

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.U (78 TAHUN)
DENGAN DIAGNOSA *GOUT ARTHRITIS* PADA *KATZ INDEKS* A
DAN INTERVENSI KOMPRES HANGAT KAYU MANIS
DI SATPEL GRIYA LANSIA GARUT**

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

NENG PARLINA, S.Kep

KHGD24005



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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.U (78 Tahun) Dengan
Diagnosa *Gout Arthritis* Pada *Katz Indeks A* Dan Intervensi
Kompres Hangat Kayu Manis Di Satpel Griya Lansia Garut**

NAMA : Neng Parlina

NIM : KHGD24005

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes

Tantri Puspita, S.Kep.,Ns.,M.N.S

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners

STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep

Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.U (78 Tahun) Dengan
Diagnosa *Gout Arthritis* Pada *Katz Indeks A* Dan Intervensi
Kompres Hangat Kayu Manis Di Satpel Griya Lansia Garut

NAMA : Neng Parlina, S.Kep

NIM : KHGD24005

Garut, Agustus 2025

Menyetujui,
Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar Akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir 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 ketidakbenaran 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, Agustus 2025

Pembuat Pernyataan

Neng Parlina

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.U (78 TAHUN) DENGAN DIAGNOSA *GOUT ARTHRITIS* PADA *KATZ INDEKS A* DAN INTERVENSI KOMPRES HANGAT KAYU MANIS DI SATPEL GRIYA LANSIA GARUT

Neng Parlina¹, Sri Yekti²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

Latar belakang: *Gout Arthritis* merupakan pembentukan kristal pada persendian, akibat tingginya kadar asam urat dalam darah. Penumpukan kristal tersebut mengakibatkan kerusakan pada daerah persendian sehingga dapat menimbulkan nyeri. Salah satunya nyeri sendi, dampak yang ditimbulkan dari nyeri sendi yaitu sendi menjadi kaku, kesulitan bergerak atau berjalan, mengganggu aktifitas sehari-hari, kecacatan, bahkan memberikan dampak sosial dan ekonomi pada setiap orang yang mengalaminya. Pengobatan *gout arthritis* dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologi maupun non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi yang efektif adalah kompres hangat kayu manis. **Tujuan:** Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran mengenai penerapan terapi kompres hangat kayu manis sebagai intervensi keperawatan pada pasien *gout arthritis* untuk mengurangi nyeri. **Metode:** Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis serta menganalisis antara teori dan praktek terkait asuhan keperawatan yang diberikan berbasis Evidence Based Practice (EBP). Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien *gout arthritis* yang diberikan terapi kompres hangat kayu manis. **Hasil:** Hasil studi kasus pada pasien *gout arthritis* dengan masalah keperawatan nyeri kronis yang disebabkan oleh terjadinya inflamasi dapat diatasi dengan melakukan terapi kompres hangat kayu manis, hal ini ditandai dengan klien mengalami penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi selama 5 hari berturut-turut. **Kesimpulan:** Berdasarkan analisa kasus dan artikel, setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.U pada hari ke 4 terjadi penurunan nyeri.

Kata Kunci : *Gout arthritis*, Kompres hangat kayu manis, Nyeri

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. U (78 YEARS OLD) WITH GOUT ARTHRITIS DIAGNOSIS AT KATZ INDEX A AND INTERVENTION OF WARM CINNAMON COMPRESS AT GARUT ELDERLY CARE UNIT

Neng Parlina¹, Sri Yekti²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

Background: Gout Arthritis is the formation of crystals in the joints, due to high levels of uric acid in the blood. The accumulation of crystals causes damage to the joint areas, which can lead to pain. One of them is joint pain, the effects caused by joint pain are that the joints become stiff, difficulty moving or walking, disrupt daily activities, disability, and even have social and economic impacts on everyone who experiences it. Gout arthritis treatment can be carried out through both pharmacological and non-pharmacological approaches. One effective non-pharmacological therapy is a warm cinnamon compress. **Objective:** This case study aims to determine an overview of the application of warm cinnamon compress therapy as a nursing intervention for patients with gout arthritis to reduce pain. **Method:** The method used is a descriptive case study by conducting anamnesis, observation, physical examination, and medical records, as well as analyzing the correlation between theory and practice related to nursing care provided based on Evidence Based Practice (EBP). The participant in this study is gout arthritis patient who were given warm cinnamon compresses. **Results:** The results of a case study on a patient with gout arthritis with nursing issues related to chronic pain caused by inflammation can be addressed by performing warm cinnamon compress therapy, which is indicated by the client's **decrease in pain scale after receiving therapy for 5 consecutive days**. **Conclusion:** Based on the case analysis and article, after nursing care was provided to Mrs. U, there was a reduction in pain on the 4th day.

Keywords: Gout arthritis, Pain, Warm cinnamon compress

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil'Alamin, segala puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya, sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan pada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, para sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul "Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.U (78 Tahun) Dengan Diagnosa *Gout Arthritis* Pada *Katz Indeks A* Dan Intervensi Kompres Hangat Kayu Manis Di Satpel Griya Lansia Garut".

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapatkan bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, SE.,M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku ketua Program Studi Profesi Ners dan sekaligus sebagai pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk senantiasa memberikan bimbingan, ilmu, saran, arahan dan motivasi yang tiada hentinya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak Wahyudin, S.Kp.,M.Kes selaku dosen penguji I yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Tantri Puspita S.Kep.,Ns.,M.N.S selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Abdul Muhamad Nawawi selaku suami yang selalu memberikan support, do'a, kasih sayang dan pengertian kepada penulis selama proses perkuliahan sampai dengan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Ashalina Hafla Mardhia selaku anak yang selalu sabar dan selalu mendo'akan.
10. Kedua Orang Tua Bapak Pahru (Alm) dan Ibu Wari'ah yang saya cintai dan saya sayangi, serta keluarga besar yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil serta do'a yang tiada hentinya kepada penulis.
11. Kedua Mertua Bapak Eman dan Ibu Titin yang selalu memberikan dukungan dalam segala hal.
12. Seluruh sahabat penulis yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritikan demi perbaikan studi kasus selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Agustus 2025

Penulis

Neng Parlina, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Lansia	7
2.2 Konsep <i>Gout Arthritis</i>	16
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Gout Arthritis</i>	24
2.4. Konsep Nyeri <i>Gout Arthritis</i>	48
2.5 Konsep Kompres Hangat Kayu Manis	53
2.6 Konsep <i>Evidence Base Practice</i>	56

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	61
3.1 Tinjauan Kasus	61
3.1.1 Pengkajian	61
3.1.2 Diagnosis Keperawatan.....	84
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	86
3.1.4 Implementasi Keperawatan	89
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	98
3.2 Pembahasan	101
3.2.1 Analisis Pembahasan Terhadap Proses Keperawatan	101
3.2.2 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	108
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	111
4.1 KESIMPULAN	111
4.2 SARAN	112
4.2.1 Bagi Griya Lansia.....	112
4.2.2 Bagi Instansi Perguruan Tinggi.....	113
4.2.3 Bagi Penulis.....	113
DAFTAR PUSTAKA.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 APGAR Keluarga	29
Tabel 2.2 Pengkajian Status Kognitif SPMSQ.....	30
Tabel 2.3 Pengkajian <i>Mini Mental Stase Exam</i> (MMSE)	31
Tabel 2.4 Pengkajian Status Fungsional (<i>KATZ Indeks</i>)	32
Tabel 2.5 <i>Screening Faal Fungtional Reach</i> (FR) Test.....	34
Tabel 2.6 <i>The Time Up and Go</i> (TUG) Test.....	35
Tabel 2.7 <i>Geriatric Depression Scale</i> (SKALA DEPRESI)	35
Tabel 2.8 Analisa Data	37
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 2.10 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	57
Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik	65
Tabel 3.2 Pola Eliminasi	65
Tabel 3.3 Pola Aktifitas Sehari-hari	66
Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur	67
Tabel 3.5 APGAR Keluarga	75
Tabel 3.6 Pengkajian Status Kognitif SPMSQ.....	76
Tabel 3.7 Pengkajian <i>Mini Mental Stase Exam</i> (MMSE)	77
Tabel 3.8 Pengkajian Status Fungsional (<i>KATZ Indeks</i>)	78
Tabel 3.9 <i>Screening Faal Fungtional Reach</i> (FR) Test.....	80
Tabel 3.10 <i>The Time Up and Go</i> (TUG) Test.....	81
Tabel 3.11 <i>Geriatric Depression Scale</i> (SKALA DEPRESI)	81
Tabel 3.12 Analisa Data	83
Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan.....	86
Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan	89
Tabel 3.15 Evaluasi Keperawatan	98

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway</i>	23
--------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua (Nasrullah, 2016).

Lansia akan mengalami perubahan degeneratif mulai dari fungsi kognitif maupun fisik. Salah satu penyakit yang rentan dialami pada lanjut usia adalah nyeri sendi. Dampak yang di timbulkan dari nyeri sendi yaitu sendi menjadi kaku, kesulitan bergerak atau berjalan, mengganggu aktifitas sehari hari, kecacatan, bahkan memberikan dampak sosial dan ekonomi pada setiap orang yang mengalami penyakit ini (Nainggolan 2009 dan Ptio 2018).

Seiring bertambahnya usia, lansia mengalami penurunan fungsi fisiologis, yang mengakibatkan mereka lebih rentan terhadap penyakit tidak menular. Lansia kehilangan kemampuan jaringan tubuh untuk memperbaiki diri, mengganti diri, serta mempertahankan fungsi normal. Hal ini mengakibatkan ketidakmampuan tubuh untuk melawan infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Amalia et al., 2021).

Populasi lansia di Indonesia mengalami peningkatan pesat, dari 4,48% pada tahun 1971 menjadi 11,34% pada tahun 2020. Lonjakan jumlah lansia ini disebabkan oleh peningkatan usia harapan hidup dan penurunan angka fertilitas.

Fenomena ini meningkatkan prevalensi penyakit degeneratif, termasuk *gout arthritis*, yang umum terjadi pada lansia (Ardhiatma et al., 2017).

Penyakit *Gout Arthritis* (Asam Urat) merupakan salah satu penyakit yang sering ditemukan di seluruh dunia, salah satunya yaitu di Indonesia. Berdasarkan data *World Health Organization*, prevalensi *gout arthritis* di dunia sebanyak 33,3%. dan berdasarkan diagnosis atau gejala 24,7%, pada usia 55-64 tahun sebanyak 45%, usia 60-74 tahun sebanyak 51,9%, prevalensi usia ≥ 75 tahun sebanyak 54,8% (WHO, 2018). Menurut Survei Kesehatan Nasional (SKI) tahun 2023 prevalensi penyakit sendi di Indonesia adalah 7,30%, dengan angka tertinggi di Aceh (12,26%), Papua (11,43%) dan Kalimantan Timur (11,1%). Di Jawa Barat prevalensi *gout arthritis* mencapai 32,1% menjadikannya provinsi dengan prevalensi tertinggi kedua setelah Nusa Tenggara Timur.

Gout Arthritis merupakan pembentukan kristal pada persendian, akibat tingginya kadar asam urat dalam darah. Penumpukan kristal tersebut mengakibatkan kerusakan pada daerah persendian sehingga dapat menimbulkan nyeri. Nyeri tersebut berkaitan dengan metabolisme purin yang tidak optimal di dalam tubuh sehingga terjadi penumpukan (Astuti, 2019).

Gejala utama *gout arthritis* adalah nyeri sendi yang tiba-tiba dan parah, sering kali terjadi saat bangun tidur. Tidak hanya itu, pada *gout arthritis* juga terjadi pembengkakan yang biasanya menyerang kaki, ibu jari kaki, lutut, tangan, serta jaringan lunak lainnya. Nyeri ini dapat mengganggu aktivitas harian dan mempengaruhi kualitas hidup penderitanya (Winarsih, 2019).

Faktor resiko yang dapat memicu terjadinya peningkatan kadar asam urat seseorang dapat dilihat dari faktor internal yaitu umur, jenis kelamin, keturunan. Faktor eksternal antara lain yaitu konsumsi makanan tinggi purin, penggunaan obat- obatan, aktivitas fisik (Hardiyanti, 2018).

Pengobatan *gout arthritis* dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologi maupun non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologis yang efektif adalah kompres hangat. Terapi ini berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, meningkatkan sirkulasi darah, dan mengurangi rasa nyeri, pemberian kompres dilakukan pada radang persendian. Intervensi keperawatan non farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri dalam mengontrol nyeri pasien *gout arthritis* salah satunya dengan menggunakan kompres hangat kayu manis.

Menurut teori Nurhayati & Yusoff (2022) senyawa aktif yang terdapat pada bagian batang kayu manis adalah minyak atsiri yang dapat menurunkan nyeri. Bagian kulit batang kayu manis banyak mengandung senyawa sinamaldehyd atau cinnamaldehyde. Senyawa ini merupakan komponen utama penyusun minyak atsiri dan menimbulkan efek analgesik. Minyak atsiri juga tersusun atas senyawa eugenol yang berperan dalam memberikan rasa menenangkan sehingga penderita gout arthritis merasa rileks atau nyaman.

Penelitian Margowati dan Priyanto (2017) mengemukakan bahwa intervensi kompres kayu manis sangat berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada penderita *gout arthritis*. Kayu manis mempunyai kandungan zat besi, kalium, serat, protein, dan berbagai zat yang mempunyai efek anti radang, antibakteri, dan antioksidan. Kompres hangat kayu manis terbukti efektif digunakan untuk

menurunkan skala nyeri pada *gout arthritis* dengan menggunakan bubuk kayu manis 20 gram yang dicampur dengan air hangat yang suhunya 45°C (Fenia, Pranata and Khoiriyah, 2022).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk membuat Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “ Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Gout Arthritis* dengan Pemberian Kompres Hangat Kayu Manis Untuk Mengurangi Nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien *gout arthritis* dengan Pemberian Kompres Hangat Kayu Manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien *gout arthritis* dengan Pemberian Kompres Hangat Kayu Manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.U dengan pemberian kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.
2. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny.U dengan pemberian kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

3. Mampu melakukan intervensi keperawatan pada Ny.U dengan pemberian kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.
4. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.U dengan pemberian kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.U dengan pemberian kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.
6. Mampu menganalisis *Evidence Based Practice* Terapi Kompres Hangat Kayu Manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.
7. Mampu mendokumentasikan Proses Terapi Kompres Hangat Kayu Manis untuk mengurangi nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Peneliti

Hasil karya ilmiah ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan menerapkan intervensi kompres hangat kayu manis untuk mengurangi nyeri pada penderita *gout arthritis*.

