

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang teori yang mendukung penelitian meliputi konsep gout arthritis, konsep nyeri akut, konsep lansia, konsep asuhan keperawatan gerontic dengan diagnose nyeri akut pada penderita gout arthritis.

2.1 Konsep Gout Arthritis

2.1.1 Definisi

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. Gout Arthritis banyak di derita oleh lansia berkaitan dengan proses penuaan.

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 sendi. Dampak nyeri gout arthritis yang dapat ditimbulkan ke lansia berupa menurunnya kualitas hidup lansia karena nyeri yang sangat mengganggu aktivitas. 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

2.1.2 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. Hyperusemia 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.

2.1.3 Tanda dan Gejala

1. Nyeri pada anggota gerak
2. Kelemahan otot
3. Peradangan dan bengkak pada sendi
4. Kekakuan sendi
5. Kejang dan kontraksi otot
6. Gangguan fungsi
7. Sendi berbunyi(krepitasi)
8. Sendi goyah
9. Timbunya perubahan bentuk
10. Timbulnya benjolan nodul

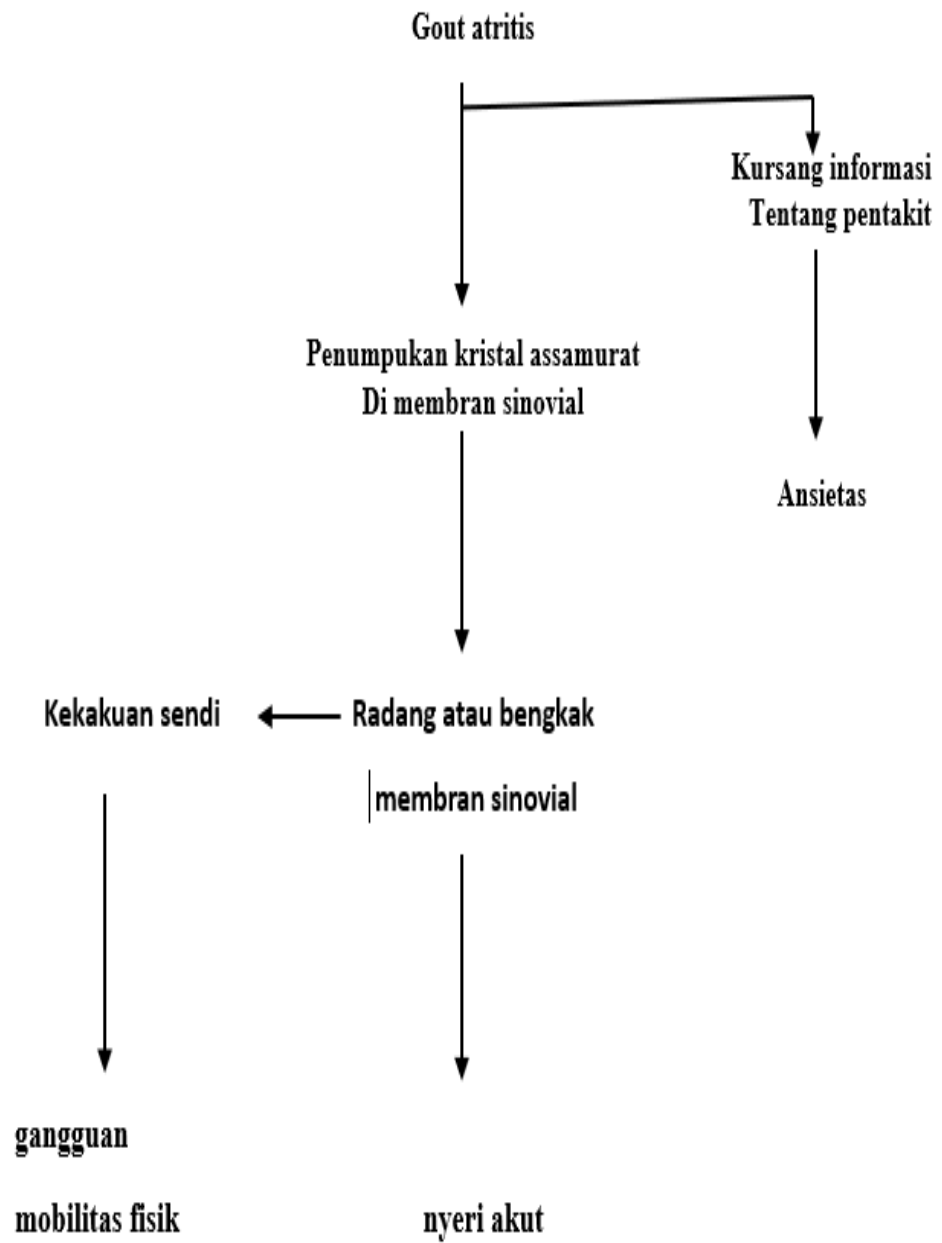
2.1.4 Patofisiologi

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. Pada umumnya yang terserang gout adalah pria, sedangkan pada perempuan presentasinya 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. (Madyaningrum et al., n.d.) 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 metatarsophalangeal 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.



