

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lanjut usia (Lansia)

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, dan merupakan proses dalam menghadapi daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016)

Menurut Hawari (2001) dalam (Ferry efendi & Makhfudli, 2010). “Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual”.

Menurut Undang-undang No.13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi, “Lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas”.

Dari berbagai pendapat para ahli diatas. Lansia dapat didefinisikan sebagai ”Seseorang yang berada pada usia 60 tahun keatas, dalam proses alamiah dengan keadaan yang mencapai kegagalan dalam keseimbangan hidup, penurunan daya intelektual, penurunan fisiologis , kemunduran kapasitas fungsional serta kemunduran dalam interaksi

sosial”. (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016), (Ferry efendi & Makhfudli, 2010) & UU No.13 Tahun 1998)

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016), batasan lansia terdiri dari :

- 1) WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :
 - a) Usia Lanjut (eldery) antara usia 60-74 tahun.
 - b) Usia Tua (Old) : 75-90 tahun.
 - c) Usia sangat tua (very old) adalah usia >90 tahun.
- 2) Depkes RI (2005) menjelaskan batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori yaitu :
 - a) Usia lanjut presenilis yaitu antar usia 45-59 tahun
 - b) Usia lanjut yaitu usia 60 tahun keatas
 - c) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun keatas atau usia 60 tahun keatasn dengan masalah kesehatan.

Menurut pendapat ahli dalam Efendi (2009) batasan lansia terdiri dari:

- 1) Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut Usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”.
- 2) Menurut Dra. Jos Masdani (Psikologi UI) terdapat empat fase yaitu:
 - a) Fase Interventus : 25 – 40 tahun
 - b) Fase Virillities : 45 – 55 tahun

- c) Fase Presenium : 55 – 65 tahun
 - d) Fase Senium : 65 – Tutup usia.
- 3) Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro, masa lanjut usia (Geriatric Age) : > 65 tahun atau 70 tahun. Dan terbagi menjadi 3 yaitu :
- a) Young old : 70-75 tahun.
 - b) Old : 75-80 tahun
 - c) Very old : >80 tahun. (Sunaryo dkk, 2015)

2.1.3 Perubahan Sistem tubuh Lansia

Menurut Nugroho (2000) dalam (Ferry efendi & Makhfudli, 2010).

Beberapa perubahan sistem tubuh yang terjadi pada lansia meliputi :

1) Sel

Pada lansia, jumlah selnya akan lebih sedikit dan ukurannya akan lebih besar. Cairan tubuh dan intraseluler akan berkurang, proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati juga ikut berkurang.

2) Sistem persyarafan

Rata-rata berkurangnya saraf *neocortical* sebesar 1 per detik. Hubungan persyarafan cepat menurun, lambat dan merespon dari gerakan maupun jarak waktu.

3) Sistem pendengaran

Gangguan pada pendengaran (*prebiaskusis*), membran timpani mengalami *atrofi*, terjadi pengumpulan dan pengerasan serumen

karena peningkatan keratin, pendengaran menurun pada lansia yang mengalami stress.

4) Sistem penglihatan

Timbul sklerosis pada sfingter pupil dan hilangnya respons terhadap sinar, kornea lebih terbentuk seperti bola (*sferis*), lensa lebih suram (keruh) dapat menyebabkan katarak, meningkatkan ambang, pengamatan sinar dan daya adaptasi terhadap kegelapan menjadi lebih lambat dan sulit untuk melihat dalam keadaan gelap.

5) Sistem kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. kurangnya elastisitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, sering terjadi postural Hipotensi, tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

6) Sistem pengaturan suhu tubuh.

Terjadi Hipotermi secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$, hal ini diakibatkan oleh metabolisme yang menurun, keterbatasan refleks menggigil, dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

7) Sistem pernapasan

Otot-otot pernapasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari sila, paru-paru kehilangan elastisitas sehingga kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernapasan maksimum menurun dan kedalaman bernapas menurun.

8) Sistem gastrointestinal

Kehilangan gigi, indra pengecap mengalami penurunan, esofagus melebar, sensitivitas akan rasa lapar menurun, produksi asam lambung dan pengosongan menurun, dll.

9) Sistem ganitourinoria

Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun hingga 50%, fungsi tubulus berkurang (berakibat pada penurunan kemampuan ginjal untuk mengonsentrasikan urine, serta jenis urine menurun, proteinuria biasanya +1), *blood nitrogen* (BUN) meningkat hingga 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

10) Sistem endokrin

Menurunnya produksi ACTH, TSH, dan LH, aktivitas tiroid, *basal metabolic rate* (BMR), daya pertukaran gas, produksi aldosteron, serta sekresi hormon kelamin seperti progesteron, esterogen, dan testosteron.

11) Sistem muskuloskeletal

Tulang kehilangan kepadatannya (*density*) dan semakin rapuh, kifosis, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan mengalami sklerosis, atrofi serabut otot sehingga gerak seseorang menjadi lambat, otot-otot kram dan menjadi tremor.

12) Sistem Integumen

Kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik, menurunnya respons terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis serta berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, dan kuku jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya, kuku menjadi pudar dan kurang bercahaya.

13) Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, tingkat kecerdasan (*intelligence quotient* – I.Q), dan kenangan (memory). Kenangan dibagi menjadi dua, yaitu kenangan jangka panjang (berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu) mencakup beberapa perubahan dan kenangan jangka

pendek atau seketika (0-10 menit) biasanya berupa kenangan buruk.

14) Perubahan psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun.

- a) Kehilangan sumber financial atau pemasukan (*income*) berkurang.
- b) Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- c) Kehilangan teman atau relasi.
- d) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- e) Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

2.1.4 Pendekatan perawatan lansia

Pendekatan perawatan lansia terdiri dari :

1) Pendekatan fisik

Pendekatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi 2 yaitu :

- a) Klien lansia yang aktif dan memiliki keadaan fisik yang masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga dalam kebutuhannya sehari-hari ia mampu melakukannya sendiri.

b) Klien lansia yang pasif, keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit, perawat harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama yang berkaitan dengan kebersihan perseorangan untuk mempertahankan kesehatan.

2) Pendekatan psikologis

Perawat memiliki peranan penting bagi klien lanjut usia, perawat bisa sebagai pendukung dan teman yang akrab. Perawat wajib memegang prinsip *Double S* yaitu simpatik serta service. Pelaksanaan secara bertahap dan perlahan apabila perawat mau mengganti tingkah laku serta pemikiran mereka mengenai kesehatan.