2. Bagi Griya Lansia

Hasil karya ilmiah ini diharapkan bisa digunakan sebagai sumber informasi bagi Griya Lansia dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *gout arthritis* pada lansia agar sedikitnya bisa membantu mengontrol nyeri.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien *Gout Arthritis* dengan Pemberian Kompres Hangat Kayu Manis Untuk Mengurangi Nyeri di Satpel Griya Lansia Garut.

2. Bagi Lansia

Hasil karya ilmiah ini diharapkan lansia dapat menggunakan hasil studi kasus ini sebagai sumber informasi dalam mengontrol nyeri dan sebagai alternatif pengobatan *gout arthritis*.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan *gout arthritis* untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia (Rahman, 2016).

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua (Nasrullah, 2016).

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 pasal 19 ayat 1 Manusia usia lanjut (*Growing Old*) adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, sikap, perubahan akan memberikan pengaruh pada keseluruhan aspek kehidupan termasuk kesehatan.

Menurut organisasi Kesehatan dunia, WHO (*World Health Organization*) seorang disebut lansia jika berumur 60-70 tahun.

Berdasarkan teori di atas dapat disimpulkan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia diatas 60 tahun yang mengalami perubahan biologis, fisik, sikap dan perubahan yang akan memberikan pengaruh pada keseluruhan aspek termasuk Kesehatan.

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Menurut Fatmah (2015) batasan lansia dikelompokkan meliputi :

1. Usia pertengahan (*Middle Age*) yaitu kelompok umur usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (*Eldery*) yaitu kelompok usia 60 sampai 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (*Old*) yaitu kelompok usia 75 sampai 90 tahun.
4. Usia sangat tua (*Very Old*) yaitu kelompok usia diatas 90 tahun.

2.1.3 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut Kemenkes RI (2017), yaitu:

1. Seseorang dikatakan lansia ketika telah mencapai usia 60 tahun keatas.
2. Usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia lakilaki yang bercerai umumnya kawin lagi.
3. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
4. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.4 Ciri-ciri Usia Lanjut

Kholifah (2016), berpendapat bahwa ada empat ciri-ciri seorang lansia, antara lain:

1. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya. lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat

sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Kholifah, 2016).

2.1.5 Tipe Lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe tersebut yaitu sebagai berikut (Widayanti, 2023):

1. Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, mengikuti aktivitas keagamaan sesuai dengan agama yang dianut, dan menjadi panutan bagi orang-orang di sekitarnya.

2. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

3. Tipe Tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, pemilih, dan banyak menuntut.

4. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

5. Tipe Bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

2.1.6 Perubahan yang terjadi pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia Menurut (Ratnawati et al. 2019), penyakit degeneratif adalah istilah medis untuk menjelaskan suatu penyakit yang muncul akibat proses kemunduran fungsi sel dalam tubuh yaitu dari keadaan normal menjadi lebih buruk.

a. Perubahan fisik

- 1) Sel saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proposi protein di otak, otot, ginjal, darah.

- 2) Sistem persyarafan, keadaan system persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga, pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjer keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan otot pernapasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang.
- 3) Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan era peristaltic usus juga menurun.
- 4) Sistem genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun.
- 5) Sistem musculoskeletal, kehilangan cairan pada tulang dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.
- 6) Sistem kardiovaskuler, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidanya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia karena hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolik tetap sama atau meningkat.

b. Perubahan Psikologis

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

1. Kesepian, terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.
2. Gangguan cemas, dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.
3. Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari. Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat

gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

c. Perubahan kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak- anak muda juga pernah mengalaminya seperti: *Memory* (Daya ingat).

d. Perubahan intelektual

Akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan *intelegenita quantion* (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun.

e. Perubahan Keagamaan

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan dunia.

2.1.7 Masalah Kesehatan Pada Lansia

Semakin bertambahnya usia tubuh menjadi semakin rentan mengalami gangguan Kesehatan dikarenakan menurunnya fungsi-fungsi

organ. Ada beberapa masalah Kesehatan yang sering muncul pada lansia meliputi (Widayanti, 2023):

1. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah melebihi batas normal, Sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah Diastoliknya lebih dari 90 mmHg.

2. Diabetes Militus

Diabetes Mellitus (DM) atau kencing manis merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan tingginya gula darah lebih dari 200 mg/dl akibat kerusakan sel beta pankreas (pabrik yang memproduksi insulin).

3. Penyakit Sendi (*Arthritis*)

Arthritis merupakan penyakit Autoimun yang mengakibatkan kerusakan sendi dan kecacatan serta memerlukan pengobatan dan kontrol jangka panjang.

4. Stroke

Stroke adalah penyakit yang terjadi akibat suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu atau berkurang karena pembuluh darah tersumbat atau pecah.

5. Penyakit Paru-paru Obstruktif Kronis (PPOK)

6. Penyakit paru-paru obstruktif kronis adalah penyakit paru kronik (menahun) yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas, semakin lama semakin memburuk dan tidak sepenuhnya dapat kembali normal.

7. Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati (*mood*) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, rasa tidak peduli dan perasaan tertekan yang berlebihan secara terus-menerus selama kurun waktu lebih dari 2 minggu.

2.2 Konsep *Gout Arthritis*

2.2.1 Definisi

Gout arthritis adalah penyakit yang diakibatkan gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan hiperurikemi dan serangan sinovitis akut berulang-ulang (Chairuddin, 2015).

Gout Arthritis atau sering disebut masyarakat dengan penyakit asam urat adalah suatu penyakit peradangan pada persendian yang diakibatkan penumpukan asam urat dalam tubuh secara berlebihan (Naga, 2014).

Gout Arthritis adalah penyakit sendi yang diakibatkan oleh tingginya kadar asam urat dalam darah. kadar asam urat yang tinggi dalam darah melebihi batas normal yang menyebabkan penumpukan asam urat di dalam persendian dan organ lainnya (Susanto, 2013).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa *gout arthritis* adalah suatu peradangan sendi yang disebabkan oleh meningkatnya kadar asam urat dalam tubuh.

2.2.2 Etiologi

Secara garis besar penyebab terjadinya *Gout Arthritis* disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder, faktor primer 99% nya belum diketahui (Idiopatik). Namun, diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi Asam Urat atau bisa juga disebabkan oleh kurangnya pengeluaran Asam Urat dari tubuh. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi Asam Urat, terganggunya proses pembuangan Asam Urat dan kombinasi kedua penyebab tersebut. Umumnya yang terserang *Gout Arthritis* adalah pria, sedangkan perempuan persentasenya kecil dan baru muncul setelah Menopause. *Gout Arthritis* lebih umum terjadi pada laki-laki, terutama yang berusia 40-50 tahun (Susanto, 2013).

Faktor resiko yang mempengaruhi *Gout Arthritis* (Rahmatul, (2015) adalah :

1. Usia

Pada umumnya serangan *Gout Arthritis* yang terjadi pada laki-laki mulai dari usia pubertas hingga usia 40-69 tahun, sedangkan pada wanita serangan *Gout Arthritis* terjadi pada usia lebih tua dari pada laki-laki, biasanya terjadi pada saat *Menopause*. Karena wanita memiliki hormon estrogen, hormon inilah yang dapat membantu proses pengeluaran Asam Urat melalui urin sehingga Asam Urat didalam darah dapat terkontrol.

2. Jenis kelamin

Laki-laki memiliki kadar Asam Urat yang lebih tinggi dari pada wanita, sebab wanita memiliki hormon estrogen.

3. Konsumsi Purin yang berlebih

Konsumsi Purin yang berlebih dapat meningkatkan kadar Asam Urat di dalam darah, serta mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin.

4. Konsumsi alkohol

5. Obat-obatan Serum Asam Urat dapat meningkat pula akibat Salisitas dosis rendah (kurang dari 2-3 g/hari) dan sejumlah obat Diuretik, serta Antihipertensi.

2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi *Gout Arthritis* dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Gout primer

Gout primer dipengaruhi oleh faktor genetik atau hereditas, terdapat produksi atau sekresi asam urat yang berlebihan atau akibat penurunan ekskresi asam urat dan tidak diketahui penyebabnya. Terutama mengenai pria usia lanjut, sepertiga penderita menunjukkan peningkatan produksi asam urat yang disebabkan karena pemecahan purin bertambah. Sepertiga lagi menunjukkan ekskresi asam urat oleh ginjal berkurang, sedangkan sisanya menunjukkan gejala campuran, yaitu disamping produksi asam urat meningkat, ekskresi asam urat juga berkurang. Beberapa faktor yang menunjang terjadinya gout primer antara lain

adalah peminum alkohol yang berat, obesitas, dan obat-obatan misalnya tiazida.

2. Gout sekunder

Gout sekunder dapat disebabkan oleh dua hal, yaitu :

- a. Produksi asam urat yang berlebihan, misalnya pada :
 - 1) Kelainan mieloproliferatif (polisitemia, leukemia, mieloma retikularis)
 - 2) Sindrom Lesch-Nyhan yaitu suatu kelainan akibat defisiensi hipoxantinguaninfosforibosiltransferase yang terjadi pada anak-anak dan pada sebagian orang dewasa
 - 3) Gangguan penyimpanan glikogen
 - 4) Penatalaksanaan anemia perniosa karena maturasi sel megablastik menstimulasi pengeluaran asam urat
- b. Sekresi asam urat yang berkurang, misalnya pada gagal ginjal kronis, pemakaian obat-obat salsilat, tiazid, beberapa macam diuretik dan sulfonamid, atau keadaan alkoholik, hiperparatiroidisme, dan pada miksedema.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang umumnya terjadi pada pasien asam urat, antara lain:

1. Sering merasa kesemutan dan pegal linu.
2. Terjadi peradangan dan nyeri pada sendi, rasa sakit menyerang secara mendadak.
3. Sendi yang terkena asam urat akan memerah dan membengkak.

4. Adanya hiperurisemia atau kelebihan kadar asam urat dalam darah.
5. Adanya tofus atau endapan seperti kapur membentuk tonjolan yang menandai pengendapan kristal asam urat.
6. Gejala lain yang mungkin muncul, seperti demam, kepala terasa sakit, nafsu makan berkurang, dan jantung berdebar tidak normal. (Rahmatul, 2015).

2.2.5 Patofisiologi

Hiperurisemia (konsentrasi asam urat dalam serum yang lebih besar dari 7,0 mg/dl) dapat menyebabkan penumpukan kristal monosodium urat. Peningkatan atau penurunan kadar asam urat serum yang mendadak mengakibatkan serangan *gout*. Apabila kristal urat mengendap dalam sebuah sendi gerak, otot akan terasa seperti robek, maka selanjutnya respon inflamasi akan terjadi. Inflamasi/peradangan yang terjadi pada jaringan di sekitarnya dapat menyebabkan gesekan tipis yang dapat menimbulkan nyeri yang luar biasa dan serangan *gout* pun dimulai. Apabila serangan terjadi berulang ulang, mengakibatkan penumpukan kristal natrium urat yang dinamakan tofus akan mengendap dibagian perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan, dan telinga (Rahmatul, 2015).

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Kadar asam urat serum meningkat
2. Laju sedimentasi eritrosit (LSE) meningkat
3. Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat

4. Analisis cairan sinovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan kristal urat monosodium yang membuat diagnosis
5. Sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk pasien *gout arthritis* (Rahmatul, F. (2015):

1. Farmakologi

- a. NSAID untuk mengurangi rasa sakit; naproxen, piroxicam dan diclofenac.
- b. Allopurinol untuk menghentikan produksi asam urat
- c. Probenesid atau sulfipirazone untuk membuang asam urat melalui urin.
- d. Corticosteroid (iv); predisona
- e. Obat pirai
- f. Obat luar; *cream*, gosok, spray, juga koyo

2. Non farmakologi

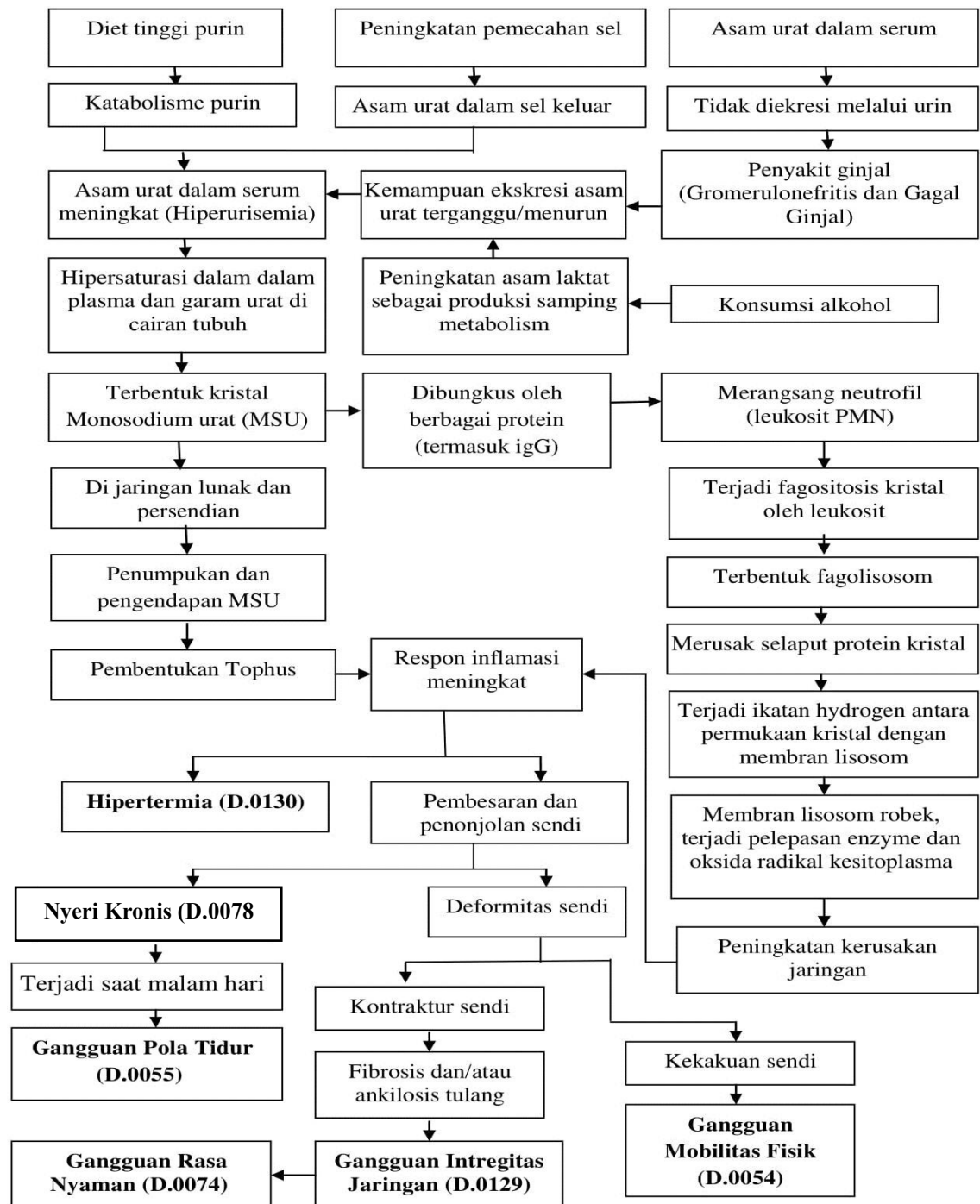
- a. Istirahat yang cukup
- b. Kompres hangat dapat menimbulkan efek vasodilatasi pembuluh darah, sehingga meningkatkan aliran darah dan menyingkirkan inflamasi.
- c. Tidak mengonsumsi alkohol
- d. Program diet; tidak mengonsumsi makanan yang mengandung purin berlebih, perbanyak minum air putih, dll
- e. Mengurangi aktivitas berat