2.1.5 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Gout Aritis

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Sinar X dari sendi yang sakit : menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.
2. Scan radionuklida : mengidentifikasi peradangan sinovium
3. Artroskopi Langsung : Visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/ degenerasi tulang pada sendi
4. Aspirasi cairan sinovial : mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal: buram, berkabut, munculnya warna kuning (respon inflamasi, produk-produk pembuangan degeneratif); elevasi SDP dan lekosit, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
5. Biopsi membran sinovial : menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas.
6. Pemeriksaan cairan sendi melalui biopsi, FNA (Fine Needle Aspiration) atau artroskopi; cairan sendi terlihat keruh karena mengandung banyak leukosit dan kurang kental dibanding cairan sendi yang normal.
7. Kriteria diagnostik Arthritis Reumatoid adalah terdapat poli- arthritis yang simetris yang mengenai sendi-sendi proksimal jari tangan dan kaki serta menetap sekurang-kurangnya 6 minggu atau lebih bila ditemukan nodul subkutan atau gambaran erosi peri-artikuler pada foto rontgen. (Syamsudin & Astuti, 2021a)

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan reumatoid arthritis adalah mengurangi nyeri, mengurangi inflamasi, menghentikan kerusakan sendi dan meningkatkan fungsi dan kemampuan mobilisasi penderita.

Adapun penatalaksanaan umum pada Gout arthritis antara lain:

1. Pemberian terapi

Pengobatan pada rheumatoid arthritis meliputi pemberian aspirin untuk mengurangi nyeri dan proses inflamasi, NSAIDs untuk mengurangi inflamasi, pemberian corticosteroid sistemik untuk memperlambat destruksi sendi dan immunosupresif terapi untuk menghambat proses autoimun.

2. Pengaturan aktivitas dan istirahat

Pada kebanyakan penderita, istirahat secara teratur merupakan hal penting untuk mengurangi gejala penyakit. Pembebanan sendi yang terkena dan pembatasan gerak yang tidak perlu akan sangat membantu dalam mengurangi progresivitas inflamasi. Namun istirahat harus diseimbangkan dengan latihan gerak untuk tetap menjaga kekuatan otot dan pergerakan sendi.

3. Kompres hangat

Kompreshangat digunakan untuk mendapatkan efek analgesic dan relaksan otot. Dalam hal ini kompres hangat lebih efektif daripada kompres dingin.

4. Diet

Untuk penderita rheumatoid arthritis disarankan untuk mengatur dietnya. Diet yang disarankan yaitu asam lemak omega-3 yang terdapat dalam minyak ikan.

5. Pembedahan

Pembedahan dilakukan apabila gout arthritis sudah mencapai tahap akhir. Bentuknya dapat berupa tindakan arthrodesis untuk menstabilkan sendi, arthroplasty atau *total joint replacement* untuk mengganti sendi.

2.1.8 Pencegahan

1. Hindari kegiatan tersebut apabila sendi sudah terasa nyeri, sebaiknya berat badan diturunkan, sehingga bila kegemukan mengakibatkan beban pada sendi lutut atau tulang pinggul terlalu berat
2. Istirahat yang cukup pakailah kaus kaki atau sarung tangan sewaktu tidur pada malam hari dan kurangi aktivitas berat secara perlahan lahan.
3. Hindari makanan dan segala sesuatu secara berlebihan atau terutama segala sesuatu yang mencetus reumatik. Kurangi makanan yang kaya akan purin misalnya : daging, babat, usus, hati , ampela dan dll
4. Konduksi; adalah proses perambatan dan amplifikasi dari potensial aksi atau impuls listrik tersebut dari nosiseptor sampai pada kornu posterior medulla spinalis pada tulang belakang.

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan ukuran intensitas

yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis. (Parwata et al., 2020)

2.2.2 Mekanisme Nyeri

Antara suatu rangsang kuat (kimiaawi termal atau kimiaawi) sampai dirasakan sebagai persepsi nyeri terdapat 5 proses elektrofisiologi yang jelas, dimulai dengan proses transduksi, konduksi, modulasi, transmisi dan persepsi. Keseluruhan proses ini disebut nosisepsi (nociception), dari sinilah asal kata nyeri nosisepsi, yakni nyeri yang perjalanannya mengikuti alur perjalanan nyeri

1. Transduksi; adalah proses dimana stimulus kuat diubah menjadi aktivitas listrik, sering disebut potensial aksi. Pada nyeri akut akibat kerusakan jaringan, mediator kimia seperti prostaglandin, bradikinin, serotonin, zat P dan histamin dilepaskan. Bahan kimia ini membuat peka dan mengaktifkan nosiseptor untuk menghasilkan potensial aksi (impuls listrik). Proses mengubah bahan kimia menjadi impuls listrik disebut transduksi.
2. Modulasi; adalah proses spontan pemblokiran impuls listrik yang sampai ke tanduk posterior, yang kekuatannya berbeda-beda pada setiap orang (dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, kepercayaan atau budaya). Kekuatan modulasi ini membedakan persepsi nyeri pada setiap

orang. terhadap stimulus yang sama.