3) Pendekatan Sosial

Dalam melaksanakan pendekatan sosial perlu adanya diskusi dan bertukar pikiran antar perawat dan klien serta sosialisasi antar sesama lansia. Dengan pendekatan seperti ini menunjukkan bahwa lansia merupakan makhluk sosial yang memerlukan orang lain. Dalam penerapannya, perawat bisa menciptakan hubungan sosial antara lansia dengan lansia, dan juga lansia dengan perawat. Perawat juga mendapatkan peluang seluas-luasnya kepada lansia untuk saling berkoumunikasi, mengadakan rekreasi serta motivasi untuk membaca buku berita. (Kholifah, 2016)

2.2 Konsep Dasar Gout Arthritis

2.2.1 Pengertian Gout Arthritis

Gout Arthritis adalah penyakit heterogen yang diakibatkan oleh penumpukan monosodium urat atau kristal asam urat akibat sipersaturasi asam urat. (Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, 2015)

Gout Arthritis adalah istilah yang digunakan untuk menyebut suatu penyakit yang disebabkan oleh pengendapan jaringan monosodium urat akibat hiperusemia yang berkepanjangan. (Ferri, 2014)

Gout Arthritis merupakan suatu penyakit peradangan pada persendian yang dapat diakibatkan oleh kelebihan kadar senyawa asam urat didalam tubuh, baik karena produksi berlebih atau peningkatan asupan purin. Dampak yang ditimbulkan dari gout arthritis dapat berupa nyeri khususnya sendi. Dampak nyeri gout arthritis yang dapat ditimbulkan ke lansia berupa menurunnya kualitas hidup lansia karena nyeri yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari. Muncul keluhan pada sendi dimulai dengan rasa kaku atau pegal pada pagi hari kemudian timbul rasa nyeri dimalam hari nyeri tersebut terjadi secara terus-menerus sehingga sangat mengganggu lansia. (Senna Qobita Dwi Putri dkk, 2017)

Dalam beberapa pendapat para ahli diatas Gout Arthritis dapat diartikan sebagai “Suatu penyakit radang persendian yang disebabkan adanya pengendapan monosodium urat didalam tubuh, bisa disebabkan

karena adanya hiperurisemia (peningkatan asam purin) dalam tubuh. Berdampak pada lansia dengan penurunan kualitas hidup dengan adanya nyeri". ((Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, 2015), (Ferri, 2014). (Senna Qobita Dwi Putri dkk, 2017))

2.2.2 Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya Gout Arthritis meliputi :

- a) Gout diinduksi oleh inflamasi dari pengendapan kristal monosodium urate (MSU). faktor resiko utama deposisi MSU adalah hyperuricemia.
- b) Hiperurisemia dan Gout terjadi akibat produksi urine acid secara berlebihan, penurunan ekskresi urine acid melalui ginjal atau keduanya.
- c) Hyperuricemia primer diakibatkan oleh kesalahan metabolisme bawaan dan mungkin disebabkan oleh beberapa cacat biokimia.
- d) Hyperurisemia sekunder dapat berkembang sebagai komplikasi dari gangguan yang didapat (*Leukimia*) atau sebagai akibat dari penggunaan obat-obatan tertentu (misalnya *Deuretik*). Konsumsi alkohol, dll. (Ferri, 2014)

2.2.3 Manifestasi Klinis

Gout secara khusus didiagnosis berdasarkan perkembangan arthritis monoartikular yang ditandai dengan pembengkakan dan kemerahan yang melibatkan sendi metatarsophalangeal pertama. Kriteria *American Collage of Rheumatology* paling sering digunakan untuk

mendiagnosis penyakit Gout yaitu menggunakan level asam urat, jenis kelamin dan pemeriksaan fisik yang dapat memprediksi kemungkinan adanya gout akut.

Berdasarkan diagnosis dari *American Rheumatism Association (ARA)*, seseorang dikatakan menderita asam urat jika memenuhi beberapa kriteria berikut :

1. Terdapat kristal MSU (*Monosodium Urat*) didalam cairan sendi.
2. Terdapat kristal MSU (*Monosodium Urat*) didalam Tophi, ditentukan berdasarkan pemeriksaan kimiawi dan mikroskopik dengan sinar terpolarisasi.
3. Didapatkan 6 dari 12 kriteria dibawah ini :
 - a. Terjadi serangan arthritis akut lebih dari satu kali.
 - b. Terjadi peradangan secara maksimal pada hari pertama gejala atau serangan datang.
 - c. Sendi yang terserang berwarna kemerahan
 - d. Sendi metatarsophalangeal pertama (linu jari kaki) terasa sakit atau membengkak.
 - e. Serangan nyeri unilateral (disalah satu sisi) pada sendi metarsophalangeal.
 - f. Serangan nyeri unilateral pada sendi tarsal (jari kaki)
 - g. Adanya topus (deposit besar dan tidak teratur yang berasal dari natrium urat) di kartilago artikular (tulang rawan sendi) dan kapsula sendi.

- h. Terjadinya peningkatan kadar asam urat dalam darah (≥ 7 mg/dl.)
- i. Pada gambaran radiologis tampak pembengkakan sendi secara asimetris (satu sisi tubuh saja).
- j. Pada gambaran radiologis tampak kista subkortikal tanpa erosi.
- k. Hasil kultur cairan sendi menunjukkan nilai negative, bengkak, kemerahan, panas dan rasa nyeri yang hebat pada sendi metatarsofalangeal ibu jari kaki (podagra) adalah tanda khas Gout. Keadaannya dapat amat menyerupai arthritis sepsis, tetapi tidak ada tanda-tanda infeksi sistemik, kadar asam urat dalam serum dapat meningkat.

2.2.4 Faktor Resiko

Tidak semua orang dengan peningkatan Gout Arthritis dalam darah (hyperurisemia) akan menderita penyakit Gout Arthritis. Namun terdapat beberapa kondisi yang dapat menyebabkan seseorang menderita penyakit Gout Arthritis:

- a) Pola makan yang tidak terkontrol. Asupan makanan yang masuk ke dalam tubuh dapat mempengaruhi kadar asam urat dalam darah. Makanan yang mengandung zat purin yang tinggi akan diubah menjadi asam urat.
- b) Seseorang dengan berat badan yang berlebihan (obesitas).
- c) Suku bangsa tertentu. Menurut penelitian, suku bangsa di dunia yang paling tinggi prevalensinya terserang Gout Arthritis adalah

orang Maori dan Australia. Sedangkan di Indonesia prevalensi tertinggi pada penduduk pantai dan yang paling tinggi di daerah Manado-Minahasa karena kebiasaan atau pola makan ikan dan mengonsumsi alkohol.