2.2.8 Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat asam urat antara lain:

1. *Gout* kronik bertofus Serangan gout yang disertai dengan benjolan-benjolan (tofi) di sekitar sendi yang sering meradang. Tofi adalah timbunan kristal monosodium urat di sekitar persendian seperti di tulang rawan sendi, sinovial, bursa atau tendon.
2. *Nefropati gout* kronik Penyakit tersering yang ditimbulkan karena hiperurisemia. Terjadi akibat dari pengendapan kristal asam urat dalam tubulus ginjal. Pada jaringan ginjal bisa terbentuk mikrotofi yang menyumbat dan merusak glomerulus.
3. *Nefrolitiasis* asam urat (batu ginjal) Apabila kristal menumpuk di saluran kemih maka dapat menyebabkan batu ginjal. Terjadi pembentukan massa keras seperti batu di dalam ginjal, bisa menyebabkan nyeri, pendarahan, penyumbatan aliran kemih atau infeksi.
4. Persendian menjadi rusak sehingga dapat menyebabkan kecacatan (Dianati, 2015).

2.2.9 Pathway



Sumber : (Nurarif, 2015)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan *Gout Arthritis*

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi untuk memperoleh data dengan maksud menentukan masalah keperawatan (Kholifah, 2016).

a. Identitas

Berisi nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan suku.

b. Riwayat Kesehatan Lansia

1) Riwayat Penyakit Sekarang

- Penyakit yang diderita saat ini dan gejalanya (misal: hipertensi, diabetes, stroke, dll.)
- Pengobatan yang sedang dijalani dan respons pasien terhadap pengobatan.

2) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya yang relevan (misal: penyakit jantung, stroke, gangguan pernapasan, dsb.

3) Riwayat alergi

Alergi obat, makanan, atau lingkungan.

4) Riwayat keluarga

Riwayat penyakit dalam keluarga yang relevan seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, kanker, dll.

5) Riwayat kebiasaan

Pola makan, kebiasaan tidur, olahraga, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol. Penggunaan obat-obatan (obat resep dan bebas), serta kepatuhan terhadap regimen pengobatan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi umum

Kesadaran: Pemeriksaan tingkat kesadaran pasien, apakah pasien terjaga, bingung, atau tidak sadar.

Tanda- tanda vital: tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan saturasi oksigen.

2) Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Integumen

Kaji bagian kulit terdapat luka atau lesi, pada lansia biasanya kulit berkerut, elastis dan lebih tipis, tampak kemerahan pada bagian sendi yang terserang *gout arthritis*.

b. Sistem Pernapasan

Kaji bentuk hidung simetris, pergerakan hidung simetris, ada/tidak ada sesak, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, ada/tidak ada penggunaan bantuan otot pernafasan, ada/tidak ada suara nafas tambahan pada lansia.

c. Sistem Kardiovaskular

Kaji konjungtiva merah muda atau tidak, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan di dada, tidak ada bunyi jantung tambahan, akral teraba hangat atau dingin, tekanan darah pada lansia.

d. Sistem Gastrointestinal

Kaji bagian bibir, gigi bersih/kotor, kelemahan fungsi mengunyah dan menelan, lesi pada abdomen, warna kulit abdomen, bising usus, tidak ada pembesaran hati, frekuensi BAB.

e. Sistem Perkemihan

Kaji warna urine pada lansia, tidak ada nyeri saat berkemih, tidak ada bekemih berlebihan, tidak hematuria, frekuensi BAK.

f. Sistem Reproduksi (Wanita)

Tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak terdapat nyeri di bagian pelvis.

g. Sistem Muskuloskeletal

Pada lansia dengan masalah gangguan mobilitas fisik terdapat gangguan pada sistem muskuloskeletal seperti kesulitan menggerakkan kakinya karena nyeri, kekuatan otot menurun, nyeri tekan, terasa kaku di sendi, pembengkakan sendi, masalah cara berjalan, dan dampak pada aktivitas sehari-hari.

h. Sistem Persyarafan

Pengkajian saraf kranial I-XII:

1) Nervus I (Olfaktoris)

Biasanya pada lansia tidak ada gangguan fungsi penciuman.

2) Nervus II (Optikus)

Tes ketajaman penglihatan pada lansia biasanya mengalami penurunan ketajaman sesuai dengan kondisi lansia.

3) Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Trokhealis, Abdusen)

Biasanya tidak ada gangguan pada saraf ini.

4) Nervus V (Trigeminus)

Biasanya pada lansia yang mengalami gout arthritis dengan masalah gangguan mobilitas fisik tidak ada gangguan terhadap sensori.

5) Nervus VII (Fasialis)

Bagian wajah lansia simetris, dapat mengangkat alis, kekuatan otot mata positif indera pengecapan baik.

6) Nervus VIII (Akustikus)

Biasanya pada lansia indera pendengaran terjadi penurunan sesuai dengan kondisi lansia.

7) Nervus IX dan X (Glosofaringeus dan Vagus)

Pada nervus ini tidak ada gangguan termasuk refleks muntah, kemampuan mengunyah dan menelan, indera pengecapan baik, dan gerakan ovula simetris dengan mengucapkan “ah” atau “a”.

8) Nervus XI (Asesorius)

Fungsi nervus ini tidak ada gangguan pada lansia. Pada bagian pipi dan bahu saat diberikan dorongan, lansia mampu menahan.

9) Nervus XII (Hipoglosus) Fungsi nervus ini tidak ada gangguan, dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah.

i. Sistem Endokrin

Kaji kulit pada lansia biasanya lentur dan kering, terjadi perubahan warna rambut, tidak ada polifagia, tidak ada polidipsi, dan tidak ada polyuria.

d. Pemeriksaan status mental:

- 1) *Cognitive Function*: Penilaian terhadap orientasi (waktu, tempat, orang), memori, kemampuan berpikir, dan kemampuan pengambilan keputusan.
- 2) *Mood* dan Perilaku: Penilaian terhadap kondisi emosional, kecemasan, depresi, atau gangguan tidur.

e. Aktivitas dan peran lansia

- 1) Kemandirian: Kemampuan lansia dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian, dan aktivitas lainnya.
- 2) Mobilitas: Kemampuan berjalan, berpindah tempat, dan melakukan aktivitas fisik lainnya.
- 3) Partisipasi Sosial: Interaksi sosial lansia dengan keluarga, teman, dan masyarakat sekitar.
- 4) Dukungan Sosial: Keluarga atau teman yang memberikan dukungan emosional dan praktis.

f. Pola Kesehatan fungsional

- 1) Pemeliharaan Kesehatan
- 2) Pola persepsi kognitif
- 3) Pola konsep diri
- 4) Pola peran dan hubungan
- 5) Pola pertahanan diri atau coping

6) Pola keyakinan dan nilai

g. Apgar keluarga

Apgar Keluarga adalah instrumen yang digunakan untuk menilai dukungan keluarga terhadap pasien lansia, yang meliputi lima dimensi:

Tabel 2.1 APGAR Keluarga

No	Items Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			
2.	P : <i>Partnership</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3.	G : <i>Growth</i> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			
5.	R : <i>Resolve</i> Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon.			
	Jumlah			

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-5 : Disfungsi keluarga sedang.

h. Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental untuk mengidentifikasi tingkat kerusakan intelektual yaitu yang pertama dengan menggunakan *Short Portable Status Quesioner* (SPMSQ) dan yang ke dua dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE).

Tabel 2.2 *Short Portable Status Quesioner* (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang ? Jawab :		
2.	Tahun berapa sekarang ? Jawab :		
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab :		
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :		
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab :		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :		
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :		
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab :		
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab :		
	Jumlah		

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2: Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4: Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7: Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah :8-10: Kerusakan intelektual BERAT

Tabel 2.3 Mini Mental Status Exam (MMSE)

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Dinegara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19.		
	20.		
	21.		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		

	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		
	c. Perintah tiga Langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26. Lipat dua !		
	27. Taruh dilantai !		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	Jumlah		

Analisis hasil Nilai < 21 : Kerusakan kognitif

i. Pengkajian Fungsional *Katz Indeks*

Katz Indeks adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari - hari (*Activity of Daily Living*).

Tabel 2.4 Pengkajian *Fungsional Katz Indeks*

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.		
2.	Berpakaian Mandiri :		

	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi /mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian.		
3.	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri. Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.		
4.	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.		
5.	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers).		
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT).		

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

j. Pengkajian Risiko Jatuh

Pengkajian risiko jatuh merupakan proses penilaian untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan lansia mengalami jatuh.

Tabel 2.5 Screening Faal Fungfional Reach (FR) Test

No.	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

INTERPRETASI :

USIA LEBIH 70 TAHUN : KURANG 6 INCHI : RESIKO ROBOH

Tabel 2.6 *The Timed Up And Go (TUG) Test*

No	Langkah
1.	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2.	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah(3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

INTERPRETASI :

Score:

≤ 10 detik : *Low risk of falling*

11 - 19 detik : *Low to moderate risk for falling*

20 – 29 detik : *Moderate to high risk for falling*

≥ 30 detik : *Impaired mobility and is at high risk of falling*

k. Pengkajian Skala Depresi

Pengkajian skala depresi pada lansia menggunakan berbagai skala, salah satunya yaitu Skala Depresi Geriatri (GDS) merupakan alat skrining yang dirancang untuk mendeteksi depresi pada individu usia lanjut.

Tabel 2.7 *Geriatric Depression Scale (SKALA DEPRESI)*

No	Pertanyaan	Jawaban (Ya/Tidak)	
1.	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?		
2.	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda		
3.	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		
4.	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?		
5.	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?		

6.	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?		
7.	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?		
8.	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?		
9.	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		
10.	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?		
11.	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?		
12.	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		
13.	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?		
14.	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?		
15.	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?		

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1 “ (Satu) :

Skor < 5 : Normal

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

1. Analisa Data

Tabel. 2.8 Analisa Data

No	Tanda dan Gejala	Etiologi (<i>Pathway</i>)	Masalah
1.	Gejala dan tanda mayor DS: 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (Tertekan) DO: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2.	Gejala dan tanda mayor DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	Gejala dan tanda mayor DS: - DO: Suhu tubuh di atas nilai normal	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU	Hipertermi (D.0130)

		↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Hipertermi	
4.	Gejala dan tanda mayor DS:- DO: Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kontraktur sendi ↓ Fibrosis dan/atau ankilosis tulang ↓ Gangguan Integritas kulit/jaringan	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
5.	Gejala dan tanda mayor DS: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup DO: -	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri kronis	Gangguan pola tidur (D. 0055)

		Terjadi saat malam hari ↓ Gangguan Pola Tidur	
--	--	--	--

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah *gout arthritis* menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

- 1) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*) (D.0078).

DS:

1. Mengeluh nyeri
2. Merasa depresi (Tertekan)

DO:

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

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054).

DS:

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO:

1. Kekuatan otot menurun

2. Rentang gerak (ROM) menurun

- 3) Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).

DS: -

DO:

Suhu tubuh di atas nilai normal

- 4) Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129).

DS:-

DO:

Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055).

DS:

1. Mengeluh sulit tidur

2. Mengeluh sering terjaga

3. Mengeluh tidak puas tidur

4. Mengeluh pola tidur berubah

5. Mengeluh istirahat tidak cukup

DO: -

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Kronis (D.0078) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Penyebab: Kondisi Muskuloskeletal kronis Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (Tertekan) Objektif: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Tingkat nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. 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 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback,

		7. Tekanan darah membaik	terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab: Kekakuan sendi Gejala dan tanda mayor Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan	Mobilitas fisik (L.05042) Definisi: Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan mobilisasi ((L.05173) Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

	ekstremitas Objektif: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	Hipertermi (D.0130) Definisi: Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Penyebab: Proses penyakit Gejala dan tanda mayor Subjektif: - Objektif: Suhu tubuh di atas nilai normal	Termoregulasi (L.14134) Definisi: Membaiknya pengaturan suhu tubuh berada pada rentang normal. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermi (I.15506) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi. Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin

			2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
4.	Gangguan integritas kulit / jaringan (D.0129) Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Penyebab: Kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) Gejala dan tanda mayor Subjektif:	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Definisi: Meningkatnya keutuhan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan kerusakan integritas kulit dan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Definisi: Mengidentifikasi dan merawat kulit pasien untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme. Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu

	- Objektif: Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.	jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergi pada kulit sensitif 5. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
5.	Gangguan pola tidur (D.0055) Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Penyebab: Kurang kontrol tidur Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur	Pola tidur (L.05045) Definisi: Keadeguan dan kuantitas tidur membaik. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun	Dukungan Tidur (L.05174) Definisi: Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur. Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik

	4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif: -	3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
--	---	---	---

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya kepada klien *gout arthritis*. Berdasarkan terminologi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi klien *gout arthritis* dengan tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Hasil evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Kholifah, 2016).