3. Transmisi; adalah proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama
4. ke neuron kedua terjadi di kornuposterior medula spinalis, dari mana ia naik melalui traktus spinotalamikus ke talamus dan otak tengah. Akhirnya, dari talamus, impuls mengirim pesan nosiseptif ke korteks somatosensoris, dan sistem limbik.
5. Persepsi; adalah proses yang sangat kompleks yang saat ini tidak dipahami dengan jelas. Dapat disimpulkan bahwa persepsi nyeri merupakan pengalaman sadar yang menggabungkan aktivitas sensorik korteks somatosensori dengan aktivitas emosional sistem limbik, yang pada akhirnya dipersepsikan sebagai “pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan (Syamsudin & Astuti, 2021b).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

- a) Klasifikasi Nyeri menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI DPP PPNI, 2) :

- 1 Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan, intensitasnya ringan hingga parah, dan berlangsung kurang dari 3 bulan.

- 2 Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah pengalaman sensorik atau

emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

b) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

1 Nyeri NosiseptifNyeri

Nocicept adalah nyeri yang disebabkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer, yang merupakan reseptor khusus yang mengirimkan rangsangan berbahaya. Rasa sakit ini bisa disebabkan oleh rangsangan yang mempengaruhi kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dll.

2 Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati.

c) Nyeri menurut rasa

1) Nyeri cepat : Nyeri yang menusuk-nusuk

2) Nyeri djuss : Nyeri yang tidak dirasakan

d) Nyeri menurut tempat

1) Nyeri perifer : Rangsangan pada area kulit

- Superfisial : Nyeri permukaan seperti kulit dan mukosa.

- Deep : Nyeri yang terjadi di daerah visceral, sendi, pleura, peritoneum terangsang akan timbul rasa nyeri yang dalam.

- Referred pain : Nyeri alihan yaitu rasa nyeri di daerah jauh dari tempat yang terangsang atau yang bukan asal nyeri, biasanya terlibat pada nyeri dalam, dan menyebar.

- 2) Nyeri sentral tulang : Nyeri pusat otak, sumsum Belakang
- 3) Nyeri psikogenetik : Gangguan psikologis, tidak ada

e) Nyeri menurut sifat

- 1) Nyeri Isidental waktu : Nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalumenghilang
- 2) Nyeri Steady dalam : Nyeri menetap dan dirasakan yang lama (misalnya: abses, ulcus ventrikuli)
- 3) Nyeri Paroxymal : Nyeri yang dirasakan

berintensitas

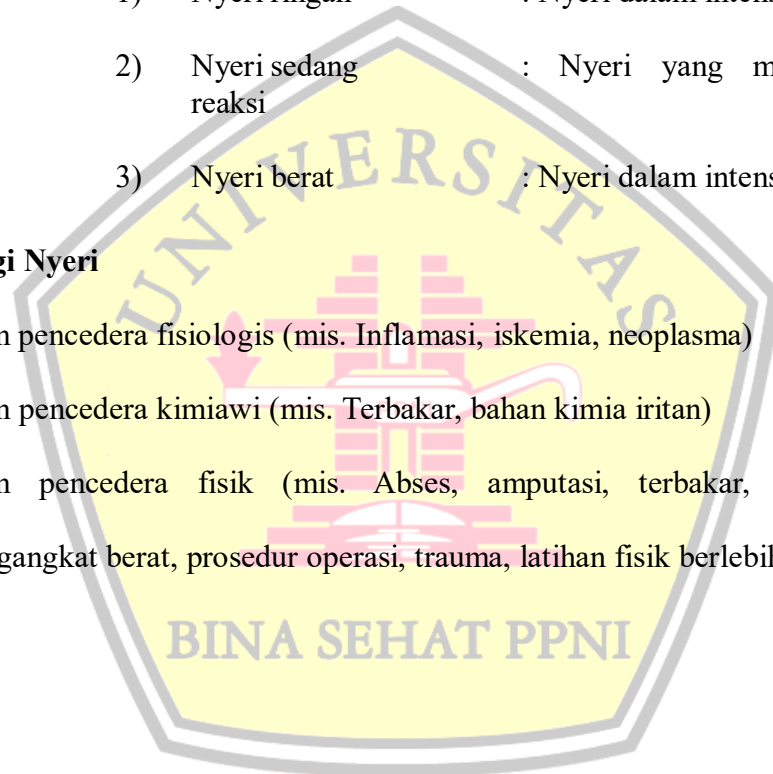
tinggihan kuat sekali dan biasanya menetap± 10-15 menit, lalu hilang dan kemudianbisa timbul lagi.

f) Nyeri menurut berat ringan intensitas

- 1) Nyeri ringan : Nyeri dalam intensitas rendah
- 2) Nyeri sedang reaksi : Nyeri yang menimbulkan reaksi
- 3) Nyeri berat : Nyeri dalam intensitas tinggi

2.2.4 Etiologi Nyeri

1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)



2.2.5 Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. cedera traumatis
3. infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaukoma

2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Wantoro et al., 2020) beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri seseorang yaitu :

1) Usia Usia

Ini merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, terutama pada anak-anak dan orang lanjut usia. Perbedaan perkembangan yang diamati antara kelompok usia ini dapat memengaruhi cara anak-anak dan orang lanjut usia merespons rasa sakit..