- d) Peminum Alkohol. Alkohol dapat menyebabkan pembuangan asam urat lewat urine ikut berkurang. Sehingga asam urat tetap bertahan didalam darah.
- e) Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit asam urat (*Genetik*).
- f) Seseorang kurang mengonsumsi air putih.
- g) Seseorang dengan Gangguan Ginjal dan Hipertensi serta Diabetes Mellitus.
- h) Seseorang yang berumur ≥ 45 tahun biasanya pada laki-laki, dan perempuan saat umur menopause.
- i) Seseorang yang menggunakan obat-obat dalam jangka waktu lama. (Sembiring, 2018)

2.2.5 Patofisiologi

Seiring proses penuaan, serat-serat otot menjadi lebih kecil. Kekuatan otot berkurang sebanding dengan penurunan massa otot. Mulai usia 30an kepadatan tulang dan massa tulang pada pria dan wanita mengalami penurunan. (Ibrahim dkk, 2019) Pada umumnya yang terserang gout adalah pria, sedangkan pada perempuan persentasinya kecil dan muncul setelah menopause, kadar gout kaum

pria cenderung meningkat sejalan dengan peningkatan usia, pada wanita peningkatan itu dimulai sejak masa *menopause*, karena perempuan memiliki hormon estrogen yang ikut membantu pembuangan gout lewat rine sementara pria tidak memiliki hormon estrogen tersebut. (Afnuhazi, 2019) Dalam keadaan normal, kadar asam urat didalam darah pada pria dewasa ≤ 7 mg/dl dan pada wanita ≤ 6 mg/dl. Dan apabila konsentrasi asam urat dan serum lebih besar dari 7,0 mg/dl dapat menyebabkan penumpukan kristal *Monosodium Urat* (MSU). Adanya gangguan metabolisme purin yang menghasilkan jumlah asam urat yang abnormal dalam tubuh. Ketidakmampuan metabolisme purin akan menghasilkan akumulasi asam urat yang berlebihan didalam plasma darah (*Hiperusemia*) sehingga menimbulkan kristal urat menumpuk dalam tubuh (defosit kristal urat dalam tubuh) penimbunan ini menimbulkan iritasi lokal dan menyebabkan respon inflamasi meningkat. Serangan gout tampaknya berhubungan dengan peningkatan atau penurunan secara mendadak kadar asam purin dalam serum. Jika kristal asam purin menghadap dalam sendi, akan terjadi respon inflamasi dan diteruskan dengan terjadinya serangan gout. Dengan adanya serangan yang berulang-ulang, penumpukan kristal *Monosodium Urat* (MSU) yang dinamakan Tophi akan mengendap dibagian perifer tubuh seperti ibu jari kaki, tangan dan telinga. Sendi melatasophalangeal paling pertama kali sering diserang. Lokasi umum yang lain termasuk diantaranya sendi

midtarsal, ankle, lutut, jari, lengan dan siku. Selain itu penumpukan kristal ini juga dapat memicu nefrolitiasis urat (batu ginjal) dengan disertai penyakit ginjal kronis. Penumpukan kristal kemudian mencestuskan aktivasi imun dan pelepasan beberapa siktokin inflamasi dan neutrophil. Seiring waktu, rongga sendi dapat rusak secara inversibel, yang akhirnya mencetus Nyeri Kronis. (Sembiring, 2018) Perjalanan penyakit Gout Arthritis menurut (Sembiring, 2018) mempunyai 4 tahap yaitu :

a. Tahap I (Tahap Gout Arthritis Akut)

Serangan biasanya terjadi antara usia 40-60 tahun pada laki-laki, dan setelah 60 tahun pada perempuan. Onset sebelum 25 tahun merupakan bentuk tidak lazim gout arthritis, yang mungkin merupakan manifestasi adanya gangguan enzimatik spesifik, penyakit ginjal atau penggunaan siklosporin. Pada 85-90% kasus, serangan berupa arthritis monoartikuler dengan predileksi MTP-1 yang biasa disebut *Podagra*. Gejala yang muncul sangat khas, yaitu radang sendi yang sangat akut dan timbul sangat cepat dalam waktu singkat. Pasien tidur tanpa ada gejala apapun, kemudian bangun tidur terasa sakit yang hebat dan tidak dapat berjalan. Keluhan *Monoarthikuler* berupa nyeri, bengkak, merah dan hangat, disertai keluhan sistematik berupa demam menggigil dan merasa lelah, disertai leukositosis dan peningkatan endapan darah. Sedangkann gambaran radiologis hanya didapatkan pembengkakan

pada jaringan lunak periartikuler. Keluhan cepat membaik setelah beberapa jam bahkan tanpa terapi sedikitpun.

Pada perjalanan penyakit selanjutnya, terutama jika tanpa terapi yang adekuat, serangan dapat menegani sendi-sendi yang lain seperti pergelangan tangan/kaki, jari tangan/kaki, lutut dan siku, atau bahkan beberapa sendi sekaligus. Serangan menjadi lama durasinya, dengan interval serangan yang lebih singkat, dan masa penyembuhan yang lama durasinya, dengan interval serangan yang lebih seingkat, dan masa penyembuhan yang lama. Diagnosis yang devinitive/goud standard, yaitu ditemukannya kristal urat (MSU) di cairan sendi atau tofus.

b. Tahap II (Tahap Gout Interkritical)

Pada tahap ini penderita dalam keadaan sehat selama rentan waktu tertentu. Rentang waktu setiap penderita berbeda-beda. Dari rentang waktu 1-10 tahun. Namun rata-rata rentang waktunya antara 1-2 tahun. Panjangnya rentan waktu pada tahap ini menyebabkan seseorang lupa bahwa dirinya pernah menderita serangan gout arthritis akut. Atau menyangka serangan pertama kali yang dialami tidak ada hubungannya dengan penyakit gout arthritis.

c. Tahap III (Tahap Gout Arthritis Akut Intermitten)