- S (*Subjective*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- O (*Objective*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- A (*Assesment*) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

- P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

2.4. Konsep Nyeri *Gout Arthritis*

2.4.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan. Nyeri adalah pengalaman sensorik multidimensi. Fenomena tersebut adalah intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, terputus-putus, persisten), dan menyebar (dangkal atau dalam) (Bahrudin, 2018).

Nyeri sendi adalah perasaan tidak nyaman yang dirasakan di seluruh tubuh di area sendi, termasuk bahu, pinggul, siku, lutut, jari, rahang, dan leher. Nyeri sendi merupakan gejala dari penyakit yang mendasari seperti *arthritis* (radang sendi) dan peradangan pada bantalan sendi (bursitis) (Elfira, 2020).

2.4.2 Klasifikasi

Nyeri dibagi menjadi nyeri akut dan nyeri kronis berdasarkan durasinya:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut dapat digambarkan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik sampai 6 bulan. Fungsi nyeri akut adalah untuk memperingatkan cedera dan penyakit yang akan segera terjadi. Nyeri akut berhenti secara spontan (*self-limiting*), dan setelah kondisi daerah yang cedera sembuh, akhirnya hilang dengan atau tanpa pengobatan. Rasa sakit ini biasanya karena trauma bedah atau

peradangan. Nyeri akut dapat disertai dengan aktivasi sistem saraf simpatis, menyebabkan gejala seperti peningkatan pernapasan, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, berkeringat, dan pupil melebar. Pasien dengan nyeri akut biasanya juga menunjukkan reaksi emosional dan perilaku, seperti menangis, merintih kesakitan, mengerutkan kening, dan menyeringai (Andarmoyo, 2019).

b. Nyeri Kronis

Nyeri Kronis berlangsung lebih lama dari nyeri akut dan umumnya agak resisten terhadap pengobatan. Nyeri kronis dapat disebabkan oleh kerusakan jaringan, tetapi sering juga disebabkan oleh kerusakan saraf (Saling, 2019). Gejala klinis yang diamati pada nyeri kronis sangat berbeda dari yang diamati pada nyeri akut. Pada pemeriksaan, tanda-tanda vital biasanya dalam batas normal dan tidak melibatkan dilatasi pupil.

Gejala umum yang berhubungan dengan reaksi psikososial seperti putus asa, apatis, penurunan libido (hasrat seksual), penurunan berat badan, perilaku penarikan, mudah tersinggung, lekas marah, dan kurangnya minat dalam aktivitas fisik. Klien secara verbal dapat melaporkan ketidaknyamanan, kelemahan, dan malaise. Pasien dengan nyeri kronis sering mengalami remisi (gejala yang hilang sebagian atau seluruhnya) dan eksaserbasi (gejala yang berangsur-angsur memburuk). Ketidakpastian nyeri kronis dapat mengganggu klien dan sering menyebabkan depresi (Andarmoyo, 2018).

2.4.3 Alat Ukur nyeri

Intensitas nyeri merupakan indikasi seberapa parah rasa nyeri yang dirasakan seseorang. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan pribadi, dan seseorang mungkin mengalami nyeri dengan intensitas yang sama tetapi dirasakan berbeda. Mengukur nyeri dengan pendekatan yang paling objektif adalah dengan menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran skala nyeri menggunakan teknik ini tidak memberikan gambaran yang jelas tentang rasa sakit itu sendiri (Siti, 2017).

Skala nyeri merupakan alat penilaian yang mengukur tingkat keparahan nyeri. Individu dapat menggunakan skala nyeri untuk melaporkan rasa nyeri kepada penyedia layanan. Skala nyeri membantu penyedia layanan kesehatan lebih memahami jenis nyeri individu, tingkat keparahan nyeri, dan durasi nyeri. Pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri.

a. *Face Pain Scale (FPS)*

FPS dirancang untuk mengukur rasa nyeri pasien. Setiap ekspresi wajah yang ditampilkan menunjukkan adanya hubungan dengan nyeri yang dirasakan. FPS versi terbaru menampilkan gambar enam wajah bergaris yang ditampilkan secara horizontal. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke wajah yang paling menggambarkan intensitas nyeri mereka (Mayasari, 2016).

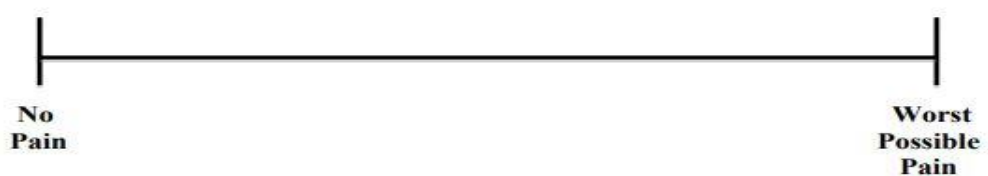
Untuk anak-anak, skala nyeri dengan gambar wajah sering digunakan. Anak diberikan gambar dengan ekspresi wajah berbeda. Anak memilih wajah yang dirasa paling cocok dengan tingkat nyeri saat ini (Cirino, 2018).



b. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara menghitung skala nyeri yang paling banyak digunakan oleh praktisi medis. VAS merupakan skala linier yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita oleh pasien. Pada metode VAS, visualisasinya berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, di mana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya lagi mengindikasikan rasa atau intensitas nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur penghitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.

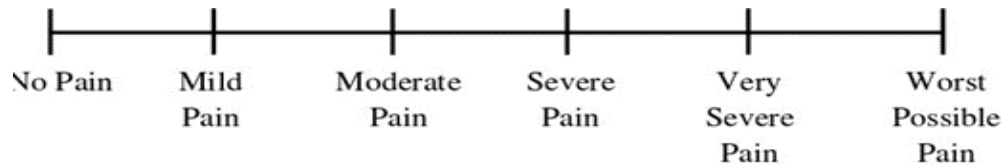
Berikut adalah visualisasi VAS:



c. *Verbal Rating Scale (VRS)*

VRS adalah skala ordinal biasanya dijelaskan menggunakan 4-6 kata sifat untuk mewakili peningkatan intensitas nyeri. Pasien diminta untuk memilih

kata-kata yang menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan. Metode ini mudah dipahami untuk pasien dengan gangguan non-kognitif, tetapi kurang akurat dan sensitif (Mayasari, 2016).



d. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Metode Skala Numerik (NRS) didasarkan pada 1-10 skala yang mewakili kualitas nyeri yang dialami pasien. NRS dikatakan mudah dipahami dan lebih efektif dalam mendeteksi penyebab nyeri (Verizarie, 2020).

Skala Nyeri NRS:



2.4.4 Penatalaksanaan Nyeri

1. Intervensi Farmakologi

Teknik farmakologi merupakan cara yang paling efektif untuk meredakan nyeri, terutama untuk nyeri yang sangat parah yang berlangsung selama berjam-jam bahkan sehari-hari (Suriya & Zuriati, 2019). Pengobatan nyeri farmakologi adalah upaya atau strategi untuk mengobati nyeri dengan obat penghilang rasa sakit. Dokter dan apoteker memainkan peran dominan dalam manajemen farmakologi (Mayasari, 2020).

2. Intervensi Non-farmakologi

Pengobatan nyeri non farmakologi merupakan strategi pereda nyeri yang mengambil perilaku Caring tanpa menggunakan obat-obatan. Dengan demikian tenaga medis yang berperan dominan adalah perawat karena berhubungan langsung dengan pekerjaan keperawatan. Teknik non farmakologi dapat digunakan sebagai tambahan untuk pemberian analgesik, tetapi efek non farmakologis tidak dimaksudkan sebagai alternatif analgesik (Mayasari, 2020).

Terapi fisik non farmakologi untuk mengurangi nyeri mencakup berbagai bentuk stimulasi kulit misalnya pijatan atau masase, stimulasi saraf listrik transkutan, akupunktur, akupresur, kompres panas atau dingin (Suriya & Zuriati, 2019). Kompres hangat kayu manis merupakan salah satu Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

2.5 Konsep Kompres Hangat Kayu Manis

2.5.1 Pengertian Kompres Hangat Kayu manis

Secara teori kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah kebagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme otot atau kekakuan otot maupun sendi (Prasetyaningrum, 2013).

Penambahan campuran kayu manis dalam terapi kompres hangat dapat lebih meningkatkan terjadinya penurunan nyeri, karena kayu manis mengandung anti inflamasi dan anti rematik yang berperan dalam proses penyembuhan peradangan sendi yang terjadi pada *gout arthritis*. Hal ini dikarenakan kayu manis

mengandung sinamaldehyd yang dapat menghambat proses peradangan sehingga dapat mengatasi nyeri *gout arthritis*. Minyak atsiri pada kayu manis mengandung *eugenol*, dimana *eugenol* mempunyai rasa yang sangat pedas dan panas sehingga mampu membuka pori-pori kulit. Kandungan kayu manis yang berperan dalam inflamasi berasal dari sinamaldehyd. Kandungan sinamaldehyd mampu masuk ke dalam sistemik tubuh dengan terjadinya pelebaran pori-pori kulit. Sinamaldehyd diduga mampu menghambat lipoxigenase yang merupakan mediator didalam tubuh yang mampu mengubah asam free arachidonic acid menjadi leukotrienes. Free arachidonic acid adalah asam lemak tak jenuh yang merupakan bahan pembentukan leukotritny. Jika leukotritnya menurun maka proses inflamsi akan terhambat dan keluhan nyeri yang dirasakan berkurang (Prasetyaningrum, 2013).

Hasil penelitian Hartutik dan Gati mengatakan bahwa pemberian kompres kayu manis dapat lebih meningkatkan terjadinya penurunan nyeri, karena kayu manis mengandung anti inflamasi dan anti rematik yang berperan dalam proses penyembuhan peradangan sendi yang terjadi pada *athritis gout* dengan *p value* (0,003)($\alpha \leq 0,05$). Alat dan bahan yang digunakan adalah serbuk kayu manis +15 gram, air untuk merebus kayu manis sebanyak +200 cc, waslap, baskom. Cara pembuatan kompres adalah dengan merebus kayu manis hingga mendidih kemudian dimasukan kedalam baskom. Selanjutnya masukan waslap, siap digunakan untuk kompres saat air 40-45°C, dan lakukan kompres selama 15-20 menit di daerah nyeri. Skala nyeri yang dirasakan oleh lansia diukur dengan menggunakan NRS (*Numerical Ranting Scale*) (Hartutik dan Gati, 2021).

2.5.2 Kandungan Kayu Manis

Kulit kayu manis mengandung bermacam-macam bahan yaitu minyak atsiri (1-4%) yang berisi sinamaldehyd (60-80%), eugenol (sampai 10%) dan trans asam sinamat (5-10%, senyawa fenol (410%), tannin, katechin, proanthocyanidin, monoterpen dan sesquiterpen (piene), kalsium monoterpen oksalat, gum getah, resin, pati, gula dan coumarin (Margowati & Priyanto, 2018). Bubuk kayu manis mengandung sinamaldehyd dapat menghambat kerja peradangan. Minyak atsiri pada kulit kayu manis mengandung eugenol, dimana eugenol mempunyai rasa yang sangat pedas dan panas sehingga mampu membuka pori-pori kulit. Kandungan sinamaldehyd mampu masuk kedalam tubuh dengan adanya pelebaran pori-pori tersebut. Sinamaldehyd juga mampu menghambat lipoxxygenase. Lipoxxygenase ini merupakan mediator didalam tubuh yang mengubah asam Free Arachidonic Acid menjadi leukotrienes. Jika leukotrinnya menurun maka proses inflamasi berkurang. Salah satu dari tanda inflamasi merupakan nyeri. Sehingga nyeri dapat berkurang dengan adanya pengompresan kayu manis dengan air hangat (Amalia, 2018).

2.5.3 Manfaat Kayu Manis

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Margowati (2018) efek farmakologis kayu manis sebagai peluruh kentut, peluruh keringat, antirematik, penambah nafsu makan, dan penghilang rasa sakit atau analgesik.

2.6 Konsep Evidence Base Practice

2.6.1 Definisi EBP

Evidence-based practice (EBP) adalah pendekatan praktik klinis yang didasarkan pada bukti ilmiah terbaik yang diperoleh dari penelitian, pengalaman klinik perawat, dan preferensi pasien dalam membuat keputusan klinis dalam pelayanan kesehatan (Carlson, 2010).

2.6.2 Tujuan EBP

Menurut Grinspun, Vinari & Bajnok (dalam Hapsari, 2011), tujuan penerapan EBP adalah untuk memberikan data kepada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar mereka dapat memberikan perawatan yang efektif dengan menggunakan hasil penelitian terbaik, menyelesaikan masalah ditempat pelayanan pasien, mencapai kesempurnaan dalam asuhan keperawatan, serta memastikan standar kualitas dan mendorong inovasi.

2.6.3 Manfaat EBP

- 1) Meningkatkan kualitas perawatan pasien
- 2) Meningkatkan keselamatan pasien
- 3) Meningkatkan pembelajaran dan inovasi
- 4) Meningkatkan kepuasan profesional keperawatan

2.6.4 Jurnal Terkait

Tabel 2.10 Evidence Based Practice (EBP)

No	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	P (Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
1.	Rani Savalas Putri, Baso Witman Adiaksa (2025).	Pemberian Kompres Hangat Kayu Manis Terhadap Penurunan Skala Nyeri Sendi Pada Lansia.	Populasi penelitian ini 20 orang lansia menggunakan Teknik purposive sampling.	Melakukan kompres hangat kayu manis yang dilakukan dua kali terapi per hari selama 15 menit dan di laksanakan selama 2 hari berturut-turut.	Penelitian ini diperkuat oleh beberapa referensi dan hasil penelitian sebelumnya dilakukan oleh Margowati dan Priyanto (2017). Yanti dkk (2019).	Berdasarkan hasil penelitian skala nyeri sendi sesudah di lakukan kompres hangat kayu manis yang dilakukan dua kali terapi per hari selama 15 menit dan di laksanakan selama 2 hari berturut-turut pada lansia mempunyai Perbedaan skala nyeri sendi sebelum dan sesudah di berikan intervensi kompres hangat kayu manis yaitu sebelum di berikan 2,15 dan sesudah diberikan turun menjadi 1,3 terdapat penurunan 0,85.

