdapat parese

f. Sistem perkemihan

Saat dilakukan pengkajian, tidak terjadi poliuria, BAK warna kuning keruh, klien tidak menggunakan kateter urine, tidak terdapat penegangan kandung kemih, perkusi kandung kemih pekak.

g. Sistem gastrointestinal

Mulut simetris, mukosa bibir lembab, bentuk abdomen datar, bunyi peristaltic normal, bising usus 7 x/menit, tidak ada pembesaran hepar, tidak asites, perkusi terdengar suara timpani, terdapat peregang pada abdomen, Tn.O belum BAB selama di rawat di RS.

h. Sistem pengindraan

- 1) Mata : Mata simetris, konjungtiva anemis, pupil isokor, dirangsang dengan cahaya pupil miosis, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan baik, pergerakan bola mata baik.
- 2) Hidung : Hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman baik.
- 3) Telinga : Telinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, telinga bersih/tidak terdapat serumen, dan Tn.O mampu mendengar setiap perkataan pengkaji.

i. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran para tiroid.

j. Sistem imunitas

Klien tidak memiliki alergi obat-obatan, makanan, atau cuaca

k. Sistem reproduksi

Klien berjenis kelamin laki-laki

l. Sistem hematologi

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat perdarahan tidak ada, ptekie tidak ada, purpura tidak ada, mimisan tidak ada, perdarahan gusi tidak ada, tidak terdapat echimosis.

5. Aspek Psikologis

a. Status Nyeri

Tabel 3.1 Menurut skala intensitas numerik

NO.	INTENSITAS NYERI	DESKRIPSI
1	☐ Tidak Nyeri	Pasien mengatakan tidak merasa nyeri
2	☐ Nyeri Ringan	Pasien mengatakan sedikit nyeri atau ringan
3	☒ Nyeri Sedang	Pasien mengatakan nyeri sedang atau masih bisa ditahan, pasien nampak gelisah, pasien mampu sedikit berpartisipasi dalam perawatan
4	☐ Nyeri Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan atau berat, pasien sanga gelisah, fungsi mobilitas dan perilaku pasien berubah
5	☐ Nyeri Sangat Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak tertahankan atau sangat berat, perubahan ADL yang mencolok (ketergantungan), putus asa

b. Status emosi

Klien tampak mengerang karena merasakan rasa sakitnya, tingkah laku klien tampak bersikap protektif/waspada menghindari atau membatasi pergerakan. Suasana yang membahagiakan klien ketika berkumpul dengan keluarga. Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman ketika rasa nyeri dikakinya muncul karena terasa nyeri dan perih.

c. Gaya komunikasi

Klien tampak berhati-hati dalam bicara, pola komunikasi spontan, klien tidak menolak untuk diajak berkomunikasi, komunikasi jelas, klien tidak menggunakan bahasa isyarat.

d. Pola interaksi

Klien berespon pada pengkaji, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya, orang yang dekat dan dipercaya klien yaitu istrinya dan anaknya, klien tampak aktif saat berinteraksi, tipe kepribadian klien terbuka.

e. Pola pertahanan

Klien mengatakan ketika ada masalah sering mengungkapkan kepada istrinya.

f. Dampak di rawat di rumah sakit

Selama di rumah sakit klien lemah hanya terbaring di tempat tidur, klien merasa tidak berdaya.

6. Aspek Psikososial dan Spiritual

a. Data psikososial

1) Persepsi pasien tentang penyakit

Klien mengatakan penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT, dikarenakan tidak menjaga pola makannya klien hanya berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

2) Konsep diri

a) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya seorang suami, ayah dan kakek dalam keluarganya.

b) Harga diri

Klien mengatakan merasa lemah melakukan apapun.

c) Peran diri

Klien mengatakan berperan sebagai seorang suami, ayah dan kakek

d) Ideal diri

Klien merasa khawatir dengan kondisinya berharap kondisinya bisa segera pulih kembali sehat dan beraktivitas seperti biasa.

e) Hubungan/komunikasi

Klien mengatakan mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, klien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

b. Data spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam, dan meyakini akan norma yang dianutnya.

2) Kegiatan ibadah

Sebelum di rawat di rumah sakit klien melaksanakan shalat 5 waktu dan melaksanakan kegiatan agama lainnya seperti biasa, namun saat dirawat klien hanya mampu shalat di bed dan berdo'a untuk kesembuhannya.

7. Aktivitas sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

a. Pola makan dan minum

Tabel 3.2 Pola Makan dan Minum

No.	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola makan Keb. Kalori Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Makanan disukai Kesulitan menelan Gigi palsu Nafsu makan Usaha mengatasi masalah	2.407 Kkal Nasi putih, lauk, pauk 1 porsi 2-3x/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Baik Tidak ada	1.778 Kkal Nasi tim/bubur ½ porsi 3x/hari Makanan tinggi purin Tidak ada Tidak ada Tidak ada Kurang Sedikit-sedikit
2	Pola minum Jenis Frekuensi Jumlah Kebutuhan cairan Jumlah tetesan Pantangan Minuman disukai Usaha mengatasi masalah	Air putih, kopi ±6-7 gelas/hari 250 ml/gelas Tidak ada Tidak ada Kopi Tidak ada	Air putih ±6-7 gelas/hari 250 ml/gelas 2.240 ml Infus RI 1500cc/hari 20 tpm Tidak ada Tidak ada Tidak ada

$$\text{IMT} = \frac{57}{(1,59)^2} = 22,8 \text{ (Ideal)}$$

#Kebutuhan kalori sehat

$$1\text{kal} \times 57 \times 24 \text{ jam} = 1.368 \text{ Kkal}$$

$$1,76 \times 1.368 = 2.407 \text{ Kkal}$$

Kebutuhan kalori sakit

$$1,30 \times 1.368 = 1.778 \text{ Kkal}$$

#Kebutuhan cairan

$$10 \text{ kg} = 1.000 \text{ ml}$$

$$10 \text{ kg} = 500 \text{ ml}$$

$$20 \text{ ml} \times 37 \text{ kg} = 740 \text{ ml} + 1.000 \text{ ml} + 500 \text{ ml} = 2.240 \text{ ml}$$

b. Pola eliminasi

Tabel 3.3 Pola Eliminasi

No.	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1	BAB Frekuensi Warna Masalah Berat jenis feses Cara mengatasi masalah	1 / 2 hari sekali Kuning kecoklatan Tidak ada Klien tidak tahu Tidak ada	Belum BAB
2	BAK Frekuensi Jumlah output Warna Masalah Cara mengatasi masalah	± 5-6x/ hari Klien tidak tahu Kuning jernih Tidak ada Tidak ada	±5x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Tidak ada Tidak ada

c. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Jenis	Sehat					Selama dirawat				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	Mandi	√							√		
2	Berpakaian	√							√		
3	Eliminasi	√					√				
4	Mobilisasi tempat tidur	√					√				
5	Berpindah	√							√		
6	Berjalan	√							√		
7	Berbelanja			√							
8	Memasak			√							