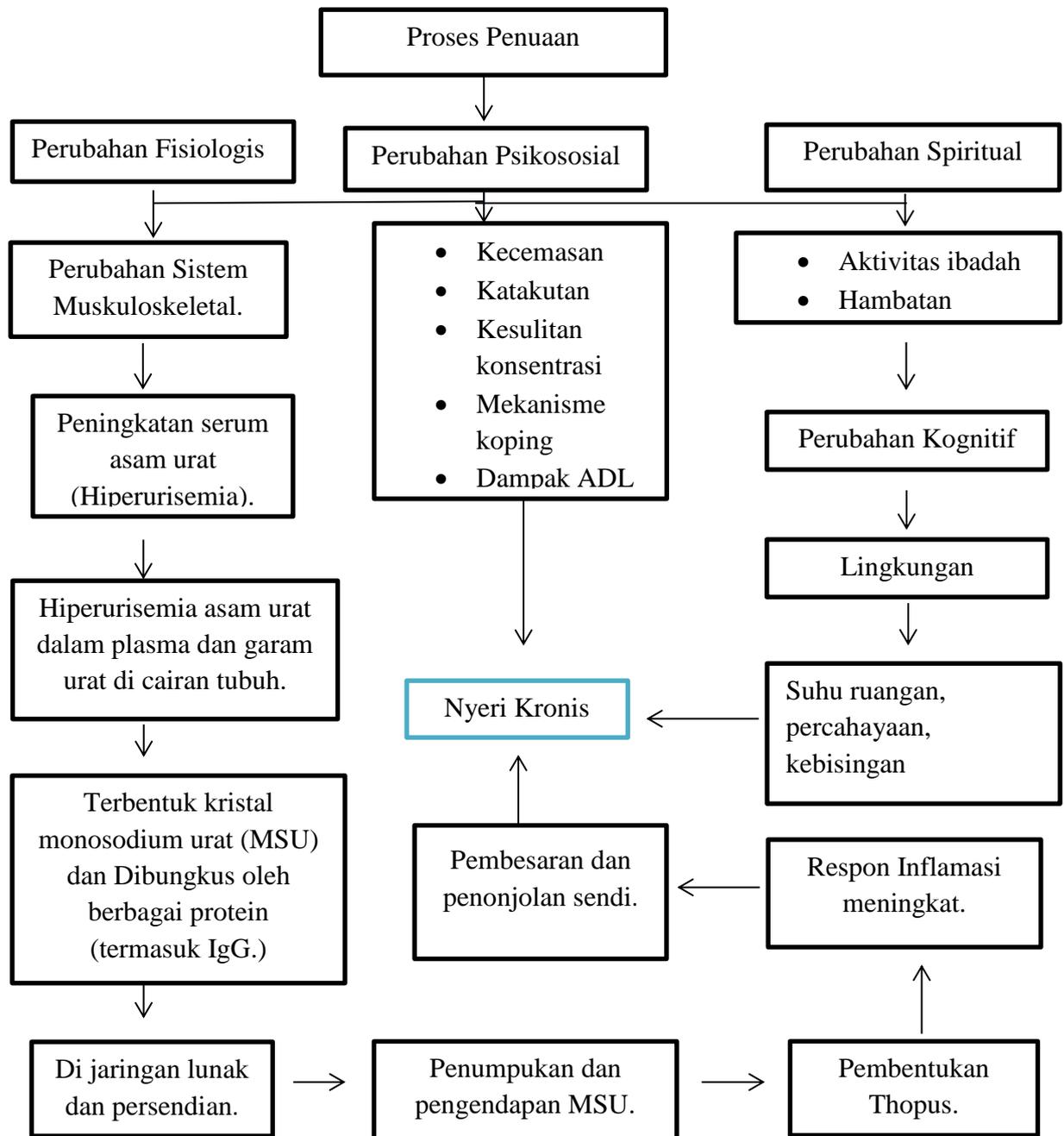
Setelah melewati masa Gout Interkritical selama bertahun-tahun tanpa gejala, maka penderita akan memasuki tahap ini yang

ditandai dengan serangan arthritis yang khas seperti diatas,. Selanjutnya, penderita akan sering mendapatkan serangan (kambuh) yang jarak antara serangan satu dengan berikutnya makin lama makin rapat dan lama serangan makin lama makin panjang, dan jumlah sendi yang terserang makin banyak. Misalnya seseorang yang semula hanya kambuh setiap setahun sekali, namun bila tidak berobat dengan benar dan teratur, maka serangan akan makin sering terjadi tiap 6 bulan, tiap 3 bulan dan seterusnya, hingga pada suatu saat akan mendapatkan serangan setiap hari dan semakin banyak sendi yang terserang.

d. Tahap IV (Tahap Gout Arthritis Kronik Tofaceous)

Tahap ini terjadi bila penderita telah menderita sakit selama 10 tahun atau lebih. Pada tahap ini akan terbentuk benjolan-benjolan disekitar sendi yang sering meradang yang disebut sebagai Thopi. Thopi ini berupa benjolan keras yang berisi serbuk berupa seperti kapur yang merupakan deposit dari kristal monosodium urat. Thopi ini akan mengakibatkan kerusakan pada sendi dan tulang disekitarnya.

2.2.6 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Gout Arthritis pada Lansia dari { (Miller, 2012) & (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma, 2018)

2.2.7 Klasifikasi

Arthritis Gout terbagi menjadi dua jenis yaitu :

1) Arthritis Gout Tipikal

- a) Beratnya serangan arthritis mempunyai sifat tidak bisa berjalan, tidak dapat memakai sepatu dan mengganggu tidur. Rasa nyeri digambarkan sebagai *excruciating pain* dan mencapai puncak dalam 24 jam. Tanpa pengobatan pada serangan permulaan dapat sembuh 3-4 hari.
- b) Serangan biasanya bersifat monoartikuler dengan tanda inflamasi yang jelas seperti merah, bengkak, nyeri, terasa panas, dan sakit jika digerakkan. Predileksi metatarsophalangeal pertama (MTP-1).
- c) Remisi sempurna antara serangan akut.
- d) Hiperurusemia. Biasanya berhubungan dengan serangan arthritis gout akut, tetapi diagnosis arthritis tidak harus disertai hiperurusemia. Fluktuasi asam urat serum dapat mempresipitasi serangan gout.
- e) Faktor pencetus adalah trauma sendi, alkohol, obat-obatan dan tindakan pembedahan. Biasanya faktor-faktor ini sudah diketahui penderita.

2) Arthritis Gout Atipikal

Jenis atipikal ini jarang ditemukan. Dalam menghadapi kasus gout atipikal diagnosis harus dilakukan secara cermat dengan

melakukan punski cairan sendi dan selanjutnya secara mikroskopis dilihat kristal urat. Dalam evolusi arthritis gout didapatkan 4 fase, yaitu sebagai berikut :

a) Arthritis Gout Akut

Manifestasi serangan memberikan gambaran jelas dan langsung dapat dilakukan diagnosis. 75% sendi yang paling terkena adalah sendi metatarsophalangeal dan terlihat jelas gejala inflamasi yang lengkap.

b) Arthritis Gout Interkritial

Fase ini adalah fase antara dua serangan akut tanpa gejala klinik. Walaupun tanpa gejala, kristal monosodium dapat ditemukan pada cairan yang diaspirasi dari sendi dan dapat ditemukan pada sel sinovia, *vakulo sel sinovia* dan *vakulo sel monuklear leukosit*.

c) Hiperurisemia Asimtomatik

Fase ini tidak identik dengan arthritis gout. Pada penderita dengan keadaan ini sebaiknya diperiksa kadar kolesterol darah karena peninggian asam urat darah hampir selalu disertai peninggian kolesterol.

d) Arthritis Gout Menahun dengan Tofi

Tofi adalah penimbunan kristal urat subkutan sendi dan terjadi pada arthritis gout menahun, yang biasanya sudah berlangsung lama kurang lebih 5-10 tahun. (Noor, 2016).