2.	Sindi Candra Wulan Agustin, Muhammad Al Amin, Sholihin (2024).	Penerapan Kompres Hangat Kayu Manis Pada Asuhan Keperawatan Gerontik Klien Gout Arthritis Dengan Nyeri Akut Di Puskesmas Gitik Rogojampi Banyuwangi 2024.	Populasi dalam studi kasus ini adalah klien lansia yang mengalami Gout Arthritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Puskesmas Gitik Rogojampi.	Melakukan kompres hangat kayu manis dilakukan selama 1 kali sehari berturut-turut selama 4 hari dengan waktu 10-20 menit pada daerah sendi yang terasa nyeri.	-	Berdasarkan hasil penelitian dalam pemberian kompres hangat kayu manis efektif dapat menurunkan nyeri dalam waktu 4 hari setiap harinya skala nyeri menurun dalam 1 digit. Pada Klien 1 skala nyeri menurun setiap harinya 1 digit dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi 3 (nyeri ringan). Pada klien 2 skala nyeri menurun setiap harinya 1 digit dari skala nyeri 5 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan).
3.	Md Suhel Ranow, Herlina, Aulia Rahman (2024).	Pengaruh Kompres Kayu Manis (Cinnamomum Burmannii) Terhadap Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia Di Desa Sadar Sriwijaya Bandar Sribawawono	Populasi penelitian adalah 119 lansia penderita nyeri gout arthritis, dengan sampel 30 responden yang diambil menggunakan kuota sampling. Penelitian ini mengadopsi	Melakukan kompres hangat kayu manis selama dua kali terapi per hari selama 15-20 menit selama	Penelitian ini diperkuat oleh beberapa referensi dan hasil penelitian sebelumnya dilakukan oleh Margowati dan Priyanto (2017).	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai pengaruh kompres hangat kayu manis (Cinnamomum burmannii) terhadap nyeri gout arthritis pada lansia di Desa Sadar Sriwijaya Bandar Sribawono, Lampung Timur, tahun 2024, dapat

		Lampung Timur Tahun 2024.	metode kuantitatif dengan desain quasi eksperimen bertipe one group pretest-posttest.	tiga hari berturut-turut		disimpulkan bahwa mayoritas responden berusia 60-70 tahun, dengan 56,7% berjenis kelamin laki-laki dan pendidikan terbanyak pada tingkat SMP serta SMA masing-masing 33,3%. Skala nyeri sendi sebelum diberikan kompres hangat tercatat 4,47, sedangkan setelah pemberian kompres, skala nyeri menurun menjadi 2,17. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan p-value 0,000, yang berarti terdapat pengaruh signifikan dari kompres hangat kayu manis terhadap nyeri gout arthritis pada lansia.
4.	Rona Febriyona, Andi Nur Aina Sudirman, Mohamad Risandy Utina (2023).	Pengaruh Kompres Kayu Manis Terhadap Nyeri Gout Arthritis Pada Lanjut Usia Di Desa Tihu	Pupolasinya adalah lansia pada bulan Januari 2022 sejumlah 44 lansia di Desa Tihu Kecamatan Bone pantai teknik	Memberikan kompres kayu manis setiap hari selama 1 minggu dengan durasi	Penelitian ini diperkuat oleh beberapa referensi dan hasil penelitian sebelumnya	Hasil penelitian tingkat nyeri sebelum kelompok perlakuan yaitu nyeri sedang sebanyak 15 lansia (100%) dan kelompok kontrol yaitu nyeri sedang sebanyak 15

		Kecamatan Bonepantai.	pengambilan sampel adalah purposive sampling.	pemberian kompres selama 15 menit.	dilakukan oleh Niken et al (2019). Hambatara et al (2018).	lansia (100%). Tingkat nyeri sesudah kompres kayu manis pada kelompok perlakuan mayoritas nyeri ringan sebanyak 12 lansia (80%) dan tingkat nyeri sesudah kelompok kontrol mayoritas nyeri sedang sebanyak 11 lansia (73,3%). Ada pengaruh kompres kayu manis terhadap nyeri gout arthritis pada lanjut usia di Desa Tihu Kecamatan Bonepantai.
5.	Ni Made Ridla Nilasanti Parwata,Tasnim, Dafrosia Darmi Manggasa, Agusrianto, Desi Kristanti Dala (2020).	Penerapan Kompres Kayu Manis (Cinnamomun Burmani) Terhadap Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Kasus Gout Arthritis.	Populasi adalah satu orang pasien lansia penderita Gout Arthritis yang mengalami Nyeri.	Memberikan kompres kayu manis 4 kali pemberian pada pagi hari selama 1 minggu dalam waktu 15-20 menit.	Penelitian ini diperkuat oleh beberapa referensi dan hasil penelitian sebelumnya dilakukan oleh Sri dan Sigit (2017).	Berdasarkan hasil penelitian Kompres kayu manis dapat menurunkan nyeri gout Arthritis dari skala 6 menjadi 3 setelah 4 kali pemberian pada pagi hari selama 1 minggu dalam waktu 15-20 menit dapat menurunkan nyeri sendi akibat Gout Arthritis.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

A. Identitas Pasien

1. Nama : Ny.U
2. Tempat /tgl lahir : Bandung, 10 Oktober 1946 (78 Tahun)
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Kawin
5. Agama : Islam
6. Suku : Sunda

B. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
2. Pekerjaan sebelumnya : Tidak bekerja
3. Sumber pendapatan : Tidak mempunyai pendapatan
4. Kecukupan pendapatan : Cukup, karena dibiayai oleh panti

C. Lingkungan Tempat Tinggal

Lingkungan tempat tinggal Ny.U bersih, rapi, penerangan cukup, sirkulasi udara baik, terdapat tempat khusus pembuangan sampah, halaman luar sejuk, kamar Ny.U nyaman dan bersih, tempat tidur dan barang-barang tertata dengan rapi dan kamar mandi tampak bersih.

D. Riwayat Kesehatan

1. Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir : Klien mengatakan nyeri kaki.
2. Gejala yang dirasakan : Klien mengatakan nyeri, lutut terasa kaku, kaki terasa kebas dan kesemutan.
3. Faktor pencetus : Setelah makan sayuran yang hijau-hijau
4. Timbulnya keluhan : Hilang timbul.
5. Upaya mengatasi : Istirahat, tidur dan minum obat.
6. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktek/bidan/perawat ?

Pada saat klien sakit biasanya memeriksakan diri ke pelayanan Kesehatan yang ada di panti.

7. Mengonsumsi obat-obatan sendiri ?, obat tradisional ?

Klien mengatakan mengonsumsi obat yang diberikan oleh perawat / dokter.

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit yang pernah diderita: Klien mengatakan bahwa klien mengalami penyakit hipertensi, asam urat dan katarak.
2. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu dll) : Klien mengatakan tidak memiliki alergi.

3. Riwayat kecelakaan : Klien mengatakan pernah terjatuh Ketika sedang di kamar mandi.
4. Riwayat pernah dirawat di RS : Klien pernah dirawat saat operasi katarak.
5. Riwayat pemakaian obat : Klien mengatakan bahwa klien diberi obat untuk menurunkan hipertensi dan asam urat oleh petugas Kesehatan di Panti.

3. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri kaki.

2. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai ke telapak kaki, Skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah, kaki terasa kaku ketika digerakan, nyeri ketika bergerak, gerakan terbatas, tampak berhati-hati ketika berjalan ataupun berpindah tempat. Klien juga mengeluh sulit tidur, sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri, susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun, tidak puas tidur.

3. Riwayat penyakit dahulu

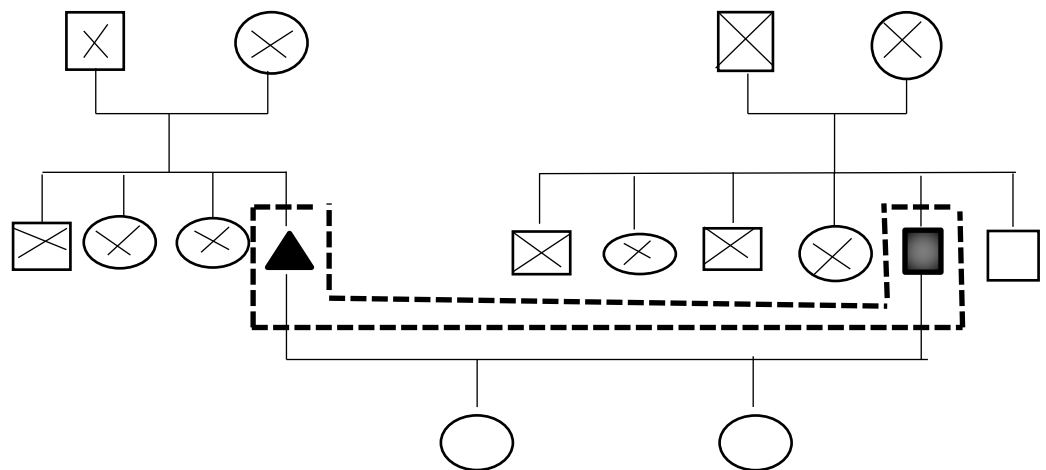
Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, asam urat dan katarak.

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien, tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes dan asma. Keluarga juga mengatakan tidak ada yang memiliki penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan HIV.

5. Genogram

a. Genogram :



Keterangan :

	: Laki – Laki
	: Perempuan
	: Suami
	: Istri
	: Klien / Pasien
	: Tinggal Serumah
	: Garis Perkawinan
	: Garis Keturunan

E. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan jika ada keluhan yang dirasakan klien segera istirahat dan tidur, namun jika yang dirasakan tidak membaik, klien meminta obat ke Poli klinik yang ada di Panti.

2. Nutrisi Metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik

Pola Makan	
Jenis	Klien mengatakan jenis makanan yang sering dikonsumsi yaitu nasi, daging, telur, ikan dan sayur-sayuran
Porsi	Klien mengatakan jika makan 1 porsi habis
Frekuensi	Klien mengatakan makan 3x/hari
Diet Khusus	Mengurangi konsumsi sayuran hijau
Makanan Disukai	Klien mengatakan menyukai ayam
Kesulitan Menelan	Tidak ada kesulitan
Gigi Palsu	Klien mengatakan tidak menggunakan gigi palsu
Napsu Makan	Baik
Pola Minum	
Jenis	Air Putih
Frekuensi	Klien mengatakan minum 5-6 gelas/hari
Jumlah	± 1000-1500 ml
Pantangan	Tidak ada pantangan
Minuman Disukai	Air putih

3. Pola Eliminasi

Table 3.2 Pola Eliminasi

BAK	
Frekuensi	4-5x/hari
Jumlah	-
Warna	Kuning jernih
Bau	Khas urin
Keluhan	Tidak ada keluhan
BAB	
Frekuensi	1x/hari

Jumlah	-
Warna	Kuning Kecoklatan
Bau	Khas Feses
Keluhan	Tidak ada keluhan

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	√				
2.	Berpakaian	√				
3.	Eliminasi	√				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√				
5.	Berpindah	√				
6.	Berjalan	√				
7.	Berbelanja			√		
8.	Memasak			√		
9.	Naik tangga			√		
10.	Pemeliharaan rumah / ruangan	√				

Ket.: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain – alat

4 = Tergantung/tidak mampu

No.	Jenis	Sehari – hari
1.	Mandi	Frekuensi : 2x/hari (Mandiri)
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x/hari (Mandiri)
3.	Mobilisasi Tempat Tidur	Frekuensi : Sering (Mandiri)

5. Pola Persepsi Kognitif

a. Berbicara

Klien berbicara dengan jelas dan mudah dipahami.

b. Bahasa

Klien menggunakan bahasa Indonesia dan Sunda dalam sehari-hari.

c. Kemampuan membaca

Klien mampu membaca serta memahami tulisan dengan baik dan benar.

d. Tingkat ansietas

Klien tidak mengalami kecemasan.

e. Kemampuan Berinteraksi

Klien mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

6. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur

No.	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang		
	Lama Tidur	1 jam (13.00-14.00)	1 jam (13.00-14.00)
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
2.	Tidur Malam		
	Lama Tidur	4-5 jam	4-5 jam
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

7. Pola Konsep Diri

Konsep Diri :

Klien menyadari bahwa dirinya adalah seorang lansia dan selalu berfikir positif dalam segala hal.

Ideal Diri :

Klien mengatakan ingin bisa bergerak aktif seperti dulu agar dapat melakukan aktivitas tanpa ada hambatan.

Harga Diri :

Klien tidak merasa minder dengan keadaan yang sekarang dan selalu kooperatif terhadap lingkungan disekitarnya.

Identitas Diri :

Klien mampu mengenali dirinya sebagai seorang perempuan lansia.

Peran Diri :

Selama ini klien berperan sebagai seorang istri.

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien mampu berinteraksi dengan baik dengan lansia lain dan lingkungan sekitarnya, klien sangat ramah dan mudah berbaur.

9. Pola Reproduksi dan seksual

Klien mengatakan sudah tidak menstruasi, klien mengatakan sudah tidak lagi melakukan seksualitas dikarenakan faktor usia yang sudah tua dan tidak ada keinginan untuk berhubungan.

10. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Klien mengatakan selalu menerima apapun yang terjadi, tidak merasa stress karena selalu berfikir positif.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, klien percaya akan adanya Allah SWT, klien selalu melaksanakan sholat 5 waktu, klien juga sering mengikuti pengajian di Panti.

12. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

1. Kondisi emosi / perasaan klien

- a. Apa suasana hati yang menonjol pada klien (sedih / gembira)
- b. Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya / tidak)

2. Kebutuhan Spiritual Klien :

- a. Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi / ~~tidak terpenuhi~~)
- b. Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual :

Nyeri kaki yang dialami membuat klien merasa kesulitan dalam melakukan ibadah terutama sholat, terkadang jika nyeri terus menerus klien melakukan sholat dengan cara duduk. Namun kebutuhan spiritual tetap terpenuhi.

- c. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual :

Dengan cara berhati-hati dalam melakukan kegiatan ibadah.