9	Naik tangga	√									
10	Pemeliharaan rumah	√									

Keterangan: 0 = mandiri

1 = alat bantu

2 = dibantu orang lain

3 = dibantu orang lain-alat

4 = tergantung/tidak mampu

d. Pola istirahat tidur

Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur

No.	Jenis	Sehat	Selama dirawat
1	Tidur siang Lama tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 1jam Tidak ada Terasa cape habis kerja Suara bising	± 3 jam Tidak ada Merasa bosan Nyeri muncul/ suara bising
2	Tidur malam Lama tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 6-7 jam Tidak ada kecapean tidak ada	± 5-6 jam Tidak ada Tidak ada Nyeri muncul/ suara bising

e. Personal hygiene

Tabel 3.6 Pola Hygiene

No.	Jenis	Sehat	Selama dirawat
1	Mandi	Klien mandi 2x/hari dan melakukannya mandiri tanpa bantuan.	Klien mandi 1x/hari dengan cara di washlap dan dilakukan dengan bantuan istri atau anaknya.
2	Gosok gigi	Klien gosok gigi 2x/hari dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien gosok gigi 1x/hari dan dibantu untuk membersihkan mulutnya oleh keluarga.
3	Keramas	Klien keramas 2 hari sekali dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien selama dirawat belum di keramas, hanya dibantu untuk merapihkan rambutnya saja.
4	Aktivitas	Klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai seorang petani.	Klien hanya terbaring di tempat tidur dan meminimalkan aktivitas yang membuat nyeri muncul.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 28 April 2025

Tabel 3.7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai normal	unit
	Darah Rutin			
1.	Hemoglobin	11.2	P: 12-16, L: 13-18	g/dL
2.	Leukosit	6.340	3.800-10.600	sel/uL
3.	Eritrosit	3.82	4,5-6,5	jt/L
4.	Hematokrit	31.0	40-52	%
5.	Trombosit	202.000	150.000-440.000	sel/uL
6.	MCV	81.0	80-100	pg
7.	KIA	27.7	26-34	%
8.	MCHC	34.2	32-36	%
9.	RDW-CV	13.5	11,5-14,5	fL
10.	RDW-SD	56.6		
11.	Gula darah sewaktu	180	70-200	mg/dL

b. Pemeriksaan radiologi

Tanggal pemeriksaan: 26 April 2025

Thorax AP (X-ray non kontras)

- kardiomegali tanpa bendungan paru

- pulmo tidak tampak kelainan

Pedis AP dan Lateral SIN

- Arthritis Gout MTP 1 Sinistra

9. Terapi Medis

Tabel 3.8 Terapi Medis

No.	Nama obat	Jenis golongan obat	Cara pemberian	Frekuensi pemberian				Dosis obat	Indikasi	kontraindikasi
				Waktu (jam)						
1	Ceftriaxone	Antibiotik	IV	05.00		16.00		2x1gr	Mengobati infeksi bakteri	Bengkak, nyeri, mual muntah, sakit perut, pusing
2	Katerolac	Analgetik	IV	05.00		16.00		2x30mg	Meredakan nyeri	Pusing, mual, sakit kepala, iritasi lambung, perdarahan

3	Omeprazole	Inhibitor pompa proton	IV	05.00			1x40mg	Mengatasi asam lambung berlebih	Sakit kepala, perut kembung, mual muntah, diare, sembelit
4	RL	Elektrolit	IV	24 Jam			1500ml	Infus terapi	Pembekakan pada kaki, mulut kering, demam

10. Analisa Data

Tabel 3.9 Analisa Data

No.	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - klien mengluh nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul. DO: - klien tampak meringis - klien tampak gelisah - bersikap protektif menghindari nyeri - klien tampak membatasi pergerakannya - klien tampak hanya tertidur tidak banyak bergerak - lutut terdapat kemerahan, terasa panas, sedikit bengkak - TTV - TD : 110/80 mmHg - N : 89 x/menit - S : 36,5°C - R : 19x/menit - SPO2: 98% - Hasil radiologi: pedis AP dan lateral SIN - Arthritis gout MTP 1 sinistra	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Peningkatan tekanan pada jaringan ↓ Vasodilatasi kapiler ↓ Menaikkan reseptor nyeri ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2	DS: Klien mengatakan luka	Gout arthritis ↓	Gangguan Integritas Jaringan

	ulkus pada jari manis kaki kirinya disebabkan oleh benjolan yang pecah DO: - Terdapat beberapa benjolan dan luka ulkus dengan panjang ± 2cm pada jari manis kaki kiri klien - Terdapat kemerahan - Luka tidak berbau - Tidak ada pus	Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Pecahnya tofus ↓ Gangguan Integritas Jaringan	(D.0129)				
3	DS: - Klien mengatakan kedua lututnya terasa kaku - Mengeluh nyeri saat digerakan DO: - Rentang gerak terbatas - Sendi terlihat kaku - Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan penonjolan sendi ↓ Pembentukan tukak pada sendi ↓ Tofus tofus mengering ↓ Pergerakan sendi mengering ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan Mobilis Fisik	Gangguan Mobilis Fisik (D.0054)
5	5						
5	5						
4	DS: - Klien mengatakan terdapat luka ulkus pada jari manis kaki kirinya DO: - Terdapat luka ulkus pada jari manis kaki kirinya dengan panjang ± 2cm - Luka terbalut dengan kassa	Gout arthritis ↓ Penimbunan asam urat ↓ Terbentuknya thopus fibrosis, akilosis pada tulang ↓ Pembesarann dan	Risiko Infeksi				

		menonjol sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Pecahnya tofus ↓ Gangguan integritas jaringan ↓ Risiko Infeksi	
--	--	---	--

3.1.2. Standar Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan:

DS:

- klien mengeluh nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul.

DO:

- klien tampak meringis
- klien tampak gelisah
- bersikap protektif menghindari nyeri
- klien tampak membatasi pergerakannya
- klien tampak hanya tertidur tidak banyak bergerak
- Lutut terdapat kemerahan, terasa panas, sedikit bengkak
- TTV

TD : 110/80 mmHg

N : 89 x/menit

S : 36,5°C

R : 19x/menit

SPO2: 98%

- Hasil radiologi: pedis AP dan lateral SIN

Arthritis gout MTP 1 sinistra

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (ulkus) dibuktikan dengan:

DS:

- Klien mengatakan luka ulkus pada jari manis kaki kirinya disebabkan oleh benjolan yang pecah

DO:

- Terdapat beberapa benjolan dan luka ulkus dengan panjang ±2cm pada jari manis kaki kiri klien
- Terdapat kemerahan
- Luka tidak berbau
- Tidak ada pus

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dibuktikan dengan:

DS:

- Klien mengatakan kedua lututnya terasa kaku
- Mengeluh nyeri saat digerakan

DO:

- Rentang gerak terbatas

- Sendi terlihat kaku
- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya
- Kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

4. Risiko Infeksi dibuktikan dengan:

DS:

- Klien mengatakan terdapat luka ulkus pada jari manis kaki kirinya

DO:

- Terdapat luka ulkus pada jari manis kaki kirinya dengan panjang ± 2cm
- Luka terbalut dengan kassa

3.1.3. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.10 Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri kronis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1 Keluhan nyeri menurun 2 Meringis menurun 3 Sikap protektif menurun 4 Gelisah menurun 5 Kesulitan tidur menurun 6 Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2 Identifikasi skala nyeri 3 Identifikasi respon nyeri non verbal 4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 8 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	1. Informasi ini penting untuk memahami jenis nyeri yang dialami pasien dan menentukan rencana perawatan yang tepat. 2. Menggunakan skala nyeri membantu dalam mengukur dan memonitor tingkat nyeri pasien sehingga penanganan dapat disesuaikan dengan efektif. 3. Beberapa pasien mungkin tidak dapat mengkomunikasikan nyeri secara verbal, sehingga penting untuk mengidentifikasi tanda-tanda non verbal dari nyeri. 4. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri membantu dalam mengelola nyeri secara lebih efektif. 5. Memahami dampak nyeri pada kualitas hidup membantu dalam mengevaluasi efektivitas strategi pengelolaan nyeri. 6. Memantau efektivitas terapi

			9 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10 Fasilitasi istirahat dan tidur 11 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 12 Jelaskan strategi meredakan nyeri 13 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 14 Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 15 Kolaborasi pemberian analgetik (obat katekolac inj 2x30mg melalui IV).	komplementer membantu dalam mengevaluasi apakah perubahan atau penyesuaian perlu dilakukan dalam rencana perawatan. 7. Penting untuk memantau efek samping dari penggunaan analgetik guna mengurangi risiko komplikasi dan memastikan keamanan pasien. 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri: Teknik nonfarmakologis seperti kompres hangat dapat membantu mengurangi nyeri dengan efektif tanpa risiko efek samping obat. 9. Faktor lingkungan seperti suhu, pencahayaan, dan kebisingan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, oleh karena itu mengontrol lingkungan dapat membantu mengurangi nyeri. 10. Istirahat dan tidur yang cukup dapat membantu mengurangi sensitivitas terhadap nyeri dan mempercepat proses penyembuhan. 11. Memahami sumber dan jenis nyeri membantu dalam memilih strategi pengelolaan nyeri yang paling efektif 12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri: Memberikan pemahaman kepada pasien tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri membantu mereka untuk mengatasi
--	--	--	--	---

				nyeri secara lebih efektif. 13. Pemberian analgetik diperlukan dalam kasus nyeri yang tidak dapat dikontrol dengan strategi nonfarmakologis atau memerlukan bantuan obat-obatan pengurang nyeri tambahan.
2.	Gangguan integritas jaringan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 12. Anjurkan mengkonsumsi makanan	1. Memantau drainase, warna, ukuran, dan bau luka penting untuk mengetahui perkembangan luka dan mendeteksi kemungkinan infeksi. 2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau demam dapat membantu dalam deteksi dini dan penanganan infeksi. 3. Proses pelepasan yang perlahan dapat mengurangi risiko trauma tambahan pada luka. 4. Memastikan area luka bebas dari rambut dapat mencegah kontaminasi dan mempermudah perawatan. 5. Membersihkan luka dengan larutan NaCl atau pembersih nontoksik membantu mengurangi risiko infeksi. 6. Bersihkan jaringan nekrotik: Menghilangkan jaringan nekrotik mempromosikan penyembuhan luka yang optimal. 7. Membantu mengurangi risiko infeksi, merangsang pertumbuhan jaringan baru, dan mempercepat

			tinggi kalori dan protein 13. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian antibiotik (obat ceftriaxone inj 2x1gr melalui IV)	proses penyembuhan secara keseluruhan. 8. Jenis balutan yang tepat sesuai dengan karakteristik luka membantu mendukung proses penyembuhan. 9. Menjaga kebersihan dan sterilitas selama perawatan luka dapat mencegah infeksi. 10. Penggantian balutan secara teratur membantu menjaga kebersihan luka dan meminimalkan risiko infeksi. 11. Memberikan pemahaman kepada pasien tentang tanda-tanda infeksi membantu mereka untuk mengidentifikasi kondisi yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut 12. Edukasi tentang pentingnya nutrisi yang adekuat dalam penyembuhan luka membantu pasien untuk mempercepat proses penyembuhan. 13. Memberikan pengetahuan kepada pasien tentang bagaimana melakukan perawatan luka secara mandiri dapat meningkatkan kemandirian dan mengurangi risiko infeksi. 14. Ceftriaxone adalah antibiotik yang sering digunakan untuk mengobati infeksi bakteri yang serius atau berat.
--	--	--	--	---

3.	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 8. Anjurkan melakukan ambulasi dini 9. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui nyeri dan sejauh mana pasien dapat bergerak 3. Untuk mengetahui kondisi umum pasien 4. Untuk memfasilitasi memfasilitasi fisik pasien 5. Agar keluarga mengetahui tentang peningka peningkatan ambulasi 6. Untuk mengetahui tujuan ambulasi 7. Untuk mencegah terjadinya masalah pada pasien 8. Agar keluarga dan pasien tahu cara ambulasi 9. Supaya pasien bisa melakukan ambulasi sederhana
4.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 7. Demam menurun 8. Kemerahan menurun 9. Nyeri menurun 10. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 12. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 13. Batasi jumlah pengunjung 14. Berikan perawatan kulit pada area edema	11. Membantu dalam deteksi dini dan penanganan infeksi secara cepat sehingga mengurangi risiko komplikasi. 12. Mengurangi risiko paparan patogen yang dapat menyebabkan infeksi. 13. Area edema rentan terhadap infeksi karena kelembapan yang tinggi,

		11. Kadar sel darah putih 12. membaik	15. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 16. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 17. Anjurkan balutan luka tetap kering jangan sampai basah Edukasi 18. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 19. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 20. Ajarkan etika batuk 21. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 22. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	sehingga perawatan kulit yang baik membantu mengurangi risiko infeksi. 14. Mencuci tangan adalah langkah penting dalam mencegah penularan infeksi dari pasien atau lingkungan pasien ke staf medis atau pasien lainnya. 15. Mempertahankan teknik aseptik membantu mengurangi kemungkinan kontaminasi dan penyebaran infeksi. 16. Memberikan pemahaman kepada pasien tentang tanda dan gejala infeksi membantu mereka untuk mengidentifikasi kondisi lebih lanjut. 17. Edukasi tentang cara mencuci tangan yang benar membantu menjaga kebersihan dan mencegah penularan infeksi 18. Mempelajari etika batuk membantu mengurangi penyebaran droplet dan mengurangi risiko penularan 19. Nutrisi yang cukup memperkuat sistem kekebalan tubuh sehingga meningkatkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi 20. Cairan yang cukup membantu menjaga kelembapan dan fungsionalitas membran mukosa serta memperlancar proses detoksifikasi tubuh
--	--	--	---	---