2.2.8 Penatalaksanaan

1) Farmakologis

a) *Nonsteroid Anti-inflammatory* (NSAID) merupakan terapi yang efektif untuk pasien yang mengalami serangan gout akut. NSAID harus diberikan menggunakan dosis sepenuhnya (*full dose*) pada 24-48 jam atau sampai rasa nyeri hilang. Indometasin sering diresepkan untuk serangan akut arthritis gout dengan dosis awal 75-100 mg/hari. Dosis ini kemudian diturunkan setelah 5 hari bersamaan dengan redanya gejala serangan akut. NSAID umum yang digunakan yaitu :

- *Naproxen* – awal 750 mg, kemudian 250 mg 3 kali/hari.
- *Piroxicam* – awal 40 mg, kemudian 10-20 mg/hari.
- *Diclofenac* – awal 100 mg, kemudian 50 mg 3 kali/hari selama 48 jam.

b) *COX-2 inhibitor (Etoricoxib)*

Merupakan satu-satunya COX-2 inhibitor yang dilinsesikan untuk mengatasi seranga akut gout. Obat ini efektif tapi cukup mahal dan bermanfaat terutama untuk pasien yang tidak tahan terhadap efek gastroentestinal NSAID non-selektif. COX-2 inhibitor mempunyai resiko efek samping gastroentestinal bagian atas yang lebih rendah dibandingkan dengan NSAID non-selektif.

c) Colchine

Merupakan terapi spesifik dan efektif untuk serangan gout akut. Namun, dibanding NSAID kurang populer karena mula kerjanya (onset) lebih lambat dan efek samping lebih sering dijumpai.

d) Steroid

Strategi alternatif selain NSAID dan kolkisin adalah pemberian steroid intra-artikuler. Cara ini dapat meredakan serangan dengan cepat dan cermat diferensial diagnosis antara arthritis sepsis dan gout akut karena pemberian steroid intra-artikuler akan memperburuk infeksi. (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma, 2018)

2) Non-farmakologis

Terapi Non Farmakologis dapat dilakukan dengan cara Istirahat yang cukup, penggunaan kompress hangat, dan menurunkan berat badan pada pasien yang kelebihan berat badan terbukti efektif. (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma, 2018)

Diet penderita Gout Arthrtitis, yaitu menghindari makanan tinggi purin, seperti jeroan, ikan sarden, makanan kalengan, ragi, tape, dan alkohol. Selain itu, batasi konsumen kacang-kacangan, daging, bayam, dan kangkung, daun pepaya, asparagus, jamur. Perbanyak minum untuk membantu pengeluaran asam urat (> 2 liter tiap hari) dan kurangi asupan lemak, seperti margarin,

mentega dan gorengan, karena lemak menghambat pengeluaran asam urat. (Ali Khomsam & Yuni Harlinawati, 2010)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Hartina dkk, 2018) menyebutkan bahwa pengaruh kompress hangat dapat meredakan nyeri. Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan dengan tujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Penggunaan kompres hangat untuk area tegang dan nyeri dapat meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia, yang merangsang nyeri dan menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah ke tubuh. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terjadi perubahan skala nyeri sebelum dan setelah diberikan kompres hangat, dimana pada saat dikompres responden mengatakan merasa nyaman pada saat nyaman dan tidak merasakan nyerinya. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian yang mengatakan bahwa kompres hangat merupakan tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot dan memberikan rasa hangat.

2.3 Konsep Dasar Nyeri Kronis

2.3.1 Definisi Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Nyeri kronis merupakan keadaan dimana individu mengalami dan mengeluhkan nyeri yang menetap atau intermitten dan berlangsung lebih dari 6 bulan (Carpenito, 2013). Sedangkan menurut (Zakiyah, 2015) menjelaskan Nyeri kronis adalah suatu keadaan di mana klien mengalami dan melaporkan sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara actual atau potensial yang menggambarkan adanya kerusakan jaringan (*International for the Study Of Pain*). Nyeri kronis dapat bersifat serangan mendadak atau dengan intensitas pelan dari ringan sampai berat, konstan atau timbul berulang yang tidak dapat diantisipasi dan tidak dapat diprediksi dengan durasi lebih dari 6 bulan.

Dari beberapa definisi nyeri akut diatas bisa disimpulkan bahwa, “Nyeri Kronis adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan baik aktual maupun fungsional, onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, pengalaman emosional yang muncul secara actual atau potensial yang menggambarkan adanya kerusakan jaringan dan berlangsung lebih

dari 3 – 6 bulan”.((Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) , (Carpenito, 2013), (Zakiyah, 2015)).

2.3.2 Etiologi

Penyebab nyeri kronis berdasarkan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Kondisi Muskuloskeletal Kronis.
- b. Kerusakan Sistem Saraf.
- c. Penekanan Saraf.
- d. Infiltrasi Tumor.
- e. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor.
- f. Gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, Virus *Varicella-Zoster*).
- g. Gangguan fungsi metabolik.
- h. Riwayat posisi kerja statis.
- i. Peningkatan Indeks Massa Tubuh.
- j. Kondisi Pasca Trauma.
- k. Tekanan Emosional.
- l. Riwayat penganiyaan (misalnya, fisik, psikologis, seksual)
- m. Riwayat penyalahgunaan obat/zat.

Faktor penyebab lain yang dapat memengaruhi persepsi dan reaksi masing-masing individu terhadap nyeri. Faktor-faktor tersebut adalah :

a. Usia

Pada pasien lansia seseorang perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seseorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Sebagian lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan, mereka menganggap bahwa hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri.

c. Kebudayaan

Perawat seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri.

d. Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalamannya nyeri dan cara seseorang beradaptasi dengan nyeri. Seseorang wanita merasakan nyeri akan bersalin akan mempersiapkan nyeri secara berbeda dengan wanita lainnya yang nyeri karena dipukul oleh suaminya.

e. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Ada yang melaporkan nyeri seperti ditusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar, dan lain-lain.

f. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

g. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

h. Keletihan

Keletihan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan koping individu.

i. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu yang mempunyai pengalaman nyeri akan lebih mudah menghadapi nyeri pada masa mendatang tetapi tidak berarti untuk semua individu.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. (Prasetyo, 2010).

2.3.3 Batasan Karakteristik

Batasan Karakteristik Nyeri Kronis berdasarkan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yang terbagi menjadi 2 yaitu tanda gejala minor dan mayor yang dijelaskan sebagai berikut :

A. Gejala dan tanda Mayor

Subyektif :

1. Mengeluh Nyeri.
2. Merasa Depresi (tertekan)

Obyektif :

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

B. Gejala dan tanda Minor

Subyektif :

1. Merasa takut mengalami cedera berulang.

Obyektif :

1. Bersikap protektif (misalnya, posisi menghindari nyeri)
2. Waspada
3. Pola tidur berubah
4. Anoreksia
5. Fokus menyempit
6. Berfokus pada diri sendiri.

2.3.4 Kondisi Klinis Terkait

Beberapa kondisi klinis terkait nyeri kronis berdasarkan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

1. Kondisi Kronis (misalnya, *Arthritis Reumathoid, Gout, dll*)
2. Infeksi.
3. Cedera medula spinalis.
4. Kondisi pasca trauma.
5. Tumor.