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri. Tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor – faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat.

dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu yang perawat terapkan sebagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan massase. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat dapat menempatka nyeri pada kesadaran perifer.

4) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara orang menghadapi rasa sakit, orang mempelajari apa yang diharapkan dan dapat diterima dalam budaya mereka. Ini termasuk merespons rasa sakit. Cara orang mengungkapkan rasa sakit adalah ciri budaya, dan beberapa budaya percaya bahwa menunjukkan rasa sakit adalah hal yang wajar. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini mempengaruhi pelepasan fisiologis opiat endogen dan juga sensasi nyeri.

5) Makna nyeri

Makna yang diberikan seseorang terhadap rasa sakit mempengaruhi pengalaman rasa sakit dan bagaimana seseorang beradaptasi terhadapnya. Orang mempersepsikan rasa sakit secara berbeda ketika rasa sakit itu menyampaikan kesan bahaya, kehilangan, hukuman, dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin merasakan nyeri secara berbeda dibandingkan wanita yang mengalami nyeri akibat cedera pukulan.

6) Ansietas

Kecemasan seringkali meningkatkan persepsi nyeri, namun nyeri juga dapat menyebabkan kecemasan. Jika kecemasan tidak ditangani di lingkungan berteknologi tinggi seperti unit perawatan intensif, kecemasan dapat menyebabkan masalah manajemen nyeri yang serius. Kegigihan yang tidak kunjung hilang sering kali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, kelelahan memperparah rasa nyeri dan melemahkan kemampuan untuk bertahan hidup. Jika rasa lelah disertai dengan sulit tidur, rasa sakitnya mungkin terasa lebih kuat, seringkali rasa sakitnya hilang setelah tidur nyenyak dibandingkan dengan akhir hari yang melelahkan..

8) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak serta merta berarti seseorang akan lebih mudah menerima nyeri di kemudian hari. Jika seseorang mengalami nyeri berulang-ulang, namun nyeri tersebut berhasil dihilangkan, maka orang tersebut akan lebih mudah mengartikan nyeri tersebut. Perawat harus berusaha mempersiapkan klien dengan menjelaskan secara jelas nyeri yang dialaminya dan metode untuk menghilangkan nyeri.

9) Gaya koping Nyeri

Dapat menyebabkan cacat sebagian atau seluruhnya. Klien sering kali menemukan cara berbeda untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis dari nyeri. Saat mengalami nyeri, penting untuk memahami sumber koping klien. Rencana perawatan mungkin menggunakan sumber daya seperti komunikasi dengan dukungan keluarga, olahraga atau bernyanyi untuk mendukung klien dan mengurangi rasa sakit sampai batas tertentu. (SIMBOLON, 2021)

10) Dukungan keluarga dan sosial

Orang yang kesakitan sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Meskipun klien masih merasakan sakit, namun kehadiran orang-orang terdekat klien mengurangi perasaan kesepian dan ketakutan. Apabila keluarga atau teman tidak hadir, pengalaman nyeri seringkali memberikan tekanan yang lebih besar pada klien. Kehadiran orang tua sangat penting terutama bagi anak yang sedang mengalami nyeri. (Susarti & Romadhon, 2019)

2.2.7 Pengukuran Nyeri

Sebelum melakukan manajemen nyeri, perlu dilakukan penilaian atau asesmen intensitasnya. Banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri, namun yang paling sederhana ada 3 macam yakni; 1. Visual Analog Scale (VAS), 2. Numeric Rating Scale (NRS) dan ke 3. Faces Scale dari Wong-Backer

1. Visual Analog Scale (VAS) Skala analog visual

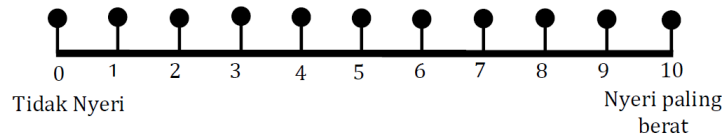
Skala ini bersifat satu dimensi yang banyak dilakukan pada orang dewasa untuk mengukur intensitas nyeri pascabedah. Berbentuk penggaris yang panjangnya 10 cm atau 100 mm. Titik 0 adalah tidak nyeri dan titik 100 jika nyerinya tidak tertahankan. Disebut tidak nyeri jika pasien menunjuk pada skala 0-4 mm, nyeri ringan 5-44 mm, nyeri sedang 45-74 mm, nyeri berat 75-100 mm. Sisi yang berangka pada pemeriksa sedang yang tidak berangka pada sisi penderita. (gambar 2).