3.1.4. Implementasi Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Nama pasien : Tn.O Ruangan : Khalid Bin Walid/Bed 18A
No. RM : 009176xx Nama Mahasiswa : Kartika Amelia Sari

Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan dan Catatan Perkembangan

No.	Hari/Tanggal	Dx	Jam	Implementasi Keperawatan	Jam	Evaluasi Formatif	Paraf
1.	Senin 28 April 2025	1	07.30	1. Memonitor TTV H/ TD: 110/80 mmHg, N: 89 x/m, S: 36,5°C, R: 19x/m, SPO2: 98%	14.00	S: klien mengeluhkan nyeri pada kedua lututnya. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala 4 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak, namun berkurang saat tidak bergerak. Durasi nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: - Tampak tenang sesudah diberikan kompres hangat - tampak bersikap protektif/ waspada menghindari nyeri serta tampak membatasi pergerakan - obat inj katerolac 30mg sudah diberikan - Tanda-tanda vital: TD: 110/80 mmHg, N: 89 x/m, S: 36,5°C, R: 19x/m, SPO2: 98%	Kartika
			10.00	2. Mengidentifikasi nyeri (skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri) H/ klien mengluh nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul, klien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif menghindari nyeri serta tampak membatasi pergerakannya.			
			10.05	3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup H/ klien tampak hanya tertidur tidak banyak bergerak			
			10.10	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan kompres			

			05.00	hangat H/ klien tampak tenang sesudah diberikan kompres hangat, Skala nyeri lumayan menurun 4 (0-10) 5. Memberikan obat inj ketorolac 30 mg H/ Obat katerolac inj sudah diberikan melalui IV.		A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi keperawatan	
			10.20	6. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri H/ klien di tunggu oleh istrinya atau anaknya			
			10.25	7. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H/ klien dapat menyebutkan penyebab nyeri			
			10.30	8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri H/ Klien dapat menyebutkan strategi untuk meredakan			
			10.33	9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri H/ klien mengatakan akan memonitor nyeri secara mandiri			
			10.37	10. Mengajarkan teknik non- farmakologis untuk mengurangi nyeri H/ keluarga dan klien memperhatikan dan dapat melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan kompres hangat yang dibantu oleh keluarganya			
		2	11.00	1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	14.00	S: Klien mengatakan sudah 3 hari	Kartika

			11.05 H/ Tidak ada jaringan kulit yang ketarik 2. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) H/ Tampak luka terbuka dengan panjang ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan, darah (-), bau (-), pus (-). 11.07 3. Memonitor tanda-tanda infeksi H/ Area tepi luka tampak sedikit kemerahana, bengkak (-), nyeri (+), purulent (-). 11.10 4. Memantau pertumbuhan rambut pada area luka H/ tidak ada pertumbuhan rambut pada area luka 11.13 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan H/ klien tampak meringis kesakitan ketika kassa yang tercampur NaCl di bilaskan ke area luka 11.20 6. Memasang balutan sesuai jenis luka H/ Balutan terpasang dengan menggunakan kassa 7. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka H/ mencuci tangan dan mengganti handscoon dilakukan ketika melakukan perawatan luka steril 11.15 8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi H/ klien dapat menyebutkan tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, gatal-gatal, nyeri, bengkak, dan panas.	terdapat luka terbuka O: - Terdapat luka jari kelingking kaki kiri - Tampak luka dengan luas luka ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan tidak terdapat jaringan mati - bengkak(-), Nyeri (+), purulent (-) - balutan perban sudah di ganti - obat ceftriaxone inj 1 gram sudah diberikan melalui IV A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi keperawatan.	
--	--	--	--	--	--

			11.18	9. Mengajukan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein H/ klien mengatakan hanya makan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dengan makanan yang dihabiskan sedikit.			
			05.00	10. Memberikan obat ceftriaxone inj 1 gram H/ obat ceftriaxone inj 1 gram sudah diberikan melalui IV			
	3	12.30		1. Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya H/ klien mengatakan nyeri pada kedua lutut	14.00	S: Klien mengatakan masih takut ketika banyak bergerak O:	Kartika
		12.33		2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi H/ klien mengatakan takut ketika banyak bergerak		- Kesadaran CM E4M6V5 - Tampak klien membatasi pergerakan - Klien dibantu oleh keluarganya melakukan ambulasi	
		12.35		3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi H/ kesadaran composmetis		A:	
		12.38		4. Fasilitasi aktivitas melakukan ambulasi dengan alat bantu H/ klien tidak menggunakan alat bantu		Masalah teratasi sebagian P:	
		12.40		5. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan ambulasi H/ keluarga tampak membantu klien ketika melakukan ambulasi		Lanjutkan intervensi keperawatan	
		12.45		6. Jelaskan tujuan dan prosedur melakukan ambulasi H/ klien dan keluarga mengatakan mengerti mengenai ambulasi			

			12.48	7. Mengajukan dan mengajarkan melakukan ambulasi dini H/ klien masih dibantu berjalan ketika ke kamar mandi			
		4	12.50	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik H/ tidak terdapat tanda-tanda infeksi	14.00	S : Klien mengatakan masih nyeri pada lukanya O :	Kartika
			12.55	2. Batasi jumlah pengunjung H/ klien hanya ditemani oleh istri atau anaknya		- Terdapat luka ulkus di jari manis kaki kiri - Terpasang infus RL 20 tpm - Tidak terdapat tanda-tanda Infeksi - S : 36,5°C	
			13.00	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien H/ klien dan keluarga dapat melakukan cuci tangan 6 langkah		A :	
			13.30	4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi H/ klien menjaga balutan tetap rapih dan tidak terkena air		Masalah teratasi sebagian P :	
			13.40	5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi H/ klien dan keluarga memahami tentang 5 tanda infeksi		Lanjutkan intervensi keperawatan	
			13.43	6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar H/ klien dan keluarga dapat melakukan cuci tangan 6 langkah			
			13.45	7. Mengajarkan etika batuk H/ klien dan keluarga memahami etika batuk			
			13.47	8. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi H/ keluarga membantu memberikan			