2.3.5 Standar Luaran Nyeri Kronis

a) Luaran Utama

Tingkat Nyeri

b) Luaran Tambahan

1. Kontrol Gejala.
2. Kontrol Nyeri.
3. Mobilitas Fisik.

4. Status Kenyamanan.
5. Pola Tidur.
6. Tingkat Agitasi.
7. Tingkat Ansietas.
8. Tingkat Depresi. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.3.6 Reseptor Nyeri

Reseptor adalah sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor inilah yang menangkap stimulus nyeri. Reseptor ini dapat terbagi menjadi 4 yaitu :

a. Exteroreseptor

Yaitu reseptor yang berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain :

- 1) *Corpusculum miessineria, corpusculum markel* : untuk merasakan stimulus tektik (sentuh / rabaan)
- 2) *Corpusculum Krausse* : untuk merasakan rangsang dingin.
- 3) *Corpusculum Ruffini* : untuk merasakan rangsang panas, merupakan ujung saraf bebas yang terletak di dermis dan sub kutis.

b. Telerseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.

c. Propioseptor

Merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ otot, spindle dan tendon gigi.

d. Interoseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan pada organ-organ visceral dan pembuluh darah. Beberapa penggolongan lain dari reseptor sensori :

- 1) Termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu (panas atau dingin).
- 2) Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus mekanik.
- 3) Nosisseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus nyeri.
- 4) Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.
(Prasetyo, 2010).

2.3.7 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Beberapa pengkajian intensitas nyeri dengan pendekatan PQRST, antara lain :

a. Faktor pencetus (**P**: Provoking Incident)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hati ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami nyeri.

b. Kualitas (**Q**: Quality of Pain)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, dll.

c. Lokasi (**R**: Region)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Dalam mendokumentasikan hasil tentang lokasi nyeri, perawat hendaknya menggunakan bahasa anatomi atau istilah yang deskriptif. Sebagai contoh “Nyeri terdapat di kuadran abdomen kanan atas” adalah pernyataan yang lebih spesifik dibandingkan “klien menyatakan bahwa nyeri terasa pada abdomen”.

d. Keparahan (**S**: Severity / Scale of Pain)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subyektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri ringan, sedang, dan berat. Namun kesulitannya adalah makna dari istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien serta tidak adanya batasan-batasan khusus yang membedakan adanya nyeri ringan, sedang dan berat.

e. Durasi (**T**: Time)

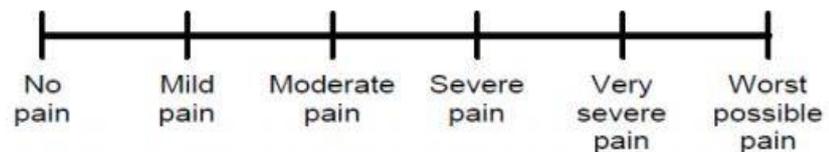
Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan : “kapan nyeri mulai dirasakan ?”, “Apakah nyeri yang dirasakan terjadi

pada waktu yang sama setiap hari?”, “seberapa sering nyeri kambuh ?” atau dengan kata-kata lain. (Prasetyo, 2010)

Selain pemeriksaan dengan cara PQRST, bisa dilakukan dengan cara sebagai berikut :

a. Skala Deskriptif Verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*)

Merupakan salah satu alat ukur yang tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Perawatan menunjukkan skala tersebut pada klien dan meminta untuk menunjukkan intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



Gambar 2. 2 : Skala Deskriptif (Prasetyo, 2010)

b. Skala Numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*)

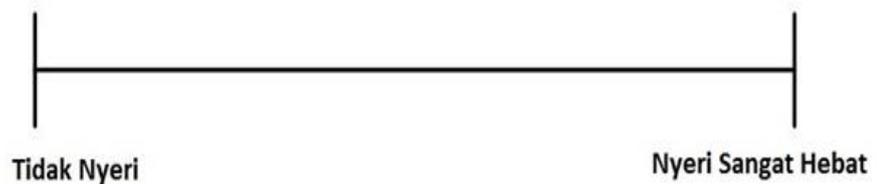
Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan skala 0-10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, dan 10 mengidentifikasi nyeri yang paling berat yang dirasakan klien.



Gambar 2. 3 : Skala Numerik (**Prasetyo, 2010**)

c. Skala Analog Visual (Visual Analog Scale, VAS)

Merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang ia rasakan.



Gambar 2. 4 : Skala Analog Visual (**Prasetyo, 2010**)

2.3.8 Intervensi Nyeri Kronis

Intervensi keperawatan Manajemen Nyeri (L.08238) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu :

A. 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 konstan.

B. Tindakan

1. Observasi

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

2. Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, Hipnosis, Akupressure, biofeedback, terapi musik, dll)

- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3. Edukasi

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

4. Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgesik, *jika perlu*.

2.3.9 Evaluasi Nyeri Kronis

Evaluasi Nyeri Kronis berdasarkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

yaitu :

1. Klien melaporkan nyeri dapat terkontrol dengan baik.
2. Klien mampu dalam mengenali onset nyeri.
3. Klien mampu mengenali penyebab nyeri.
4. Klien mampu menggunakan teknik non-farmakologis yang telah diajarkan.
5. Klien mendapatkan dukungan baik dari keluarga.

6. Keluhan nyeri menurun.
7. Penggunaan analgesik menurun.

2.4 Konsep Teori Carol A. Miller

2.4.1 Filosofi Teori

Model teori yang diperkenalkan oleh Carol disebut teori konsekuensi fungsional untuk promosi kesehatan lansia (*Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults*). Perawat dapat menggunakan model ini diberbagai situasi dimana tujuan dari keperawatan ialah promosi kesehatan bagi lansia. Teori ini dikembangkan untuk menjelaskan pertanyaan seperti: apakah keunikan dari promosi kesehatan untuk lansia? Dan bagaimana penerapan keperawatan untuk kebutuhan kesehatan bagi lansia?. (Miller, 2012)

2.4.2 Terminologi dalam teori

The Functional Consequences Theory terdiri dari teori tentang penuaan, lansia dan keperawatan holistik. Konsep domain keperawatan adalah orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan dihubungkan bersama secara khusus dalam kaitannya dengan lansia.

a) *Functional Consequences*

Mengobservasi akibat dari tindakan, faktor resiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas hidup atau aktivitas sehari-hari dari lansia. Efek tersebut berhubungan dengan semua tingkat fungsi, termasuk tubuh, fikiran dan semangat. Konsekuensi fungsional yang positif atau negative

adalah efek-efek yang bisa diamati dari tindakan, faktor resiko dan perubahan terkait umur yang memepengaruhi kualitas hidup atau kegiatan sehari-hari dari lansia. Faktor-faktor resiko bisa berasal dari lingkungan atau berasal dari pengaruh fisiologi dan psikososial.

b) *Negative Functional Consequences*

Hal-hal yang menghambat fungsi dari lansia atau kualitas dari lansia. Dampak-dampak fungsional negative biasanya terjadi karena kombinasi perubahan terkait usia dan faktor-faktor resiko yang dijelaskan dalam contoh gangguan peforma visual. Hal ini juga bisa disebabkan karena intervensi, dimana kasus intervensi menjadi faktor-faktor resiko.

c) *Positive Functional Consequences*

Hal-hal yang memfasilitasi tingkat tertinggi fungsi dari lansia secara baik, sedikit keterganungan, dan kualitas hidup terbaik. Konsekuensi fungsional positif bisa berasal dari tindakan intervensi. Seringkali lansia membawa dampak fungsional positif ketika mereka mengompensasi perubahan-perubahan terkait usia dengan atau tanpa maksud sadar. Misalnya seorang lansia mungkin meningkatkan jumlah cahaya untuk membaca atau mulai menggunakan kacamata tanpa menyadari bahwa tindakan tersebut mengompensasi perubahan-perubahan terkait usia. (Alligood, 2014).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan masalah Nyeri Kronis pada kasus Gout Arthritis.