Gambar 2. 2 Skala Analog Visual

2. Numerical Rating Scale (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan. Jika pasien mengalami disleksia, autisme, atau geriatri yang demensia maka ini bukan metode yang cocok. (gambar 3).



Gambar 2. 3 Skala Angka Numerik

3. Faces Scale (Skala wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambarwajah. Gambar pertama tidak nyeri (anaktenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnyalebih nyeri dan gambar paling akhir, adalahorang dengan ekpresi nyeri yang sangatberat. Setelah itu, pasien disuruh menunjukkgambar yang cocok dengan nyerinya.Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapijuga dapat digunakan pada geriatri dengangangguan kognitif.(Elviani et al., 2021)



Gambar 2. 4 Wong Baker Faces Scale

4. Pengukuran Nyeri PQRST

O = Onset (seberapa cepat efek dari suatu interaksi terjadi)

P = Provokatif (Penyebab)

Q = Quality (Kualitas)

R = Radiation (Paparan)

S = Severity (Tingkat Keparahan)

T = Timing (Waktu)

2.2.8 Batasan Karakteristik Nyeri Akut

1. Gejala dan Tanda Mayor

(Subjektif)

Mengeluh nyeri

(Objektif)

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

2. Gejala dan Tanda Minor

(Subjektif)

(Tidak tersedia)

(Objektif)

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri

2.2.9 Penatalaksanaan Nyeri

Adapun tatalaksana dari nyeri akut yaitu dengan menggunakan Terapi Multimodal. Nyeri akut sering dikelola dengan tidak memadai. Ini tidak seharusnya demikian. Kontrol nyeri sering bisa diperbaiki dengan strategi sederhana, yaitu nilai nyeri, atasidengan obat dan teknik yang sudah ada, nilai kembali nyeri setelah terapi dan bersiapuntuk memodifikasi pengobatan jika perlu. Analgesic yang baik mengurangi komplikasipasca bedah seperti infeksi paru, mual dan muntah, DVT ,dan ileus.(Elviani et al., 2021)

Penyebabnya biasanya lebih mudah dapat ditentukan, sehingga penanggulangannyabiasanya lebih mudah pula. Nyeri akut ini akan mereda dan hilang seiring dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Semua obat analgetik efektif untuk menanggulangi nyeri akut ini. Diagnosa penyebab nyeri akut harus ditegakkan lebih dahulu. Bersamaan dengan usaha mengatasi penyebab nyeri akut, keluhan nyeri penderitajuga diatasi. Intinya, diagnosa penyebab ditegakkan, usaha mengatasi nyeri sejalan denganusaha mengatasi penyebabnya.(Thomson et al., 2007)

Setelah diagnosis ditetapkan, perencanaan pengobatan harus disusun. Untuk ituberbagai modalitas pengobatan nyeri yang beraneka ragam dapat digolongkan sebagaiberikut:

1) Modalitas fisik

Latihan fisik, pijatan, vibrasi, stimulasi kutan (TENS), tusuk jarum, perbaikan posisi, imobilisasi, dan mengubah pola hidup.

2) Modalitas kognitif-behavioral

Relaksasi, distraksi kognitif, mendidik pasien, dan pendekatan spiritual.

3) Modalitas Invasif

Pendekatan radioterapi, pembedahan, dan tindakan blok saraf.

4) Modalitas Psikoterapi

Dilakukan secara terstruktur dan terencana, khususnya bagi mereka yang mengalami depresi dan berpikir ke arah bunuh diri. (Wardani, 2014)

2.3 Konsep Lansia

2.3.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah tahap yang paling akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Lansia selalu dikaitkan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup dan kepekaan secara individual. Lansia adalah mereka yang meliputi usia pertengahan (middle age) yaitu kelompok usia 45-59 tahun, usia lanjut (elderly) yaitu kelompok usia 60-74 tahun, usia tua (old) yaitu kelompok usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (very old) kelompok usia > 90 tahun. (Safilla, 2015).

Menurut Undang-Undang kesejahteraan lanjut usia No.13 tahun 1998, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan atau jasa ataupun tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain. Peningkatan harapan hidup akan mempengaruhi terhadap peningkatan penambahan usia seseorang. Penambahan usia seseorang yang akan berakhir menjadi proses penuaan (aging).(Safilla, 2015)

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Secara alamiah semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir dari fase kehidupannya. Proses penuaan merupakan suatu proses alami yang tidak dapat dicegah dan merupakan hal yang wajar dialami oleh orang yang diberi karunia umur panjang, dimana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang(Ekasari et al., 2019)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menggolongkan lansia menjadi 4 kelompok,yaitu:

1. Usia pertengahan (middle age) yaitu seseorang yang berusia 45-59 tahun,
2. Lanjut usia (elderly) berusia antara 60-74 tahun,
3. Lanjut usia tua (old) berusia 74 - 90 tahun, dan
4. Usia sangat tua (very old) yaitu seseorang dengan usia lebih dari 90 tahun.