			13.50	makanan tinggi protein 9. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan H/ klien mengatakan dalam 1 hari menghabiskan $\pm 6-7$ gelas/hari 250 ml/gelas			
2.	Selasa 29 April 2025	1	14.20 14.30 14.35 14.40	1. Memonitor TTV H/ TD: 121/71 mmHg, N: 84 x/m, S: 36,3°C, R: 20x/m, SPO2: 99% 2. Mengidentifikasi nyeri (skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri) H/ klien mengluh masih nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 4 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul, klien tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri serta tampak membatasi pergerakannya. 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup H/ klien masih tampak hanya tertidur tidak banyak bergerak 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan kompres hangat H/ Skala nyeri lumayan menurun 3 (0-10) 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	20.00	S: klien mengatakan nyeri berkurang pada kedua lututnya. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala 3 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak, namun berkurang saat tidak bergerak. Durasi nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: - Tampak tenang sesudah diberikan kompres hangat - tampak bersikap protektif/ waspada menghindari nyeri serta tampak membatasi pergerakan - Tanda-tanda vital: H/ TD: 121/71 mmHg, N: 84 x/m, S: 36,3°C, R: 20x/m, SPO2: 99% A: Masalah teratasi sebagian P:	Kartika

			14.50	H/ klien di tunggu oleh istrinya atau anaknya		Lanjutkan intervensi keperawatan	
			14.55	6. Mengajarkan teknik non- farmakologis untuk mengurangi nyeri H/ Klien dapat melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan kompres hangat yang dibantu oleh keluarganya.			
			16.00	7. Memberikan obat inj katerolac 30mg H/ obat inj katerolac diberikan melakui IV			
		2	15.00	1. membuka balutan dan plester secara perlahan H/ Tidak ada jaringan kulit yang ketarik	20.00	S: Klien mengatakan sudah 4 hari terdapat luka terbuka	Kartika
			15.03	2. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) H/ Tampak luka terbuka dengan panjang ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan , darah (-), bau (-), pus (-).		O: - Terdapat luka jari kelingking kaki kiri - Tampak luka dengan luas luka ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan tidak terdapat jaringan mati	
			15.15	3. Memonitor tanda-tanda infeksi H/ Area tepi luka tampak sedikit kemerahana, bengkak (-), nyeri (+), purulent (-).		- bengkak(-), Nyeri (+), purulent (-)	
			15.20	4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi H/ klien dapat menyebutkan tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, gatal-gatal, nyeri, bengkak, dan panas.		A: Masalah teratasi sebagian	
			16.00	5. Memberikan obat ceftriaxone inj 1 gram H/ obat ceftriaxone inj 1 gram diberikan melalui IV		P: Lanjutkan intervensi keperawatan	

		3	15.25	1. Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya H/ klien mengatakan masih nyeri pada kedua lututnya	20.00	S: Klien mengatakan masih takut ketika banyak bergerak O: - Kesadaran CM E4M6V5 - Tampak klien membatasi pergerakan - Klien dibantu oleh keluarganya melakukan ambulasi A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi keperawatan	Kartika
			15.28	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi H/ klien mengatakan masih takut ketika banyak bergerak			
			15.30	3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi H/ kesadaran composmetis			
			15.35	4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan ambulasi H/ keluarga tampak membantu klien ketika melakukan ambulasi			
			15.40	5. Mengajukan dan mengajarkan melakukan ambulasi dini H/ klien masih dibantu berjalan ketika ke kamar mandi			
		4	15.50	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik H/ tidak terdapat tanda-tanda infeksi	20.00	S : Klien mengatakan masih nyeri pada lukanya O : - Terdapat ulkus di jari manis kaki kiri - Terpasang infus RL 20 tpm - Tidak terdapat tanda-tanda Infeksi - S : 36,3°C A : Masalah teratasi sebagian	Kartika
			15.55	2. Batasi jumlah pengunjung H/ klien hanya ditemani oleh istri atau anaknya			
			16.00	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien H/ klien dan keluarga dapat melakukan cuci tangan 6 langkah			
			16.05	4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien			

			berisiko tinggi H/ klien menjaga balutan tetap rapih dan tidak terkena air 16.10 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi H/ klien dan keluarga memahami tentang 5 tanda infeksi 16.15 6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar H/ klien dan keluarga dapat melakukan cuci tangan 6 langkah 16.20 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi H/ keluarga membantu memberikan makanan tinggi protein 16.25 8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan H/ klien mengatakan dalam 1 hari menghabiskan $\pm$6-7 gelas/hari 250 ml/gelas		P : Lanjutkan intervensi keperawatan	
--	--	--	--	--	--	--

3.1.5. Evaluasi Keperawatan

No.	Waktu & Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	paraf
1.	Rabu 30 April 2025	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis	S: klien mengatakan nyeri berkurang pada kedua lututnya dengan skala 1 (0-10). Durasi nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: - Tampak tenang sesudah diberikan kompres hangat - Klien bisa menggerakkan kakinya tanpa takut nyerinya muncul - Tanda-tanda vital: H/ TD: 117/79 mmHg, N: 88 x/m, S: 36,7°C, R: 19x/m, SPO2: 99% A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi (klien pulang)	Kartika
	Rabu 30 April 2025	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (ulkus)	S: Klien mengatakan sudah 5 hari terdapat luka terbuka O: - Terdapat luka jari kelingking kaki kiri - Tampak luka dengan luas luka ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan tidak terdapat jaringan mati - bengkak(-), Nyeri (+), purulent (-) - balutan perban sudah di ganti A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi (klien pulang)	Kartika
	Rabu 30 April 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi	S: Klien mengatakan nyeri berkurang dan dapat melakukan	Kartika

			ambulasi secara mandiri O: - Kesadaran CM E4M6V5 - Klien tidak membatasi pergerakan - Klien dapat melakukan ambulasi secara mandiri A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi (klien pulang)	
	Rabu 30 April 2025	Risiko infeksi dibuktikan dengan terdapat luka ulkus	S : Klien mengatakan masih nyeri pada lukanya O : - Terdapat ulkus di jari manis kaki kiri - Terpasang infus RL 20 tpm - Tidak terdapat tanda-tanda Infeksi - S : 36,7°C A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (klien pulang)	Kartika

3.2 Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.O di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat selama 3 hari dari tanggal 28-30 April 2025. Kemudian melakukan perbandingan antara teori, jurnal yang didapat, dengan kenyataan di lapangan yang berhubungan dengan kasus Gout Arthritis. Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan serta menemukan beberapa faktor pendukung dan penghambat selama pemberian asuhan keperawatan pasien Gout Arthritis.

Selama di lapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn.O karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut:

3.2.1. Pengkajian Data dan Analisa Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan baik saat klien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama klien dirawat di rumah sakit (Erdian & Marsinova, 2025). Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 April 2025 di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat, pada klien Tn.O yang berdomisili kp. Babakan warga, berusia 69 tahun dengan diagnosa medis Gout Arthritis. Hal ini bermula ketika klien merasa nyeri pada lututnya yang tidak kunjung reda ditambah terjadinya benjolan yang pecah disekitaran jari manis kaki kirinya, lalu keluarga membawa

klien ke RS dengan diagnosa gout arthritis. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2025, klien mengeluhkan nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul. Pasien juga mengeluh persendiannya terasa kaku. Pada teori yang tercantum dalam (Azwar, 2020), manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dialami oleh klien adalah nyeri kaku pada beberapa sendi serta dapat terbentuknya thofu.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori menurut Azwar (2020), yaitu diantaranya klien mengalami nyeri disekitar sendi kaki yang terasa kaku saat digerakan. Gejala ini timbul akibat *hiperuresemia* atau meningkatnya kadar asam urat dalam darah.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gout arthritis terdapat 6 diagnosis keperawatan, tetapi yang penulis tegakkan pada kasus Tn.O ada 4 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu:, nyeri kronis, Gangguan integritas kulit dan jaringan, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Diagnosa-diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, dan pada kasus Tn.O berada pada gout arthritis karena ditemukanya data seperti nyeri pada lutut saat digerakan yang terasa kaku, dan terdapat luka ulkus akibat thofu yang pecah.