F. Pemeriksaan Kebutuhan Dasar Manusia

a. Rumus Kebutuhan Cairan

$$BB = 45 \text{ Kg}$$

$$BB \text{ 10 Kg Pertama} = 1000 \text{ ml/hari cairan}$$

$$BB \text{ 10 Kg Kedua} = 500 \text{ ml/hari cairan}$$

BB >>10 Kg = 20 ml/hari cairan

1.000 +500+500=2.000 ml/hari cairan

Jadi, kebutuhan cairan klien adalah 2.000 ml/hari cairan

b. Nutrisi Metabolik

Menghitung Body Mass Index (BMI)

Rumus : Berat Badan (kg) / (Tinggi Badan (m))²

TB dalam M = $\frac{140}{100} = 1,40$

IMT = $\frac{45}{1,40^2} = \frac{45}{1,40 \times 1,40} = \frac{45}{1,96} = 22,95$ (Normal)

Klasifikasi nilai IMT adalah sebagai berikut :

< 17.0	= Kurang BB Tingkat Berat
17.0 - 18.5	= Kurang BB Tingkat Ringan
18.5 - 25.0	= Normal / Ideal
25.0 - 27.0	= Kelebihan BB Tingkat Ringan
> 27.0	= Kelebihan BB Tingkat Berat

Jadi, nilai IMT klien masuk ke dalam kategori Normal (18.5 - 25.0)

c. Rumus Menghitung Kebutuhan Kalori

Kalori A = 1 Kal x BB x 24 Jam x AMB

= 1 x 45 x 24 x 1.080 (Kalori A)

Aktivitas Metabolisme Basal (AMB) :

Sangat Ringan : Laki-laki = 1,30, Perempuan = 1,30

Ringan : Laki-laki = 1,65, Perempuan = 1,55
 Sedang : Laki-laki = 1,76, Perempuan = 1,70
 Berat : Laki-laki = 2,10, Perempuan = 2,00

Kalori B = AMB x Kalori A

$$= 1,55 \times 1.080 = 1.674 \text{ Kkal}$$

Jadi, kebutuhan kalori klien adalah 1.674 Kkal/hari.

G. Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Compos mentis (E=4, V=5, M=6)

2. Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 130/80 mmHg

Nadi : 87x/ menit

Respirasi : 20x/ menit

Suhu : 36.7°C

Spo2 : 98 %

3. Keadaan Umum : Baik, namun tampak meringis ketika lutut terasa sakit.

1) Sistem Pernafasan

Inspeksi : Hidung tampak simetris, tidak ada kotoran ataupun sekret.

Palpasi : Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Perkusi : Terdengar resonan pada kedua lapang paru.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler.

2) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas, konjungtiva tidak anemis, CRT < 2 detik.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

Perkusi : Terdengar resonan.

Auskultasi : Bunyi detak jantung klien normal, bunyi jantung S1 Lub S2 Dub.

3) Sistem Muskuloskeletal

Inspeksi : Ekstremitas

5	5
3	5

Atas : Anggota gerak lengkap, tidak ada kelainan.

Bawah : Anggota gerak lengkap tetapi terdapat penurunan kekuatan otot di kaki kiri.

Palpasi : Tidak ada edema pada ekstremitas, ada nyeri tekan.

Perkusi : Terdapat nyeri ketika diperiksa bagian lutut kanan.

4) Sistem Persyarafan

a) Nervus I (Olfaktorius)

Fungsi penciuman baik, klien dapat membedakan wangi kayu manis dan minyak wangi.

b) Nervus II (Optikus)

Fungsi penglihatan klien baik, klien dapat membaca tulisan yang ditunjukkan.

c) Nervus III (Oculomotorius)

Otot-otot mata baik, bisa menggerakkan atau mengendalikan mata, bisa mengangkat kelopak mata, pupil isokor.

d) Nervus IV (Trochlearis)

Klien dapat menggerakkan satu otot mata, mata dapat digerakan ke atas dan bawah.

e) Nervus V (Trigeminus)

Klien dapat menggerakkan rahangnya.

f) Nervus VI (Abdusen)

Klien dapat menggerakkan mata kea rah samping dengan baik.

g) Nervus VII (Fasialis)

Wajah tampak simetris, ekspresi wajah sesuai dengan isi hati.

h) Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Fungsi pendengaran klien baik.

i) Nervus IX (Glasofaringeus)

Fungsi pengecapan baik, produksi air liur baik.

j) Nervus X (Vagus)

Reflek menelan klien baik, klien berbicara lancar tidak terbata-bata.

k) Nervus XI (Aksesorius)

Klien dapat menggerakkan leher dan bahu.

l) Nervus XII (Hipoglosus)

Klien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke atas dan bawah juga ke samping.

5) Sistem Integumen

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, tidak ada luka
namun terdapat benjolan kecil pada tangan kanan.

Palpasi : Turgor kulit menurun, CRT < 2 detik.

6) Sistem Perkemihan

Inspeksi : Klien dapat berkemih dengan baik, frekuensi 4-5x/hari,
warna kuning jernih, tidak ada gangguan BAK.

Palpasi : Tidak ada distensi kandung kemih.

7) Sistem Gastrointestinal

Inspeksi : Bentuk abdomen simetris.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : Tidak ada cairan / massa.

Auskultasi : Bising usus 10x/menit.

8) Sistem Penginderaan

Mata : Penglihatan klien baik, klien mampu membaca apa yang
ditunjukkan.

Telinga : Pendengaran klien baik, klien dapat menjawab semua
pertanyaan yang diajukan dengan benar.

Hidung : Penciuman klien baik, terbukti klien dapat membedakan
wangi kayu manis dan minyak wangi.

Mulut : Pengecapan klien baik, klien mampu membedakan rasa
manis dan asin.

9) Sistem Endokrin

Inspeksi : Tidak ada hiperpigmentasi

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

10) Sistem Reproduksi

Inspeksi : Genetalia bersih, tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

H. PENGKAJIAN APGAR KELUARGA**Tabel 3.5 APGAR KELUARGA**

No	Items Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	√		
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	√		
3.	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	√		
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		√	
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon.		√	
	Jumlah	8		

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 Fungsi keluarga baik

Hasil Pemeriksaan : Skor 8 termasuk ke dalam fungsi keluarga baik.

I. PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF (SPMSQ) DAN PENGKAJIAN MMSE

Tabel 3.6 Pengkajian *Short Portable Status Questioner* (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang ? Jawab : 10.45	√	
2.	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2025	√	
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : 10-10-1946	√	
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : 78 Tahun	√	
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Garut	√	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 2	√	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Bapak Alex	√	
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	√	
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Prabowo	√	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : 20-1	√	
	Jumlah	10	

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2: Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4: Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7: Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah :8-10: Kerusakan intelektual BERAT

Hasil Pemeriksaan : Skor 10, termasuk ke dalam fungsi intelektual utuh.

Tabel 3.7 Pengkajian *Mini Mental Status Exam* (MMSE)

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	√	
	2. Musim apa sekarang ?	√	
	3. Tanggal berapa sekarang ?	√	
	4. Hari apa sekarang ?	√	
	5. Bulan apa sekarang ?	√	
	6. Di negara mana anda tinggal ?	√	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	√	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	√	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		√
	10. Di desa mana anda tinggal ?		√
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. Kursi	√	
	12. Kasur	√	
	13. Pintu	√	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K	√	
	15. A	√	
	16. P	√	
	17. A	√	
	18. B	√	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19. Kursi	√	
	20. Kasur	√	

	21. Pintu	√	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	√	
	23. Pensil	√	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “	√	
	c. Perintah tiga Langkah		
	25. Ambil kertas !	√	
	26. Lipat dua !	√	
	27. Taruh dilantai !	√	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	√	
	29. Tulis satu kalimat	√	
	30. Salin gambar	√	
	Jumlah	28	

Analisis hasil Nilai < 21 : Kerusakan kognitif

Hasil Pemeriksaan : Skor 28, klien tidak mengalami kerusakan kognitif.

J. PENGKAJIAN STATUS FUNGSIONAL (*Katz Indeks*)

Tabel 3.8 Pengkajian *Fungsional Katz Indeks*

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.	√	
2.	Berpakaian Mandiri :		

	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi /mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian.	√	
3.	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri. Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.	√	
4.	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.	√	
5.	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers).	√	
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT).	√	

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien.

Analisis Hasil :

**Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB),
berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.**

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi
tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu
fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar
kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar
kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

K. SCREENING FAAL FUNGTIONAL REACH (FR) TEST

Tabel 3.9 Screening Faal Fungtional Reach (Fr) Test

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

INTERPRETASI :

USIA LEBIH 70 TAHUN : KURANG 6 INCHI : RESIKO ROBOH

Hasil Pemeriksaan :

Klien tidak mampu dalam test ini dikarenakan terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah dan terdapat penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah.

L. Pengkajian Risiko Jatuh

Tabel 3.10 The Timed Up And Go (TUG) Test

No	Langkah
1.	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2.	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah(3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

INTERPRETASI :

≤ 10 detik : *Low risk of falling*

11 - 19 detik : *Low to moderate risk for falling*

20 – 29 detik : *Moderate to high risk for falling*

≥ 30 detik : *Impaired mobility and is at high risk of falling*

Hasil Pemeriksaan : Skor 16, (*Low to moderate risk for falling*).

M. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

Tabel 3.11 Geriatric Depression Scale (SKALA DEPRESI)

No	Pertanyaan	Jawaban (Ya/Tidak)	
1.	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Ya	
2.	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda	Ya	
3.	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		Tidak
4.	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?	Ya	
5.	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Ya	
6.	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	Ya	

7.	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Ya	
8.	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	Ya	
9.	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?	Ya	
10.	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?		Tidak
11.	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	Ya	
12.	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		Tidak
13.	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	Ya	
14.	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?		Tidak
15.	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Dari pada Anda?	Ya	

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1 “ (Satu) :

Skor < 5 : Normal

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

Hasil Pemeriksaan : Skor 4, tidak depresi (Normal).

N. ANALISA DATA

Tabel 3.12 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2.	DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah. - Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan. - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak. DO: - Kekuatan otot menurun 5 5 — 3 5 - Rentang Gerak (ROM) menurun. - Sendi tampak kaku - Gerakan tampak terbatas	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓ Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Deformitas sendi ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	DS: - Klien mengeluh sulit tidur.	GOUT ↓ Penumpukan dan pengendapan MSU ↓	Gangguan pola tidur (D. 0055)

	- Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri. - Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun. - Klien mengatakan tidak puas tidur. - Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam. DO: - Wajah tampak pucat. - Sklera tampak merah. - Terdapat kantung mata.	Pembentukan thopus ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri kronis ↓ Terjadi saat malam hari ↓ Gangguan Pola Tidur	
--	--	--	--

3.1.2 Diagnosis Keperawatan

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*) (D.0078) dibuktikan dengan :

DS:

Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul.

DO:

- Klien tampak meringis
- Klien tampak gelisah
- Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).

- 2) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054) dibuktikan dengan :

DS:

- Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah.

- Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan.
- Klien mengatakan nyeri ketika bergerak.

DO:

- Kekuatan otot menurun.
- Rentang Gerak (ROM) menurun.
- Sendi tampak kaku
- Gerakan tampak terbatas

- 3) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)
dibuktikan dengan :

DS:

- Klien mengeluh sulit tidur.
- Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri.
- Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun.
- Klien mengatakan tidak puas tidur.
- Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam.

DO:

- Wajah tampak pucat.
- Sklera tampak merah.
- Terdapat kantung mata.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078). DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan 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. Monitor keberhasilan kompres hangat yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan kompres hangat untuk menurunkan nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan pemberian kompres hangat untuk mengurangi nyeri

			3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054). DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah. - Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan. - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak. DO: - Kekuatan otot menurun. 5 5 3 5 - Rentang Gerak (ROM) menurun. - Sendi tampak kaku - Gerakan tampak terbatas	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x pertemuan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi ((I.05173) Tindakan Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

3.	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055). DS: - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri - Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun - Klien mengatakan tidak puas tidur - Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam DO: - Wajah tampak pucat - Sklera tampak merah - Terdapat kantung mata	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: Keluhan sulit tidur menurun 1. Keluhan sering terjaga menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Tindakan Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
----	---	---	---

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf
1.	Senin, 14-07-2025	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078). DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	11.00 11.03 11.05 11.10 11.15 11.20	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil/Respon: klien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil/Respon: Skala nyeri 5 (1-10). 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil/Respon: Klien tampak meringis. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil/Respon: Nyeri bertambah digerakan dan berkurang saat istirahat. 5. Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri Hasil/Respon: Klien tampak memperhatikan dan paham apa yang dijelaskan. 6. Menjelaskan Teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri Hasil/Respon: Klien mampu menjelaskan prosedur kompres hangat kayu manis.	Neng Parlina

			11.40	7. Memonitor keberhasilan pemberian kompres hangat kayu manis yang sudah diberikan Hasil/Respon: Saat diberikan kompres hangat kayu manis klien tampak nyaman.	
			11.43	8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil/Respon: Klien mendengarkan penjelasan	
			11.45	9. Memeriksa Tanda-Tanda Vital Hasil/Respon: TD : 130/80 mmHg, N : 87x/menit, R : 20x/menit, S : 36,7°C, Spo2 : 98%	
2.	Senin, 14-07-2025	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054). DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah. - Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan. - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak. DO: - Kekuatan otot menurun. 5 5 —+— 3 5	11.50 11.52 11.55 12.00 12.10	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil/Respon: Klien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri. 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil/Respon: Kaki klien mengalami penurunan kekuatan otot dan nyeri saat digerakan. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil/Respon: Klien tampak paham apa yang dijelaskan. 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu pindah dari tempat tidur ke kursi. Hasil/Respon: Klien mau dan mampu dalam melakukan mobilisasi sederhana. 5. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil/Respon: Kondisi umum klien baik.	Neng Parlina

		- Rentang Gerak (ROM) menurun. - Sendi tampak kaku - Gerakan tampak terbatas			
3.	Senin, 14-07-2025	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055). DS: - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri - Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun - Klien mengatakan tidak puas tidur - Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam DO: - Wajah tampak pucat - Sklera tampak merah - Terdapat kantung mata	12.15 12.17 12.20 12.25 12.30	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan aktivitas tidurnya terganggu. 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan tidurnya terganggu dikarenakan adanya nyeri ketika mengubah posisi tidur, sehingga sulit untuk memulai tidur kembali. 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan sebelum tidur klien tidak makan ataupun minum apapun kecuali minum air putih secukupnya. 4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup Hasil/respon: Klien mengerti apa yang dijelaskan 5. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil/Respon: Klien bersedia dan akan tidur sesuai dengan kebiasaan waktu tidur.	Neng Parlina
1.	Selasa, 15-07-2025	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078).	10.30 10.32	1. Memeriksa Tanda-tanda vital Hasil/Respon: TD : 145/90 mmHg, N : 89x/menit, R : 21x/menit, S : 36,4°C, Spo2 : 97%. 2. Mengidentifikasi skala nyeri	

		DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	10.35 10.55 10.58	Hasil/Respon: Skala nyeri 4 (1-10). 3. Memberikan terapi kompres hangat kayu manis Hasil/Respon: Klien tampak nyaman setelah diberikan kompres hangat kayu manis. 4. Memeriksa TTV setelah Tindakan Hasil/Respon: TD : 133/87 mmHg, N : 88x/menit, R : 20x/menit, S : 36,8°C, Spo2 : 98%. 5. Mengidentifikasi perasaan klien setelah diberikan terapi Hasil/Respon: Klien tampak tenang dan tidak meringis.	Neng Parlina
2.	Selasa, 15-07-2025	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054). DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah. - Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan. - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak.	11.00 11.03 11.05 11.07 11.10	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil/Respon: Klien mengatakan masih terasa nyeri di kaki sebelah kiri. 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil/Respon: Kaki klien mengalami penurunan kekuatan otot dan nyeri saat digerakan. 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil/Respon: TD: 133/87 mmHg, N: 88x/menit. 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil/Respon: Klien bersedia untuk melakukan mobilisasi setiap hari. 5. Menganjurkan mobilisasi dengan alat bantu	Neng Parlina

		DO: - Kekuatan otot menurun. 5 5 —+— 3 5 - Rentang Gerak (ROM) menurun. - Sendi tampak kaku - Gerakan tampak terbatas		Hasil/Respon: Klien berjalan menggunakan tongkat.	
3.	Selasa, 15-07-2025	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055). DS: - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri - Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun - Klien mengatakan tidak puas tidur - Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam DO: - Wajah tampak pucat - Sklera tampak merah	11.15 11.20 11.25	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan tidurnya masih terganggu. 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan tidurnya terganggu dikarenakan nyeri masih terasa. 3. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil/Respon: Klien tidur sesuai dengan kebiasaan waktu tidur.	Neng Parlina

		- Terdapat kantung mata			
1.	Rabu, 16-07-2025	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078). DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	11.20 11.23 11.25 11.45 11.50	1. Memeriksa Tanad-Tanda Vital Hasil/Respon: TD : 137/93 mmHg, N : 91x/menit, R : 19x/menit, S : 36,9°C, Spo2 : 96%. 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil/Respon: Skala nyeri 3 (1-10). 3. Memberikan terapi kompres hangat kayu manis Hasil/Respon: Klien tampak nyaman setelah diberikan kompres hangat kayu manis. 4. Memeriksa TTV setelah Tindakan Hasil/Respon: TD : 130/76 mmHg, N : 86x/menit, R : 20x/menit, S : 36,4°C, Spo2 : 98%. 5. Mengidentifikasi perasaan klien setelah diberikan terapi Hasil/Respon: Klien tampak tenang dan tidak meringis.	Neng Parlina
2.	Rabu, 16-07-2025	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054). DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah.	12.00 12.05 12.10	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil/Respon: Klien mengatakan nyeri berkurang. 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil/Respon: Klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa tongkat. 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Hasil/Respon: TD: 130/76 mmHg, N: 86x/menit.	Neng Parlina

		- Klien mengatakan kaki terasa kaku ketika digerakan. - Klien mengatakan nyeri ketika bergerak. DO: - Kekuatan otot menurun. <table> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> - Rentang Gerak (ROM) menurun. - Sendi tampak kaku - Gerakan tampak terbatas	5	5	3	5			
5	5								
3	5								
3.	Rabu, 16-07-2025	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055). DS: - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri - Klien mengatakan susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun - Klien mengatakan tidak puas tidur	12.15 12.17 12.20	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan tidur cukup. 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil/Respon: Klien mengatakan tidurnya tidak terganggu dikarenakan nyeri berkurang. 3. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil/Respon: Klien tidur sesuai dengan kebiasaan waktu tidur.	Neng Parlina				

		- Tidur dalam semalam hanya 4-5 jam DO: - Wajah tampak pucat - Sklera tampak merah - Terdapat kantung mata			
1.	Kamis, 17-07-2025	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078). DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).	11.20 11.25 11.40 11.45 11.50	1. Memeriksa Tanad-Tanda Vital Hasil/Respon: TD : 138/84 mmHg, N : 86x/menit, R : 21x/menit, S : 37,0°C, Spo2 : 97%. 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil/Respon: Skala nyeri 2 (0-10) 3. Memberikan terapi kompres hangat kayu manis Hasil/Respon: Klien tampak nyaman setelah diberikan kompres hangat kayu manis. 4. Memeriksa TTV setelah Tindakan Hasil/Respon: TD : 130/76 mmHg, N : 89x/menit, R : 20x/menit, S : 36,4°C, Spo2 : 98%. 5. Mengidentifikasi perasaan klien setelah diberikan terapi Hasil/Respon: Klien tampak tenang dan tidak meringis.	Neng Parlina
1.	Jum'at 18-07-2025	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi	10.30	1. Memeriksa Tanda-Tanda Vital Hasil/Respon: TD : 120/80 mmHg, N : 84x/menit, R : 20x/menit, S : 36,8°C, Spo2 : 98%.	

		muskuloskeletal kronis (<i>Gout Arthritis</i>) (D.0078). DS: Klien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri).		2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil/Respon: Skala nyeri 1 3. Memberikan terapi kompres hangat kayu manis Hasil/Respon: Klien tampak nyaman setelah diberikan kompres hangat kayu manis dan nyeri terus berkurang. 4. Memastikan klien sudah tidak ada nyeri Hasil/Respon: Klien mengatakan setiap harinya nyeri menurun bahkan di hari ke-5 ini tidak merasakan nyeri. 5. Memeriksa TTV setelah Tindakan Hasil/Respon: TD : 127/76 mmHg, N : 89x/menit, R : 20x/menit, S : 36,4°C, Spo2 : 98%. 6. Mengidentifikasi perasaan klien setelah diberikan terapi kompres hangat kayu manis selama 5 hari. Hasil/Respon: Klien mengatakan sangat senang dengan terapi kompres hangat kayu manis yang diberikan selama 5 hari, nyeri kaki tidak ada, kekakuan sendi tidak ada, bahkan klien sudah mampu melakukan aktivitas tanpa ada nyeri.	Neng Parlina
--	--	---	--	---	--------------------------------

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.15 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	DX	Evaluasi	Paraf
14-07-2025 11.45	I	S: - Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O: - Skala nyeri 4 (1-10) - TD :130/80 mmHg - N : 87x/menit - Keluhan nyeri menurun - Klien masih sedikit meringis A : Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Neng Parlina
14-07-2025 12.10	II	S: - Klien mengatakan masih sulit bergerak - Klien mengatakan lutut masih sedikit kaku O: -Kekuatan otot belum meningkat -Klien terus mencoba berlatih mobilisasi dan ROM. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan ROM	Neng Parlina
14-07-2025 12.30	III	S: - Klien mengatakan aktivitas tidurnya terganggu. - Klien mengatakan tidurnya terganggu dikarenakan adanya nyeri ketika mengubah posisi tidur, sehingga sulit untuk memulai tidur kembali. O: -Wajah tampak pucat -Sklera tampak merah A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dukungan tidur	Neng Parlina
15-07-2025 10.58	I	S: - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O: - Skala nyeri 3 (1-10) - TD : 145/90 mmHg	Neng Parlina

		- N : 89x/menit - Keluhan nyeri menurun - Klien tidak meringis A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	
15-07-2025 11.10	II	S: -Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya. O: - Kekuatan otot meningkat - Klien mencoba terus berlatih mobilisasi dan ROM - Klien berjalan menggunakan tongkat A: Masalah teratasi sebagian P: Anjurkan petugas untuk mempertahankan intervensi	Neng Parlina
15-07-2025 11.25	III	S: - Klien mengatakan tidurnya masih terganggu O: - Sklera tampak merah - Klien tampak terus menguap A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dukungan tidur	Neng Parlina
16-07-2025 11.50	I	S: - Klien mengatakan nyeri berkurang O: - Skala nyeri 2 (1-10). - TD : 130/76 mmHg - N : 86x/menit - Klien tampak mulai tenang A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Neng Parlina
16-07-2025 12.10	II	S: - Klien mengatakan mampu menggerakkan kakinya - Klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa tongkat O: - Kekuatan otot meningkat - Kekakuan sendi menurun - Klien berjalan tanpa tongkat	Neng Parlina

		A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	
16-07-2025 12.20	III	S: - Klien mengatakan tidur cukup - Klien mengatakan tidurnya tidak terganggu dikarenakan nyeri berkurang. O: - Klien tampak segar bugar A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	Neng Parlina
17-07-2025 11.20	I	S: - Klien mengatakan sudah nyaman dengan kaki kirinya dan tidak lagi nyeri. O: - Skala nyeri 1 (1-10) - TD:138/84 mmHg - N : 86x/menit - Keluhan nyeri menurun - Meringis tidak ada - Klien mampu mempraktikan kompres hangat kayu manis secara mandiri A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi	Neng Parlina
18-07-2025 11.15	I	S: - Klien mengatakan sangat senang dengan terapi kompres hangat kayu manis yang diberikan selama 5 hari, nyeri kaki tidak ada, kekakuan sendi tidak ada, bahkan klien sudah mampu melakukan aktivitas tanpa ada nyeri. O: - Skala nyeri 0 / Tidak ada nyeri - TD:127/76 mmHg - N : 88x/menit - Klien melakukan aktivitas tanpa ada hambatan - Klien tampak tenang dan lebih bersemangat A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	Neng Parlina

3.2 Pembahasan

3.2.1 Analisis Pembahasan Terhadap Proses Keperawatan

3.2.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi untuk memperoleh data dengan maksud menentukan masalah keperawatan (Kholifah, 2016). Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2025 di Satpel Griya Lansia Garut pada Ny.U berusia 78 tahun (Lanjut usia/*Old*) dengan diagnosa medis *gout arthritis*. Klien terdiagnosa *gout arthritis* sejak 3 tahun yang lalu. Pengkajian dilakukan dengan metode anamnesa, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik persistem, pengkajian pola fungsional kesehatan dan lain-lain.

Pada hasil pengkajian pada tanggal 14 Juli 2025 pada Ny.U didapatkan hasil klien mengatakan nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai ke telapak kaki, Skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah, kaki terasa kaku ketika digerakan, nyeri ketika bergerak, gerakan terbatas, tampak berhati-hati ketika berjalan ataupun berpindah tempat. Klien juga mengeluh sulit tidur, sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri, susah memulai lagi tidur ketika sudah terbangun dan tidak puas tidur.

Pada pengkajian status fungsional didapatkan hasil nilai Katz Indeks A yaitu mampu melakukan segala hal, kemudian untuk pengkajian fungsi kognitif (SPMSQ) Ny.U termasuk ke dalam fungsi intelektual utuh dengan skor 10 jawaban

benar semua, kemudian untuk pengkajian MMSE Ny.U tidak mengalami kerusakan kognitif karena Ny.U mampu menjawab 28 dari 30 pertanyaan.

3.2.1.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada kasus *gout arthritis* menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu : Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, Hipertensi berhubungan dengan proses penyakit, Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Berdasarkan teori, diagnosis keperawatan *gout arthritis* terdapat 5 diagnosis keperawatan, namun pada kasus ini yang diambil hanya 3 diagnosis keperawatan, dikarenakan pada 2 diagnosis keperawatan yang lain tidak ditemukan tanda dan gejala yang mengarah ke diagnosis keperawatan tersebut. Berdasarkan pengkajian dan analisis data pada kasus yang didapatkan dari Ny.U diagnosis yang diangkat oleh penulis yaitu 3 diagnosis diantaranya nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Pada diagnosis pertama yaitu nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*) didapatkan data bahwa klien mengeluh nyeri, klien mengatakan nyeri kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai ke telapak kaki, Skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul. Klien tampak meringis dan gelisah, klien juga tampak bersikap protektif (posisi menghindari nyeri). Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri tersebut berkaitan dengan metabolisme purin yang tidak optimal didalam tubuh sehingga terjadi penumpukan (Astuty, 2019).

Pada diagnosis kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi didapatkan data bahwa klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah, kaki terasa kaku ketika digerakan, nyeri ketika bergerak, gerakan terbatas, tampak berhati-hati ketika berjalan ataupun berpindah tempat, kekuatan otot menurun klien tampak menurun, rentang Gerak (ROM) menurun, sendi kaku dan gerakan terbatas. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada diagnosis ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur didapat data bahwa klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun jika berubah posisi dikarenakan nyeri, susah memulai lagi tidur ketika

sudah terbangun, tidak puas tidur, tidur dalam semalam hanya 4-5 jam. Klien tampak pucat, sklera tampak kemerahan, terdapat kantung mata. Gangguan Pola Tidur sering kali menjadi masalah karena peradangan sendi yang terjadi. Nyeri ini dapat mengganggu pola tidur karena sulit untuk menemukan posisi yang nyaman, serangan nyeri terjadi pada malam hari yang akan membuat tidur menjadi terganggu (Nurarif & Kusuma, 2015).

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang direncanakan dan dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan pemulihan dari kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Intervensi dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2015).

Intervensi yang akan dilakukan adalah berdasarkan dengan diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam manajemen nyeri maka dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan kompres hangat rebusan kayu manis untuk mengurangi nyeri, ajarkan kompres hangat kayu manis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik. Intervensi yang penulis lakukan mengacu pada penelitian (Sindi Candra Wulan Agustin, Muhammad Al Amin, Sholihin)

yang berjudul "Penerapan Kompres Hangat Kayu Manis Pada Asuhan Keperawatan Klien Gout Arthritis Dengan Nyeri Di Puskesmas Gitik Rogojampi Banyuwangi 2024" menyatakan bahwa pemberian kompres hangat kayu manis yang dilakukan satu kali sehari dalam waktu 10-20 menit dan pemberiannya selama 4 hari berturut-turut dapat menurunkan skala nyeri. Menurut teori kompres hangat kayu manis, kompres hangat kayu manis dapat menurunkan atau mengurangi rasa nyeri, kompres hangat kayu manis dapat memberikan kehangatan dan kenyamanan, meningkatkan spasme otot dan memperlancar aliran darah (Sultoni, 2019).