Sedangkan Depkes RI 1999 dalam (Maryam, 2008) menetapkan bahwa lanjut usia digolongkan menjadi lima kelompok, yaitu:

1. Pralansia, orang yang usianya 45-59 tahun,
2. Lansia, orang yang usianya 60 tahun atau lebih,
3. Lansia resiko tinggi, yaitu lansia dengan masalah kesehatan,
4. Lansia potensial, yaitu lansia yang masih mampu bekerja atau melakukan kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa,
5. Lansia tidak potensial, yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah dan tergantung pada orang lain.

2.3.2 Karakteristik Lansia

Karakteristik pada lansia dibedakan menjadi 3 meliputi :

1. Karakteristik Fisiologis pada Lansia

Perubahan fisiologis dikaitkan dengan proses penuaan. Proses penuaan secara normal berhubungan dengan perubahan atau pergeseran komposisi tubuh. Penuaan pada lansia secara

normal berhubungan dengan kondisi psikososial, pribadi, moral, kognitif, dan spiritual.

2. Karakteristik Psikologis pada lansia

Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh keadaan fisik lansia, kondisi kesehatan, tingkat pendidikan, keturunan, serta kondisi lingkungan. Perubahan psikologis pada lansia meliputi ingatan jangka pendek, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan mood, depresi, kecemasan, berkurangnya kemampuan verbal, penampilan, persepsi serta ketrampilan psikomotor.

3. Karakteristik Psikososial pada lansia

Karakteristik psikososial pada lansia meliputi penurunan fungsi kognitif yang menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi lebih lambat serta penurunan fungsi psikomotorik yang mengakibatkan kurang cekatan lagi. Akibat gangguan fungsi tubuh tersebut dapat menyebabkan peranan sosial dalam masyarakat menjadi berkurang. Hal tersebut ditunjukkan dengan kesulitan

berkomunikasi yang mengakibatkan keterasingan, mudah menangis, mengurung diri, dan berperilaku seperti anak kecil(Ekasari et al., 2019)Teori-Teori Proses Menua

Proses penuaan dirasakan oleh individu dan terjadi pada sistem dalam tubuh individu. Beberapa ahli teori mengusulkan bahwa dengan bertambahnya usia, terdapat transisi dari materi ke nonmaterial yang dikenal sebagai gerotransendensi. Perjalanan penuaan dapat menjadi unik untuk setiap individu dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Penuaan yang terjadi pada lansia adalah hal yang normal yang meliputi perubahan fisik dan tingkah laku. Ketika lansia mengalami penuaan, peristiwa ini merupakan rangkaian peristiwa kompleks yang juga mempengaruhi lansia dan bergantung pada hal lain seperti hereditas, stressor lingkungan dan lainnya. Penuaan biologis telah dijelaskan oleh Teori stokastik yang melihat penuaan sebagai akibat dari serangan acak dari internal dan lingkungan eksternal. Teori nonstokastik memandang penuaan sebagai proses yang kompleks dan telah ditentukan sebelumnya. Teori stokastik meliputi hubungan silang, radikalbebas, lipofuscin, keausan, evolusi, dan teori biogerontologi. Teori nonstokastik menggambarkan peran apoptosis, pemrograman genetik dan mutasi, reaksi autoimun, neuroendokrin, neurokimia, radiasi, nutrisi, dan lingkungan dalam proses penuaan.

Sedangkan pada teori sosiologis, teori penuaan meliputi penuaan, teori pelepasan adalah salah satu yang paling awal, memandang penuaan sebagai proses di mana masyarakat dan individu secara bertahap menarik, atau melepaskan, dari satu sama lain, adanya timbal balik kepuasan dan manfaat keduanya. Selain itu, teori aktivitas mengusulkan bahwa lansia harus tetap aktif dan terlibat dalam masyarakat. Dalam teori ini tidak semua lansia mampu untuk aktif dalam masyarakat seiring bertambahnya usia. Teori kontinuitas menunjukkan bahwa individu akan mempertahankan pola keterikatan (engagement) yang mereka praktikkan sepanjang hidup mereka.

Teori subkultur berkeyakinan bahwa lansia dengan norma, keyakinan, dan masalah yang dianut dan dialami berbeda, Teori ini menyatakan bahwa lansia harus dihormati dengan apa yang mereka yakini.