2.5.1 Pengkajian

Format pengkajian pada lansia yaitu format yang terdiri atas Nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, dan sebagainya.

Format pengkajian menggunakan Teori Model Callor A. Miller yaitu teori yang diperkenalkan oleh Carol atau teori konsekuensi fungsional untuk promosi kesehatan bagi lansia (Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in older Adults). Teori ini bertujuan untuk promosi kesehatan bagi lansia. (Miller, 2012)

Beberapa pengkajian Adaptasi Model Carol A. Miller (Miller, 2012) yaitu:

1. Data Diri Klien

Pada data diri klien terdapat data diantaranya nama klien (hanya inisial), alamat, usia, pendidikan, dan lain-lain.

2. Data Keluarga

Pada data keluarga pasien ini, yang diambil datanya adalah seseorang yang memiliki hubungan darah baik anak, ibu, ayah. Dan didalam data meliputi nama, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat, serta nomor telpon.

3. Status Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama

- a. Tanyakan keluhan nyeri yang terjadi, biasanya pada ibu jari kaki atau pada sendi-sendi lain.

b. Bagaimana gejala awalnya dan bagaimana klien menanggulangnya.

c. Tentukan apakah ada nyeri tekan atau nyeri saat digerakkan.

Gunakan metode PQRST sebagai pengkajian nyeri :

- *Provoking Incident* : faktor precipitasi nyeri yaitu gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan hiperursemia dan serangan sinovitis akut berulang.
- *Quality of Pain* : nyeri yang dirasakan seperti menusuk-nusuk.
- *Ragion, Radiation, Relief* : nyeri pada sendi ibu jari atau sebagainya.
- *Severity (Scale) of Pain* : nyeri yang dirasakan dari skala 1-10, tidak adanya hubungan antara nyeri dan luas kerusakan dari pemeriksaan radiologi.
- *Time* : Lama nyeri dan kapan terjadi bertambah buruknya.

d. Apakah terdapat bengkak dan kemerahan.

e. Adanya demam sub febris.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data saat kapan gejala itu muncul dan bagaimana gejala berkembang. Apakah terdapat penggunaan obat analgesik dan berapa lama pemakaian. Apakah terdapat nodule pada sendi.

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah terdapat penyebab pendukung (penyakit penyerta) seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal Kronis. Apakah klien pernah dirawat sebelumnya serta kaji penggunaan Alkohol berlebihan, obat deuretik.

d) Riwayat Alergi

Kaji Apakah terdapat riwayat alergi baik terhadap makanan maupun obat yang dapat menimbulkan reaksi terhadap sistem kekebalan tubuh klien.

e) Pengetahuan, usaha untuk mengatasi keluhan

Pengetahuan klien maupun keluarga untuk membantu mengatasi keluhan nyeri yang dialami klien, baik penggunaan obat-obatan, ramuan herbal dan sebagainya.

f) Obat-obatan

Jenis obat-obatan yang dikonsumsi klien untuk mengatasi nyeri karena Gout Arthritis.

4. Age Related Changes (perubahan terkait proses menua)

Fungsi Fisiologis

Perubahan fungsi fisiologis pada lansia yang dialami pada usia 50 tahun keatas dengan perubahan fungsi-fungsi organ yang menurun akibat bertambahnya usia. Beberapa kondisi lansia yang dialami pada perubahan fisiologisnya. Dalam pengisian aspek fisik terdapat pilihan YA atau TIDAK, perawat dapat memilih sesuai dengan kondisi klien

dengan menggunakan tanda centang “√” dan diikuti penjelasan dibawahnya terkait penjelasan kondisi klien.

a) Kondisi Umum

- Kelelahan

Kondisi klien yang ditandai dengan penurunan aktivitas disertai perasaan yang terlihat letih, lesuh, maupun lemah. Kelelahan dapat datang secara mendadak.

- Perubahan Berat Badan

Penurunan maupun kenaikan secara drastis yang dialami oleh klien, baik berat badan sebelumnya maupun sekarang (sebelum dan sesudah dilakukan pengkajian).

- Perubahan Nafsu Makan

Tingkat perubahan nafsu makan yang dialami klien, sehingga nafsu makan menjadi menaik atau menurun terhadap makanan yang akan dikonsumsi.

- Masalah Tidur

Suatu kondisi dimana terdapat perubahan waktu, kualitas, maupun jumlah tidur lansia/individu dengan kebutuhan antara 6-7 jam/hari.

- Kemampuan ADL

Kemampuan umum lansia dalam melakukan kegiatan baik mobilisasi, makan, berhias apakah memerlukan bantuan atau tidak.

b) Muskuloskeletal

- Nyeri Sendi

Terdapat nyeri pada bagian sendi, kaji wilayah dan kualitas nyeri menggunakan metode PQRST.

- Bengkak

Adanya pembengkakan pada daerah sendi, pada penderita Gout sering terjadi pembengkakan pada daerah sendi.

- Kaku Sendi

Kekakuan pada daerah sendi atau yang disebut dengan Arthritis, keadaan dimana terjadi pada beberapa sendi yang dapat menyebabkan kesulitan saat bergerak.

- Deformitas

Merupakan perubahan bentuk atau kelainan bentuk kaki seseorang dari yang normal menjadi abnormal. Bisa disebabkan karena fraktur, Gout Arthritis, dll.

- Spasme

Spasme adalah kontraksi otot tanpa disadari sehingga otot tidak dapat berelaksasi. Biasanya bersifat sementara dan tidak berbahaya, namun dapat menimbulkan nyeri.

- Kram

Kram adalah kontraksi jaringan otot secara tiba-tiba.

- Kelemahan Otot

Kelemahan pada otot sehingga sulit untuk melakukan pergerakan secara normal. Kaji menggunakan metode Manual Muscle Testing dan tulis hasil skor pada kolom komentar.

- Masalah Gaya Berjalan

Apakah terdapat kelainan saat berjalan seperti berjalan bungkuk, Steppage. Biasa terjadi pada klien dengan penyakit perkinson.

- Nyeri Punggung

Nyeri pada daerah punggung, kaji dengan metode PQRST.