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 28 April 2025 didapatkan data masalah keperawatan pada kasus gout arthritis Tn.O yaitu:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada kedua lututnya. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10). Nyeri bertambah ketika bergerak namun berkurang saat tidak bergerak, durasi nyeri hilang timbul. Pasien tampak meringis dan kesakitan.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa nyeri kronis terdapat pada data klien mengeluh nyeri pada lututnya, tampak meringis, waspada dan sikap gelisah, serta terbatas melakukan aktivitas. Nyeri berlangsung lebih dari 3 bulan, terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa nyeri kronis diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data terdapat luka ulkus pada jari manis kaki kirinya yang terbalut kasa.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa gangguan integritas jaringan terdapat pada data adanya kerusakan jaringan/ kulit, terdapat nyeri, kemerahan terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa gangguan integritas jaringan diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data Klien mengatakan persendiannya terasa kaku dan takut untuk bergerak karena nyeri, Tampak klien tidak banyak bergerak dan Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik terdapat pada data adanya rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

4. Risiko Infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan pasien memasuki hari ketiga luka dengan kondisi luka terbuka, luka tertutup oleh kassa dan ada nyeri.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa risiko infeksi terdapat faktor risiko yaitu ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer karna terdapat kerusakan integritas kulit yang menandakan jika tidak diwaspadai akan menjadikan infeksi pada luka meningkat. dari hasil data yang ada menunjukkan untuk menegakkan diagnosa risiko infeksi diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien. Dimana diagnosa

ini berfungsi sebagai pengontrol dari tingkat keberhasilan dalam perawatan luka.

Ada beberapa Diagnosa Keperawatan yang muncul di pasien gout arthritis tetapi tidak ditegakan pada kasus Tn.O yaitu sebagai berikut:

1. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan erubahan struktur/bentuk tubuh

Penulis tidak mengangkat diagnosis Gangguan citra tubuh karena tidak didukung dengan hasil pengkajian yang didapatkan seperti adanya Mengungkapkan kekacauan/ kehilangan bagian tubuh dan Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang. Gangguan citra tubuh didefinisikan sebagai perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu (SDKI, 2017).

2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Penulis tidak mengangkat diagnosis hipertermi karena tidak didukung dengan hasil pengkajian yang didapatkan seperti suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kulit terasa hangat, kejang, takikardi dan takipnea (SDKI, 2017).

3.2.3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakana oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan

setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Berdasarkan dengan diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis. Maka intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi manajemen nyeri (SIKI, 2018). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan pada klien dengan nyeri kronis adalah luaran utama. Luaran utama yaitu tingkat nyeri dengan kriteria hasil meliputi meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik (SLKI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama. Intervensi utama klien dengan manajemen nyeri yaitu penyebab, periode, dan pemicu nyeri, strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, menggunakan analgesik secara tepat, teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (SIKI, 2018). Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan non farmakologis yaitu teknik kompres hangat dimana dapat mengurangi nyeri yang sedang pasien alami, Teknik kompres hangat dilakukan pada persendian yang terasa nyeri. Agar teknik kompres hangat berhasil dalam penerapannya adalah lingkungan yang tenang, durasi penggunaan sekitar 10-15 menit,

perhatikan kondisi kulit dan reaksi tubuh, jangan dipakai pada luka baru atau terbuka serta kebersihan alat, Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu tingkat nyeri menurun (SLKI, 2019).

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Berdasarkan diagnosa gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, maka intervensi ataupun tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu perawatan luka. Observasi terdiri dari monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) dan monitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik terdiri dari perawatan luka, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl (0,9%) atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan kassa lembab dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase (SIKI, 2018).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

Berdasarkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu dukungan ambulasi. Observasi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor

frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi dan monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Terapeutik fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk), fasilitasi melakukan mobilitas fisik dan libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi. Edukasi jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini dan ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu mobilitas fisik meningkat (SLKI, 2019).

4. Risiko infeksi

Berdasarkan diagnosa risiko infeksi, maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi. Observasi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien dan pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi. Edukasi jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan njurkan meningkatkan asupan cairan (SIKI, 2018).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun dan kadar sel darah putih membaik (SLKI, 2019).

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan pada tanggal 28-30 April 2025 pukul 10:00 WIB yang sebelumnya sudah kontrak waktu pada saat pengkajian.

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Penulis melaksanakan implementasi memonitor lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memonitor skala nyeri, memonitor respon nyeri non verbal, memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan istirahat, melakukan kompres hangat pada area nyeri untuk menurunkan nyeri dan memberikan obat katekolac 30 mg melalui IV.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis.

Penulis melakukan monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, perawatan luka, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, berikan kassa lembab dengan cairan NaCl yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti

balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

Implementasi yang dilakukan adalah mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengobservasi toleransi fisik melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi, mengobservasi faktor risiko jatuh, dan mengobservasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.

4. Risiko infeksi

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, memberikan perawatan kulit pada area edema, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan etika batuk, serta mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan mengnurkan meningkatkan asupan cairan. Dalam implementasi pencegahan infeksi, penulis bertujuan untuk mengetahui dan mengukur tingkat keberhasilan dan ketepatan dalam perawatan luka. Tentunya indikator yang diperlukan dari perawatan luka bukan hanya keadaan jaringan yang mengalami perlekatan, tetapi 5 tanda infeksi harus diwaspadai.

3.2.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, yang dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Masri et al., 2023).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya:

S: Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

1. Evaluasi hasil dari diagnosa keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis setelah dilakukan implementasi selama 3 hari pada hari rabu tanggal 30 April 2025 pada pukul 14:00 WIB didapatkan hasil data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang pada kedua lututnya dengan skala 1 (0-10) durasi nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan data objektif klien tampak tenang, klien bisa menggerakkan kakinya tanpa takut nyerinya muncul TD: 117/79 mmHg, N: 88 x/m, S: 36,7°C, R: 19x/m, SPO2: 99%, dengan masalah teratasi.
2. Evaluasi dari diagnosa Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis setelah dilakukan implementasi selama 3 hari

didapatkan hasil Subjektif Klien mengatakan sudah 5 hari terdapat luka terbuka dengan data objektif terdapat luka jari kelingking kaki kiri dengan luas luka ± 2 cm, luka tampak sedikit kemerahan tidak terdapat jaringan mati bengkak(-), Nyeri (+), purulent (-), dengan masalah teratasi.