Teori stratifikasi usia menyarankan kesamaan diantara berbagai kelompok umur lansia dimana menyebabkan mereka semua memiliki pengalaman dan interaksi unik dengan masyarakat. Selain itu, teori psikologi penuaan mengeksplorasi proses mental, perilaku, dan perasaan orang di seluruh dunia rentang hidup, bersama dengan beberapa mekanisme yang digunakan individu untuk memenuhi tantangan yang mereka hadapi di usia tua. Erikson menggambarkan tugas perkembangan lansia adalah untuk menemukan ego integritas

versus keputusan.(Susarti & Romadhon, 2019)

2.3.3 Permasalahan Pada Lansia

Proses menua di dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar akan dialami semua orang yang dikarunia umur panjang. Hanya cepat lambatnya proses tersebut bergantung pada masing-masing individ yang bersangkutan. Adapun permasalahan yang berkaitan dengan lanjut usia antara lain:

1. Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologi, mental, maupun sosial ekonomis. Semakin lanjut usia seseorang, ia akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, yang dapat mengakibatkan penurunan pada peranan-peranan sosialnya. Hal ini juga mengakibatkan timbulnya gangguan di dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain.
2. Lanjut usia tidak hanya ditandai dengan kemunduran fisik. Kondisi lanjut usia dapat pula berpengaruh terhadap kondisi mental. Semakin lanjut seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurang. Hal itu akan dapat mengakibatkan berkurangnya integrasi dengan lingkungannya. Hal ini dapat memberikan dampak pada kebahagiaan seseorang.
3. Pada usia mereka yang telah lanjut, sebagian dari para lanjut

usia tersebut masih mempunyai kemampuan untuk bekerja. Permasalahan yang mungkin timbul adalah bagaimana memfungsikan tenaga dan kemampuan mereka tersebut di dalam situasi keterbatasan kesempatan kerja.

4. Masih ada sebagian dari lanjut usia yang mengalami keadaan terlantar.

Selain tidak mempunyai bekal hidup dan pekerjaan/penghasilan, mereka juga tidak mempunyai keluarga/sebatang kara.

5. Dalam masyarakat tradisional, biasanya lanjut usia dihargai dan dihormati sehingga mereka masih dapat berperan yang berguna bagi masyarakat. Akan tetapi, dalam masyarakat industri ada kecenderungan mereka kurang dihargai sehingga mereka terisolasi dari kehidupan masyarakat.
6. Karena kondisinya, lanjut usia memerlukan tempat tinggal atau fasilitas perumahan yang khusus. (Siyoto, 2016)

2.3.4 Perubahan Pada Lansia

Penuaan terjadi tidak secara tiba-tiba, tetapi berkembang dari masa bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan dengan berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. (Guna et al., n.d.) sebagai berikut:

- 1) Keinginan terhadap hubungan intim dapat dilakukan dalam bentuk sentuhan fisik dan ikatan emosional secara mendalam.
- 2) Perubahan sensitivitas emosional pada lansia dapat menimbulkan perubahan perilaku.
- 3) Pembatasan fisik, kemunduran fisik, dan perubahan peran sosial menimbulkan ketergantungan.
- 4) Pemberian obat pada lansia bersifat paliatif care, yaitu obat ditujukan untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan lansia.
- 5) Penggunaan obat harus memerhatikan efek samping.
- 6) Kesehatan mental memengaruhi integrasi dengan lingkungan.
- 7) JPKM Lansia

2.4 Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Diagnosa Nyeri Akut Pada Penderita Gout Arthritis

2.4.1 Pengkajian keperawatan

- a) Identitas Klien

Meliputi : Nama, Alamat, Jenis kelamin (nyeri sendi lebih banyak menyerang wanita daripada pria), Umur (gout dapat terjadi pada usia berapa pun, namun lebih sering terjadi pada usia 40 sampai 60 tahun), Agama, riwayat pendidikan, pekerjaan, dan penanggung jawab.

b) Keluhan Utama

Pada gout klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena yaitu, sendi pergelangan tangan, lutut, kaki (sendi diartrosis), sendi siku, bahu, sterno klavikula, panggul dan pergelangan kaki. Keluhan sering berupa kaku sendi di pagi hari, pembengkakan, dan nyeri sendi.

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke Rumah Sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain Rumah Sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dari data yang di dapatkan saat pengkajian

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Seperti riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

b) Pola Nutrisi

Pada penyakit RA biasanya dianjurkan untuk melakukan pola diet mediteranian yang dapat memperbaiki inflamasi pada gout Mediteranian adalah pola makan yang terutama mengandung ikan, sayur, dan minyak olive dibandingkan unsur makanan yang lain. Pada klien gout gangguan gastrointestinal yang sering adalah mual, nyeri lambung, yang menyebabkan klien tidak nafsu makan dan terjadi penurunan berat badan, terutama klien yang menggunakan obat reumatik dan NSAID. Dan peristaltik yang menurun juga menyebabkan klien jarang defekasi.

c) Pola Eliminasi

Produksi urine biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem perkemihan. Dan umumnya klien gout tidak mengalami gangguan eliminasi. Meski demikian perlu dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses dan urine.

d) Pola Tidur dan Istirahat

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

dapat mengganggu pola tidur dan istirahatnya.

e) Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi pada penderita gout.

f) Pola Hubungan dan Peran

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

g) Pola Sensori dan Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau.

h) Persepsi dan Konsep Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, dan identitas diri.

i) Pola seksual dan Reproduksi

Menggambarkan kepuasan atau masalah terhadap seksual pada penderita gout.

j) Pola Mekanisme

Penanggulangan Stress dan Koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress pada penderita gout.

k) Pola Nilai dan Kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual.

l) Riwayat Psikososial

Pasien dengan gout mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi, apalagi pada pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena ia merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah. Perawat dapat melakukan pengkajian terhadap konsep diri klien khususnya body image dan harga diri klien.

