

BAB 3

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus klien kelolaan dari mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan yang dilakukan untuk klien *Gout Arthritis*, implementasi keperawatan yang dilaksanakan serta evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan dari tanggal 14-16 Maret 2026

3.1 Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

3.1.1 Pengkajian

Tabel 3. 1 Pengkajian

Identitas klien	Klien
Nama	Tn S
Alamat	Dandangan, Kediri
Jenis Kelamin	Laki laki
Asrama	Kenanga
Umur	79 Tahun
Status	Duda
Agama	Islam
Suku	Jawa
Tingkat Pendidikan	Slta
Lama Tinggal Di Panti	4 Tahun
Sumber Pendapatan	-
Keluarga Yang Dihubungi	-

3.1.1.1 Riwayat Kesehatan

Tabel 3. 2 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Klien
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri pada jari dan pergelangan tangan
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengeluhkan nyeri pada jari tangan dan pergelangan tangan kanan yang telah dirasakan sejak kurang lebih satu tahun. Klien mengatakan nyeri muncul secara hilang timbul, namun dalam 4 bulan terakhir keluhan dirasakan hampir setiap hari. Nyeri digambarkan seperti tertusuk disertai rasa pegal pada seluruh jari tangan dan pergelangan tangan sebelah kanan, terutama pada saat jari digerakkan, digunakan untuk menggenggam benda, atau melakukan aktivitas yang melibatkan tangan. Klien mengungkapkan bahwa keluhan nyeri menyebabkan aktivitas harian, seperti menggenggam gelas, dan melakukan pekerjaan ringan menjadi terbatas. Klien merasa kesal karena ketika ingin beraktivitas ringan pasti terganggu karena nyeri yang dirasakannya. Klien juga mengatakan nyeri akan berkurang apabila tangan diistirahatkan.

	P: nyeri pada saat mengepal/menggenggam Q: nyeri terasa menjalar dan menusuk R: pada pergelangan dan jari tangan S: skala 5 T: setiap hari O: Klien nampak meringis saat area nyeri di tekan, klien nampak tidak dapat mengepal/menggenggam sesuatu
Riwayat Penyakit	Klien mengatakan selama ini memiliki penyakit asam urat

3.1.1.2 Perubahan terkait menua, faktor risiko, perubahan fungsional negatif

Tabel 3. 3 Perubahan Terkait Menua

Status fisiologis	Klien
Bagaimana postur tulang belakang lansia?	Postur tulang belakang kifosis
Tanda-tanda vital dan status gizi	Suhu : 36,8 c Tekanan darah : 140/70 mmHg Nadi : 85x/menit Respirasi : 16x/menit Berat badan : 50 kg Tinggi badan : 168 cm Status Gizi : baik

3.1.1.3 Pengkajian Head To Toe

Tabel 3. 4 Pengkajian Head Toe To

Pengkajian Head To Toe	Klien
Kepala	Bentuk kepala normosefal, simetris, tidak terdapat benjolan maupun deformitas. Rambut berwarna putih keabu-abuan sesuai usia, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih tanpa ketombe maupun lesi. Tidak ditemukan nyeri tekan pada kepala dan tidak terdapat pembesaran pembuluh darah temporal.
Mata	Kedua mata tampak simetris, konjungtiva merah muda, sklera anikterik, pupil isokor dengan diameter ± 3 mm dan refleks cahaya positif pada kedua mata. Tidak ditemukan edema palpebra, sekret, maupun tanda infeksi pada mata.
Hidung	Hidung tampak simetris, tidak terdapat gangguan pada penciuman
Mulut dan tenggorokan	Bibir tampak lembab, mukosa mulut berwarna merah muda dan tidak terdapat sianosis. Lidah tampak bersih, tidak terdapat stomatitis