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054) intervensi keperawatan yang diberikan yaitu dengan dukungan mobilisasi yang merupakan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik dengan cara identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055). Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu dengan dukungan tidur dengan cara identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), tetapkan jadwal rutin tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya kepada klien *gout arthritis*. Berdasarkan terminologi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Pada diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*) (D.0078) implementasi yang dilakukan yaitu dengan manajemen nyeri mulai dari tanggal 14-18 Juli 2025, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kemudian klien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar dari lutut sampai telapak kaki, nyeri dirasakan tiba-tiba dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 (1-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri, menjelaskan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri yaitu dengan memberikan kompres hangat kayu manis.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054) implementasi yang dilakukan mulai dari tanggal 14-16 Juli 2025 yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi,

mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu pindah dari tempat tidur ke kursi dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Pada diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055) implementasi yang dilakukan mulai tanggal 14-16 Juli 2025 yaitu dengan cara mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), menetapkan jadwal rutin tidur, menjelaskan pentingnya tidur cukup dan menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi klien *gout arthritis* dengan tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Hasil evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Kholifah, 2016). Evaluasi pada kasus Ny.U berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 5 hari, klien mengatakan sudah nyaman dengan kaki kirinya dan tidak lagi nyeri. Skala nyeri turun dari skala 5 menjadi skala 0 / tidak ada nyeri, klien mampu mengontrol nyeri dengan kompres hangat kayu manis, hal ini sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosis nyeri kronis masalah terataasi.

Evaluasi hasil pada diagnosis gangguan mobilitas fisik pada tanggal 16 Juli 2025 didapatkan hasil data klien mengatakan mampu menggerakkan kakinya, klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa tongkat berdasarkan data objektifnya kekuatan otot meningkat dan kekakuan sendi menurun.

Evaluasi hasil pada diagnosis gangguan pola tidur pada tanggal 16 Juli 2025 didapatkan hasil data klien mengatakan tidur cukup, klien mengatakan tidurnya tidak terganggu dikarenakan nyeri berkurang dan berdasarkan data objektifnya klien tampak segar bugar.

3.2.2 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice*

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.U dengan diagnosis medis *gout arthritis*. *Gout arthritis* merupakan penyakit sendi yang disebabkan oleh tingginya asam urat didalam darah. Kadar asam urat yang tinggi didalam darah melebihi batas normal menyebabkan penumpukan asam urat didalam persendian dan ditandai dengan keluhan nyeri yang sering menjadi permasalahan bagi kebanyakan orang yang mengalaminya, sebab gejala yang timbul dapat mengganggu aktivitas.

Pada diagnosis medis *gout arthritis* salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis. Adapun cara untuk menurunkan nyeri yaitu dengan cara terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi farmakologi yang digunakan untuk penderita *gout arthritis* yaitu dengan menggunakan obat seperti non steroid, sedangkan non farmakologi dengan memberikan terapi kompres hangat.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny.U untuk masalah keperawatan nyeri kronis yaitu dengan kompres hangat kayu manis sebagai suatu

cara pengobatan nonfarmakologi untuk pasien *gout arthritis*. Intervensi keperawatan yang penulis lakukan mengacu pada artikel yang penulis telaah, dimana dari ke lima artikel tersebut didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan kompres hangat kayu manis terhadap tingkat nyeri sendi klien *gout arthritis*, karena kayu manis (*cinnamomun burmannii*) mengandung anti inflamasi dan anti rematik yang berperan dalam proses penyembuhan peradangan sendi, hal ini dikarenakan kayu manis mengandung sinamaldehyd yang dapat menghambat proses peradangan sehingga dapat mengatasi nyeri. Minyak atsiri pada kayu manis mengandung euganol dimana dia mempunyai rasa yang sangat pedas dan panas sehingga mampu membuka pori-pori kulit.

Penulis melakukan implementasi pada Ny.U selama 5 hari dengan durasi 10-20 menit, penggunaan kompres hangat kayu manis terbukti efektif digunakan untuk menurunkan skala nyeri pada *gout arthritis* dengan menggunakan bubuk kayu manis 20 gram yang dicampur dengan air hangat yang suhunya 45°C . Tahapan kompres hangat kayu manis yaitu menyiapkan baskom yang berisi air panas secukupnya, kemudian masukan bubuk kayu manis sebanyak 20 gram, setelah itu masukan handuk kecil ke dalam air yang telah dicampurkan dengan bubuk kayu manis lalu peras handuk tersebut dan tempelkan pada bagian sendi kaki yang dirasa nyeri, tunggu hingga handuk kecil tersebut dingin lalu masukan lagi ke dalam baskom lalu peras dan tempelkan pada sendi yang sakit terus ulangi selama 10-20 menit, setelah itu tanyakan kembali kepada pasien apakah terdapat penurunan skala nyeri setelah diberikan kompres hangat kayu manis tersebut.

Setelah diberikan kompres hangat kayu manis pada Ny.U selama 5 hari berturut-turut didapatkan hasil bahwa pemberian kompres hangat kayu manis sangat efektif dapat menurunkan nyeri dalam waktu 5 hari, Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sindi Candra Wulan Agustin, Muhammad Al Amin, Sholihin, 2024) dengan judul "Penerapan Kompres Hangat Kayu Manis Pada Asuhan Keperawatan Klien Gout Arthritis Dengan Nyeri Di Puskesmas Gitik Rogojampi Banyuwangi 2024" dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa kompres hangat kayu manis secara signifikan dapat menurunkan nyeri, setiap harinya skala nyeri menurun 1.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny.U dengan diagnosa medis *gout arthritis* di Satpel Griya Lansia Garut dari tanggal 14-18 Juli 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.U dengan diagnosa *gout arthritis* di Satpel Griya Lansia Garut secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan mengumpulkan data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny.U yaitu klien mengeluh nyeri kaki yang disebabkan oleh kondisi musculoskeletal kronis.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny.U dengan diagnosa *gout arthritis* di Satpel Griya Lansia Garut dengan diagnosis yang muncul diantaranya :
 - 4) Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (*Gout Arthritis*) (D.0078).
 - 5) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054).
 - 6) Ganggguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).

3. Penulis mampu melakukan intervensi keperawatan pada Ny.U dengan diagnosa *gout arthritis* di Satpel Griya Lansia Garut dengan intervensi manajemen nyeri, dukungan mobilisasi dan dukungan tidur.
4. Penulis mampu memberikan implementasi dengan memberikan kompres hangat kayu manis untuk menurunkan intensitas nyeri.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.U dengan melihat perkembangan dan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisis *Evidence Based Practice* dengan pemberian kompres hangat kayu manis pada Ny.U dengan diagnosa *gout arthritis*. Berdasarkan analisa kasus dan artikel didapatkan terjadi penurunan intensitas nyeri pada Ny.U dengan menerapkan terapi kompres hangat kayu manis untuk meningkatkan aliran darah ke suatu area dan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.
7. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.U dengan *gout arthritis* secara sistematis dan teoritis yang penulis lakukan semaksimal mungkin berdasarkan petunjuk teknis yang berlaku.

4.2 SARAN

4.2.1 Bagi Griya Lansia

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan

tentang gout arthritis di pelayanan kesehatan dan menerapkan terapi kompres hangat kayu manis untuk menurunkan nyeri.

4.2.2 Bagi Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat dijadikan referensi tambahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *gout arthritis* dalam manajemen nyeri.

4.2.3 Bagi Penulis

Penerapan asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menambah referensi pada penelitian intervensi keperawatan dengan penerapan terapi kompres hangat kayu manis terhadap penurunan nyeri pada pasien *gout arthritis*. Selain itu, karya ilmiah akhir ners ini dapat membuktikan penelitian lain terkait penerapan terapi kompres hangat kayu manis untuk menurunkan skala nyeri pada pasien *gout arthritis*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, Siti, 2017 . Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi, Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 2 (1).
- Andarmoyo, S. (2019). Konsep dan proses keperawatan nyeri. Jogjakarta : Ar- Ruzz Media
- Amalia, R,D 2018, ‘Potensi Minyak Atsiri Kayu Manis (*Cinnamomum burmanni*) Sebagai Antifungi Terhadap Pertumbuhan Jamur *Candida albicans*’, Skripsi, Jurusan Analis Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Yogyakarta.
- Ardhiatama, (2017). Hubungan Antara Pengetahuan Tentang *Gout Arthritis* Terhadap Perilaku Pencegahan *Gout Arthritis* Pada Lansia. *Global Health Science*.
- Astuty, W. (2019). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gout Arthritis Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). Saintika Medika, 13(1), 7.
- Chairuddin. (2015). Aplikasi NANDA NIC NOC. Mediaction Jogja: Yogyakarta.
- Dianati, N. A. (2015). Gout dan hiperurisemia. Jurnal Majority. Volume 4 Nomor 3, Halaman 87-88.
- Elfira, Eqlima. (2020). Diagnosa Nyeri Sendi Dengan Terapi berbasis komplementer dan electromyography berbasis arduino UNO. Deepublish: Buku Elektronik.
- Fatmah, 2015. Gizi Usia Lanjut. Jakarta: Erlangga.
- Fenia, Pranata, S., & Khoiriyah, K. (2022). Kompres Hangat Kayu Manis Menurunkan Nyeri Pada Pasien Arthritis Gout di Wilayah Puskesmas Kedungmundu Semarang. Journal Nursing Research Publication Media (NURSEPEDIA), 1(3), 118–125.
- Fitriana, R. (2015). Cara Cepat Usir Asam Urat. Medika: Yogyakarta.
- Hartutik, S., & Gati, N. W. (2021). Pengaruh Kompres Kayu Manis (*Cinnamomum Burman*) Terhadap Nyeri Arthritis Gout Pada Lansia. Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas, 5(2), 40–51.
- Kemenkes RI. 2017. Analisis Lansia di Indonesia. Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

- Kholifah, S. N. 2016. Keperawatan Gerontik. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan.
- Margowati S., (2017). “Pengaruh Penggunaan Kompres Kayu Manis (Cinnamomum Burmani) Terhadap Penurunan Nyeri Penderita Arthritis Gout Tahun 2017.
- Mayasari, D. and Saftarina, F. (2016) ‘Ergonomi Sebagai Upaya Pencegahan Musculoskeletal Disorders pada Pekerja’, Jurnal Kedokteran Universitas Lampung, 1(2), pp. 369–379.
- Mayasari, C. D. (2020). Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi Bagi Seorang Perawat. Jurnal Wawasan Kesehatan, 1(1), 35–42.
- Naga, S.S. (2014). Buku Panduan Ilmu Penyakit Dalam. DIVA Press: Yogyakarta.
- Nasrullah, D. (2016). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Jilid I Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan NANDA, NIC-NOC. Jakarta Timur : TIM.
- Nur Amalia et.al 2021. Pengaruh Pemberian Kompres Jahe Merah Terhadap Tingkat Nyeri Arthritis Gout (Asam Urat). Jurnal sehat masada.
- Nurarif, 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC NOC (Edisi Revisi). Yogyakarta : Mediaton.
- Ratnawati, R, D Nugrahenny, G N M Mattalitti, R Ramadhan, R Budianto, I C Pratiwi, and A G Prakosa. 2019. Prinsip Dasar Kesehatan Lanjut Usia (Geriatric). Universitas Brawijaya Press.
- Rikesdas, 2018. Riset kesehatan dasar tentang penyakit sendi. Diakses dari Stanley.2017. Buku Ajar KG Perawatan Gerontik. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sari, N. R., Maylasari, I., Dewi, F. W. R., & Putrianti, R. (2020). Statistik Penduduk Lanjut Usia (B. P. Statistik (Ed.)). Badan Pusat Statistik.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal. Pustaka Galeri Mandiri.

Sutanto, (2013), Deteksi, Pencegahan, dan Pengobatan Asam Urat. Yogyakarta : Buku Pintar.

Widayanti, Widya Nur. 2023. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Dengan Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Kota Samarinda.

Winarsih, 2019. Asam Urat Deteksi, Pencegahan, pengobatan. Yogyakarta : Buku Pintar.

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama : Neng Parlina, S.Kep
 NIM : KHGD24005
 Pembimbing : Sri Yekti Widadi, M.Kep
 Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.U (78 Tahun) Dengan Diagnosa *Gout Arthritis* Pada *Katz Indeks A* Dan Intervensi Kompres Hangat Kayu Manis Di Satpel Griya Lansia Garut.

No	Tanggal		Materi yang didiskusikan	Saran Pembimbing	TTD
	Masuk	Keluar			
1.	13/03 - 2025	13/03 - 2025	Judul	Latar belakang pengambilan kasus	(Sri Yekti Widadi)
2.	07/05 - 2025	07/05 - 2025	BAB I	- Revisi Judul - Revisi latar belakang	(Sri Yekti Widadi)
3.	20/06 - 2025	20/06 - 2025	BAB I BAB II	- Revisi BAB I - Lanjut BAB II	(Sri Yekti Widadi)
4.	23/06 - 2025	23/07 - 2025	BAB II BAB III	- Revisi BAB II - Lanjut BAB II	(Sri Yekti Widadi)
5.	15/07 - 2025	15/08 - 2025	BAB III BAB IV	- Revisi Perbaiki Penulisan	(Sri Yekti Widadi)
6.	18/07 - 2025	19/08 - 2025	BAB III Abstrak	- Revisi BAB III - Revisi Abstrak	(Sri Yekti Widadi)
7.	11/08 - 2025	11/08 - 2025	BAB IV	- Revisi BAB IV	(Sri Yekti Widadi)
8.	19/08 - 2025	19/08 - 2025	BAB III BAB IV	Lanjut Draft	(Sri Yekti Widadi)
9.	21/08 - 2020	21/08 - 2020	Draft sidang	ACC Sidang	(Sri Yekti Widadi)



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007

Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24 Garut – Jawa Barat

Web : <https://stikeskhg.ac.id> E-mail Stikeskarsahusada@yahoo.com

Nomor : 0989 /STIKes-KHG/AK/VII/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Satpel Griya Lansia
Kabupaten Garut

Di
 Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb

Schubungan dengan akan dilaksanakannya Karya Ilmiah Akhir Ners mahasiswa Program Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Nama Mahasiswa : Neng Parlina
2. NIM : KIIGD24005
3. Topik/Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. U (79 Tahun)
 dengan Gout Arthritis pada Katz Indeks A dan Intervensi
 Kompres Hangat Kayu Manis di Satpel Griya Lansia Garut
4. Data yang dibutuhkan :

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Garut, 10 Juli 2025

Hormat kami,
 Ketua
 STIKes Karsa Husada Garut

H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes
 NIP. 043298.1196.014