5 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

- 1) Kesadaran biasanya compos mentis
- 2) GCS yang meliputi : Eye, Verbal, Motorik
- 3) TTV : Tekanan darah, nadi mungkin meningkat, respirasi, dan suhu

b. Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi (bilateral), amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, dan pembengkakan.

c. Lakukan pengukuran passive range of motion pada

sendi-sendi synovial

- 1) Catat bila ada deviasi (keterbatasan gerak sendi),
 - 2) Catat bila ada krepitasi (suara berderak atau mendedas),
 - 3) Catat bila terjadi nyeri saat sendi digerakkan.
- d. Lakukan inspeksi dan palpasi otot-otot skelet secara bilateral
- 1) Catat bila ada atrofi, tonus yang berkurang,
 - 2) Ukur kekuatan otot.
- e. Kaji tingkat nyeri, derajat, dan mulainya dengan menggunakan pengukuran nyeri OPQRST
- O = Onset (seberapa cepat efek dari suatu interaksi terjadi)
- P = Provokatif (Penyebab)
- Q = Quality (Kualitas)
- R = Radiation (Paparan)
- S = Severity (Tingkat Keparahan)
- T = Timing (Waktu)
- f. Kaji aktivitas dan kegiatan sehari-hari
- g. Neurosensori

Akan timbul gejala kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jaringan, dan pembengkakan sendi simetris.

- h. Kelainan di luar sendi
- 1) Kepala dan Wajah : biasanya ada sianosis

- 2) Jantung : kelainan jantung yang simtomatis jarang di dapatkan, namun 40% pada gout didapatkan kelainan perikard.
- 4) Paru : kelainan yang sering ditemukan berupa paru obstruktif dan kelainan pleura (efusi pleura, nodul subpleura)
- 5) Saraf : berupa sindrom multiple neuritis akibat vaskulitis yang sering terjadi berupa kehilangan rasa sensoris di ektremitas dengan gejala foot or wrist drop (Putra dkk, 2020). Vaskulitis, terjadi pada <1% penderita dan pada penderita dengan penyakit gout yang sudah kronis.
- 6) Kulit : nodul rheumatoid umumnya timbul pada fase aktif dan terbentuk di bawah kulit terutama pada lokasi yang banyak menerima tekanan seperti olekranon, permukaan ekstensor lengan dan tendon Achilles.
- 7) Hematologi berupa anemia normositik, immune mediated thrombocytopenia dan keadaan dengan trias berupa neutropenia, splenomegaly, dan nodular gout yang sering disebut dengan felty syndrome. Sindrom ini terjadi pada penderita RA tahap akhir.

- i. Beberapa keadaan yang diasosiasikan dengan mordibitas dan mortalitas pada pasien gout adalah penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, dan hipoandrogenisme.
- j. Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstremitas)

Inspeksi : amati warna kulit, ukuran, lembut tidaknya kulit, pembengkakan, anggota gerak lengkap.

Palpasi : kekuatan otot 4 (dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan, edema pada kaki di perendian. (C. Mayangsari, 2020)

2.4.2 Analisa Data

Data fokus adalah data tentang perubahan-perubahan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan terhadap pasien.

- Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- a. Mengeluh nyeri

Objektif

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (Mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

- Gejala dan tanda minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon diri seseorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas dengan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis oleh gout Arthritis

2.4.4 Intervensi keperawatan

Merupakan semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang diprakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif.

Diagnose keperawatan	Tujuandan kriteria hasil	Rencana keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis oleh gout Arthritis	(Tingkat nyeri - L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	(Manajemen nyeri – I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi skala nyeri non verbal • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.4.5 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan kepada nursing elders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain :

1. Individualism klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
2. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energy yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psikososial, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.

3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
6. Penampilan perawat dan bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan pada klien.

Beberapa prinsip atau pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan respons klien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standart pelayanan professional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care).
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan kesehatan.
8. Dapat menjaga rasa aman dan harga diri dan melindungi klien.
9. Memberi pendidikan dan dukungan dan bantuan.
10. Bersifat holistic.
11. Kerjasama dengan profesi lain.

12. Melakukan dokumentasi.

2.4.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan aktif dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap masalah dan menilai sejauh mana masalah dapat di atasi. Disamping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi. Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana:

S	=	Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah siberikan implementasi keperawatan.
O	=	Keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang onyektif.
A	=	Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subyektif dan obyektif.
P	=	Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Dengan hasil mampu pasien mampu mengontrol nyeri,