3. Evaluasi dari diagnosa ketiga yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif Klien mengatakan nyeri berkurang dan dapat melakukan ambulasi secara mandiri dengan data objektif kesadaran CM, klien tidak membatasi pergerakan, klien dapat melakukan ambulasi secara mandiri, dengan masalah teratasi.
4. Evaluasi untuk diagnosa terakhir yaitu risiko infeksi setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif Klien mengatakan masih nyeri pada lukanya dengan data objektif Terdapat luka terbuka pada jari manis kaki kirinya, Terpasang infus RL 20 tpm Tidak terdapat tanda tanda infeksi S : 36,7 °C, dengan masalah teratasi.

3.2.6. Evidence Based Practice (EBP)

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.O dengan diagnosa gout arthritis dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis, untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi manajemen nyeri dengan melakukan pendekatan non farmakologis yaitu teknik kompres hangat. Kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman,

mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat, dan tujuannya untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Hoesny et al., 2020).

Teknik kompres hangat berhasil dalam penerapannya adalah dengan lingkungan yang tenang, durasi penggunaan sekitar 10-15 menit, perhatikan kondisi kulit dan reaksi tubuh, jangan dipakai pada luka baru atau terbuka serta kebersihan alat.

Dari telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan hasil rata-rata menyatakan adanya perubahan signifikan pada skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi kompres hangat. Menurut penelitian Ulfa Hasana et al., (2022) dengan judul “Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Penyakit Gout Arthritis” didapatkan hasil uji statistik diperoleh nilai $t = 0,000 < (0,05)$. Menunjukkan adanya pengaruh kompres hangat terhadap penurunan nyeri sendi pada lansia dengan penyakit Gout Arthritis di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ananda Putri et al., (2023) yang berjudul “Efektivitas Kompres Hangat Pada Lansia Terhadap Penurunan Nyeri Gout Arthritis Di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok” dengan hasil nilai Asymp Sign = 0,000 atau (p value 0,005) menunjukkan H_a diterima dan H_0 ditolak, penelitian ini menunjukkan kompres hangat efektif menurunkan nyeri pada lansia penderita arthritis gout di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok.

Hal ini sejalan dengan penelitian Eneng Aminah et al., (2022) yang berjudul “Efektivitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Pulosari Kabupaten Pandeglang Banten” dengan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada penurunan nyeri pada penderita gout arthritis sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat dengan nilai hasil Asymp Sign = 0,000 atau (p value $<0,005$) menyatakan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak, berarti terdapat pengaruh atau efektif menurunkan nyeri pada penderita gout arthritis.

Hal ini sejalan dengan penelitian Fitriana Fatimatus Kolikhah et al., (2022) dengan judul “Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Nyeri Sendi Pada Penderita Gout Arthritis Di Puskesmas Pajangan Bantul” dengan Hasil dari penelitian ini menunjukkan kompres hangat dapat menurunkan nyeri sendi akibat gout arthritis dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Joice Mangngemba Andika Putri et al., (2024) yang berjudul “The effectiveness of warm water compresses in reducing gout pain” dengan hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi kompres hangat pada pasien gout arthritis.

Maka dapat disimpulkan bahwa teknik kompres hangat dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien gout arthritis. Kompres hangat hendaknya dapat digunakan bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan nyeri di rumah sakit khususnya pasien penderita gout arthritis.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn.O dengan Gout Arthritis dari tanggal 28-30 April 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.O dengan Gout Arthritis di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn.O yaitu klien mengeluh nyeri Gout Arthritis.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Tn.O di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat, adapun diagnosa yang muncul pada Tn.O yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan:
 - a. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis
 - b. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi
 - d. Risiko Infeksi ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer karna terdapat kerusakan integritas kulit.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn.O di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat,

berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.O di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn.O di ruang Khalid Bin Walid RSUD Al Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa Evidence Based Practice tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu nyeri kronis dengan teknik kompres hangat dapat menarik kesimpulan terapi kompres hangat dapat berpengaruh menurunkan nyeri yang di rasakan pada pasien dengan diagnosa medis Gout Arthritis, yang ditandai dengan penurunan skala nyeri pada Tn.O dari skala nyeri 6 menjadi 1 dengan rentang nyeri (0-10).

4.2 Saran

4.2.1. Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Gout Arthritis di institusi pendidikan.

4.2.2. Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit khususnya RSUD AL-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada klien lebih optimal dalam pemenuhan asuhan keperawatan dengan klien yang mengalami penyakit khususnya Gout Arthritis.

4.2.3. Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama belajar dikampus sehingga mahasiswa mampu mempraktikkan asuhan keperawatan secara optimal dan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldhila, A. (2021). Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Gout Arthritis. *Journal Of Nursing & Health*, 6(2), 84–94.
- Aminah, E., Saputri, M. E., & Wowor, T. J. F. (2022). Efektivitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Pulosari Kabupaten Pandeglang Banten Tahun 2021. *Jurnal Keperawatan*, 10 (1), 1.
<https://doi.org/10.35790/jkp.v10i1.37704>
- Ananda Putri, S., Naziyah, N., & Suralaga, C. (2023). Efektivitas Kompres Hangat pada Lansia terhadap Penurunan Nyeri Gout Arthritis di Posbindu Kemuning Baktijaya Depok. *Malahayati Nursing Journal*, 5(7), 2267–2279.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v5i7.9047>
- As'adi, M., dkk (2017) Waspada Terhadap Asam Urat. Yogyakarta: Diva Press.
- Asghari, K. M., Zahmatyar, M., Seyedi, F., Motamedi, A., Zolfi, M., Alamdary, S. J., Fazlollahi, A., Shamekh, A., Mousavi, S. E., Nejadghaderi, S. A., Mohammadinasab, R., Ghazi-Sha'rbaf, J., Karamzad, N., Sullman, M. J. M., Kolahi, A. A., & Safiri, S. (2024). Gout: *global epidemiology, risk factors, comorbidities and complications: a narrative review*. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12891-024-08180-9>
- Azwar. (2020). Terapi Non Farmakologi Pada Asam Urat. Pustaka Taman Ilmu.
- Black, M. J., & Hawks, J. H. (2022). Keperawatan Medikal Bedah (S. Yona & U. Nurulhuda (eds.)). *Elsevier Health Sciences*.
https://www.google.co.id/books/edition/KMB_Gangguan_Sistem_Muskuloskeletal/2aygEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=sistemmusculoskeletal&pg=PT7&printsec=frontcover

Dewi Arini, liss D., & Widyaningrum, L. (2021). Buku Ajar Sistem Muskuloskeletal. Pustaka Rumah Cinta.

https://books.google.co.id/books?id=JzpCEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Doenges, Moorhouse, & Murr. (2019). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*. F.A. Davis.

https://books.google.co.id/books/about/Nursing_Care_Plans.html?id=NJvQvQEACAAJ&redir_esc=y

Efendi, M., & Natalya, W. (2022). Gambaran Kadar Asam Urat Pada Lanjut Usia Di Desa Rowoyoso Kecamatan Wonokerto Kabupaten Pekalongan. *University Research Colloquium*, 1054–1060.