- Pola Latihan

Jenis latihan yang dilakukan oleh lansia, jelaskan kapan dan lama saat beraktivitas, seperti berolahraga, senam, dll.

- Dampak ADL

Jelaskan keadaan lansia yang berdampak pada sistem muskuloskeletal pada saat beraktivitas. Seperti kesulitan berjalan, dll.

5. Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual

Psikososial

a) Cemas

Merupakan bentuk respon adaptif seseorang dengan rasa ketakutan yang belum diketahui secara pasti. Ditandai dengan muka pucat, jantung berdebar-debar.

b) Depresi

Depresi adalah kondisi kesehatan mental yang terjadi karena ketidakmampuan untuk meredakan dari kegelisahan dan suasana – suasana yang tertekan.

c) Ketakutan

Persepsi emosi seseorang terhadap sesuatu hal yang berbeda sehingga menimbulkan persepsi yang negatif, bahaya maupun nyata.

d) Insomnia

Permasalahan dalam kesulitan untuk tidur.

e) Kesulitan dalam mengambil keputusan

Kesulitan dalam mengambil suatu kebijakan.

f) Kesulitan konsentrasi

Ketidakmampuan dalam menyelesaikan tugas biasanya kerap melamun.

g) Mekanisme koping

Jelaskan mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah.

h) Persepsi tentang kematian

Jelaskan persepsi klien terhadap kematian dalam menerima dan menginterpretasikan mengenai kematian.

i) Dampak ADL

Jelaskan dampak kondisi sosial dalam kegiatan sehari – hari.

Spiritual

a) Aktivitas Ibadah

Jelaskan aktivitas ibadah klien, dimana maupun kapan dilakukan, dan jelaskan apakah klien dapat melakukan aktivitas sesuai ketentuan agama.

b) Hambatan

Jelaskan kondisi klien mengenai hambatan yang terjadi pada saat ibadah, baik tempat, alat ataupun diri klien sendiri, misal klien sulit dalam ibadah berdiri.

6. Lingkungan

a) Kamar

Jelaskan mengenai penataan, lantai, pencahayaan, ventilasi, jarak kamar dan kamar mandi, pegangan dinding.

b) Kamar mandi

Jelaskan jenis WC, bak mandi, lantai, keset dan pencahayaan.

c) Dalam rumah

Jelaskan pemanfaatan ruang, jenis fasilitas lansia, pencahayaan dan jenis lantai.

d) Luar rumah

Jelaskan apakah terdapat tangga, pegangan lansia, pagar.

7. *Negative Functional Consequences*

Pengkajian lebih lanjut yang dilakukan pada lansia dengan menggunakan tabel dibawah ini :

A. Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (*Indeks Barthel*)

Tabel 2. 1 *Indeks Barthel (Kholifah, 2016)*

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Makan	5	10	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	15
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
5	Mandi	0	5	5
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	5
7	Naik turun tangga	5	10	10
8	Mengenakan pakaian	5	10	10
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	10

B. Aspek Kognitif

Tabel 2. 2 MMSE (*Mini Mental Status Exam*) (**Kholifah, 2016**)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
----	----------------	----------------	-------------	----------

1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2021 Hari : - Musim : Kemarau Bulan : - Tanggal : -
2	Orientasi	5	5	Dimanasekarangkitaberada ? Negara: Indonesia Desa :BalongRejo Propinsi:JawaTimur Kabupaten/kota : Mojokerto.
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 namaobyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakankepadaklien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatiandankalkulasi	5	2	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Mintaklienuntukmengulangiketigaobyekpadapoinke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). Korden 2). Jam 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : tapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
Total nilai		30	24	Tidakadagangguan kognitif

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat.

C. Tes Keseimbangan

Tabel 2. 3 *Time Up Go Test* (Kholifah, 2016)

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		
Interpretasi hasil		

Interpretasi hasil:

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

>13,5 detik

Resiko tinggi jatuh

>24 detik

Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik

Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson: 1991)

D. Kecemasan, GDS

Pengkajian Depresi

Tabel 2. 4 *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Kholifah, 2016)

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	0

10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				0

(*Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*)

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi.

E. Status Nutrisi

Tabel 2. 5 Pengkajian determinan nutrisi pada lansia (**Kholifah, 2016**)

No	Indikators	score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	1
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	1
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0
Total score			1

(*American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001*)

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

F. Hasil pemeriksaan Diagnostik

Tabel 2. 6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik (Kholifah, 2016)

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1.	TTV		TD : S: Nadi: RR :

G. Fungsi sosial lansia

Tabel 2. 7 APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA (Kholifah, 2016)

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	2
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	2
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	2
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	1

5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	2
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 22). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skor 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	9

Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 200

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penialaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan prioritas berdasarkan masalah menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (proses inflamasi akibat kerusakan jaringan synovial) ditandai dengan mengeluh nyeri, merasa depresi, takut mengalami cedera berulang, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif, anoreksia, berfokus pada diri sendiri.

2.5.3 Intervensi

Intervensi Keperawatan menurut (PPNI, 2018) dan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) sebagai berikut

Tabel 2. 8 Intervensi Nyeri Kronis :

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (proses inflamasi akibat kerusakan jaringan synovial) ditandai dengan mengeluh nyeri, merasa depresi, takut mengalami cedera berulang, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif, anoreksia, berfokus pada diri sendiri	<p>Luaran Utama : Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Luaran tambahan : Kontrol nyeri, Status kenyamanan.</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3 kali 24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien yang mengalami gout menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat. Keluhan nyeri menurun. Meringis menurun. Sikap protektif menurun. Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun. Nafsu makan membaik. Pola tidur membaik. 	<p>Manajemen Nyeri : (L.082238)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. ▪ Identifikasi skala nyeri. ▪ Identifikasi respons nyeri non verbal. <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berikan teknik Nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupressure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, kompres hangat,dll) ▪ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berikan penjelasan informasi penyebab, periode dan pemicu nyeri. ▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri. ▪ Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. ▪ Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat. ▪ Ajarkan teknik Nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2.4.4 Implementasi keperawatan.

Terdapat berbagai tindakan yang dapat dilakukan seorang perawat untuk mengurangi rasa nyeri yang ia derita. Tindakan-tindakan tersebut mencakup tindakan non farmakologis dan farmakologis. Dalam beberapa kasus nyeri yang didapatnya ringan, tindakan non-farmakologis adalah intervensi yang paling utama, sedangkan tindakan farmakologis dipersiapkan untuk mengantisipasi perkembangan nyeri. Pada kasus nyeri sedang sampai berat, tindakan non-farmakologis menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi nyeri di samping tindakan farmakologis yang utama.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan melihat kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri, berdasarkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) yaitu :

- a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat.
- b) Keluhan nyeri menurun.
- c) Meringis menurun.
- d) Sikap protektif menurun.
- e) Gelisah menurun
- f) Kesulitan tidur menurun.
- g) Nafsu makan membaik.
- h) Pola tidur membaik.