Firestein, G. S., Budd, R. C., Gabriel, S. E., McInnes, I. B., & O'Dell, J. R. (Eds.). (2021). *Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology* (11th ed.). Elsevier.

Hasana, U., Asniati, A., & Noviyanti, N. (2022). Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Penyakit Gout Arthritis. *Jurnal Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan*, 9(1), 62–66. <https://doi.org/10.37402/jurbidhip.vol9.iss1.176>

Hoesny, R., Alim, Z., & Hartina, R. (2020). Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Wara Kota Palopo. *Jurnal Fenomena Kesehatan*, 1(1), 38–43.

Indah, S. N., Ulkhasanah, M. E., Sani, F. N., Ansari, F. P., Bayu, R., & Putra, S. (2021). Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*, 363–370.

Irianto, K. (2019). *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Alfabeta: Bandung. http://elibrary.poltekdedc.ac.id/index.php?p=show_detail&id=1681

Irma, D., & Julita, K. (2024). Patofisiologi Gout dan Rheumatoid Arthritis. PT. Penerbit Penamuda Media.

Kemkes RI. (2022). Asam Urat, Bisa Menyerang

https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/237/asam-urat-bisa-menyerang

Kemkes R.I. (2021). Pedoman Pelayanan Keperawatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kementerian Kesehatan RI. (2022). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Gout Arthritis. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kemenkes RI.

Kolikhah, F. F., Maryati, S., & Siswanto. (2022). Penerapan kompres hangat untuk menurunkan nyeri sendi pada penderita gout arthritis Di Puskesmas pajangan Bantul. 312–325.

Lasmawanti, S., Yuniati, & Septian Daulay, D. (2022). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Asam Urat Pada Lanjut Usia Di Dusun Iv Pada Lanjut Usia Di Dusun Iv Desa Air Jorman. *Journal Healthy Purpose*, 1(1), 33–40.

Lucia Firsty, & Mega Anjani Putri. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Arthritis Gout. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 5(1), 31–43.

<https://doi.org/10.36971/keperawatan.v5i1.88>

Masri, Marlina, & Syarif, H. (2023). Kompetensi Dan Motivasi Dalam Pelaksanaan Proses Keperawatan. *Aleph*, 87(1,2), 149–200.
[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167638/341506.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/8314/LOEBLEIN%2C Lucineia Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://antigo.mdr.gov.br/saneamento/proees](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167638/341506.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/8314/LOEBLEIN%2C%20Lucineia%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://antigo.mdr.gov.br/saneamento/proees)

- Muttaqin, A. (2020). Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses, dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika
- Nasir, M. (2019). Gambaran Asam Urat Pada Lansia Di Wilayah Kampung Selayar Kota Makassar. *Jurnal Media Analis Kesehatan*, 8(2), 78. <https://doi.org/10.32382/mak.v8i2.842>
- Nurhayati. (2020). Hubungan Pola Makan Dengan Terjadinya Penyakit Gout (Asam Urat) Di Desa Limran Kelurahan Pantoloan Boya Kecamatan Taweli. *Jurnal KESMAS*, 7(6), 134–147.
- Pinzon, R. T. (2016). Pengkajian Nyeri. In Buku pengkajian nyeri.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik. In *Etika Jurnalisme Pada Koran Kuning: Sebuah Studi Mengenai Koran Lampu Hijau* (Vol. 16, Issue 2).
- Potter, P A & Perry, A G. (2010). *Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Buku 2 Edisi 7*. alih Bahasa: Nggie, A F & Albar, M. Jakarta: Salemba Medika.
- Ridwan, H. (2024). Proses Keperawatan. *Universitas Nusantara PGRI Kediri*, 01, 1–7.
- Risal, M. (2019). Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Tomoni Luwu Timur. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Kebidanan Holistic Care*, 03(02), 88–92.
- Safitri, R. (2020). Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien.
- Sumijatun. (2021). Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. *Trans Info Media*

- Suryono Suwondo, B., & Meliala, L. (2017). Buku Ajar Nyeri. In *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan* (Vol. 1, Issue 4).
<https://doi.org/10.55606/detector.v1i4.2512>
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal*. Sumatera Barat: Pustaka Galeri Mandiri.
- Susanto, T. (2016). Asam Urat. In *Iptek Tanaan Pangan* (Vol.8, Issue1,pp. 22-30).
- Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). *Pedoman standar prosedur operasional keperawatan*. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
<https://library.poltekkes-tanjungpinang.ac.id/books/pedoman-standar-prosedur-operasional-keperawatan/>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Edisi 1, Cetakan 3. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1, Cetakan 2. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1, Cetakan 2. Jakarta Selatan : DPP PPNI
- Wulansari, R. (2024). *Pedoman Diagnosis dan Tatalaksana Hiperurisemia & Arthritis Gout*. Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- Zahroh, C., & Faiza, K. (2020). Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Penyakit Arthritis Gout. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 5(3), 182–187.

LAMPIRAN
DOKUMENTASI



LEMBAR BIMBINGAN

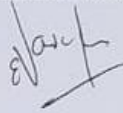
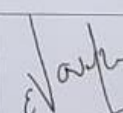
Nama Mahasiswa : Kartika Amelia Sari

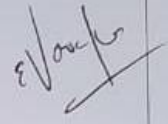
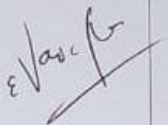
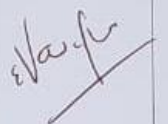
NIM : KHGD24034

Pembimbing : Bapak Eldessa Vava Rilla S.Kep. Ners., M.Kep

Judul

: Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Pemasangan Kompres Hangat Untuk Meredakan Intenitas Nyeri Gout Arthritis Di Ruang Rawat Dir RSUD Al-Hisan Provinsi Jawa Barat

No.	Tanggal/Bulan/Tahun	Materi Yang di konsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	01 Mei 2025	Judul	ACC	
2.	23 Juni 2025	BAB 1	Revisi BAB 1	
3.	02 Juli 2025	BAB 1 BAB II Sebagian	Revisi BAB 1 lengkapi BAB II	
4.	10 Juli 2025	BAB 1 BAB II	Revisi Bab I Bab II ruber Lengkap Bab II	

No	Hari/Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
5.	Jumat 17 Juli 2025	DAB I DAB II DAB III DAB IV	Acc DAB I, DAB II Revisi DAB III	
6.	Rabu 23 Juli 2025	DAB III DAB IV	Acc DAB III, DAB IV lanjut Draft lengkap	
7.	Jumat 15 Agustus 2025	Draft lengkap	Revisi	
8.	Selasa 19 Agustus 2025	Draft lengkap	Acc Sidang	