	maupun kandidiasis. Kemampuan mengunyah dan menelan masih baik serta tidak terdapat keluhan nyeri saat menelan.
Telinga	Bentuk daun telinga simetris, liang telinga bersih, tidak terdapat sekret maupun serumen yang mengganggu. Pendengaran mampu mendengar percakapan dengan suara normal. Tidak ditemukan nyeri tekan pada mastoid maupun kelainan bentuk telinga.
Leher	Leher tampak simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening servikal. Tidak tampak distensi vena jugularis. Trakea berada di garis tengah, pergerakan leher baik ke segala arah, serta tidak ditemukan nyeri tekan maupun kekakuan leher.
Dada	Bentuk dada simetris, tidak terdapat retraksi dinding dada maupun penggunaan otot bantu napas. Ekspansi paru kanan dan kiri seimbang. Frekuensi napas 16 kali/menit dengan pola napas reguler. Pada auskultasi terdengar suara napas vesikuler di seluruh lapang paru tanpa ronki maupun wheezing. Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar reguler, tidak ditemukan murmur ataupun gallop. CRT kurang dari <2 detik dan akral teraba hangat.
Abdomen	Abdomen tampak datar dan simetris, tidak terdapat distensi maupun pembesaran abdomen. Bising usus terdengar normal sekitar 10–12 kali/menit. Pada palpasi abdomen teraba lunak, tidak terdapat nyeri tekan, massa, maupun pembesaran organ. Nafsu makan cukup, klien makan tiga kali sehari dengan porsi sedang. BAB satu kali sehari dengan konsistensi lunak dan tidak terdapat keluhan konstipasi maupun diare.
Genetalia	Klien tidak mengeluhkan gangguan pada sistem genitourinaria. BAK sekitar 5–6 kali per hari, warna urin kuning jernih, tidak terdapat nyeri saat berkemih, hematuria, maupun inkontinensia urin. Kebersihan area genital tampak baik dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi.
Ekstermitas	Ekstremitas atas dan bawah tampak simetris. Pada pergelangan tangan kanan tampak pembengkakan ringan disertai kemerahan dan terasa lebih hangat dibandingkan jaringan sekitar. Klien mengeluh nyeri selama ± 1 tahun yang hilang timbul, terutama saat menggenggam, mengangkat benda, atau menggerakkan sendi. Nyeri dirasakan seperti ditusuk dengan skala 5. Nyeri tekan positif, rentang gerak (ROM) pergelangan tangan kanan terbatas, kekuatan otot ekstremitas kanan

	4/5, sedangkan ekstremitas lainnya 5/5. Klien berjalan tanpa alat bantu namun harus dengan bopongan atau berpegangan dengan dinding, aktivitas sehari-hari sedikit terganggu karena nyeri pada sendi. Terdapat sedikit perubahan bentuk pada jari jari tangan kanan dan benjolan. Tidak ditemukan deformitas pada sendi ekstermitas lain maupun tofus yang tampak jelas.
Integumen	Kulit tampak bersih, warna sawo matang, turgor kulit baik, kelembapan kulit cukup. Tidak ditemukan luka tekan, ulkus, maupun lesi pada kulit. Pada daerah pergelangan tangan kanan tampak kemerahan ringan dan peningkatan suhu lokal akibat proses inflamasi. Pengisian kapiler kurang dari 2 detik, tidak terdapat edema perifer maupun sianosis.

3.1.1.4 Pengkajian psikososial spiritual

Tabel 3. 5 Pengkajian Psiko Sosial

Pengkajian psikososial spiritual	klien
Cemas	Klien tidak mengalami kecemasan
Mekanisme koping	Klien termasuk dalam mekanisme adaptif
Stabilitas emosi	Status emosi stabil
Motivasi penghuni panti/tinggal bersama keluarga	Klien mengatakan tinggal dipanti karena kemauan sendiri

3.1.1.5 Skala Depresi Geriatrik

Tabel 3. 6 Pengukuran Skala Depresi

Skala Depresi Geriatrik	Klien
1. Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda ?	Ya
2. Apakah anda sudah menghentikan banyak kegiatan dan hal-hal yang menarik minat anda ?	Ya
3. Apakah anda merasa hidup anda hampa ?	Ya
4. Apakah anda sering merasa bosan ?	Ya
5. Apakah anda biasanya bersemangat / gembira ?	Ya
6. Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	Tidak
7. Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?	Ya
8. Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	Ya
9. Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	Tidak
10. Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang ?	Tidak
11. Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan ?	Ya
12. Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?	Tidak
13. Apakah anda merasa anda penuh semangat ?	Ya
14. Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	Ya
15. Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda ?	Ya

Total Skor	6
Keterangan Hasil : Depresi Ringan	

Skor : Hitung jumlah jawaban yang **bercetak tebal**

- Setiap jawaban **bercetak tebal** mempunyai nilai 1.
- Skor antara 5 – 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi.
- Skor 10 atau lebih merupakan depresi.

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan Skala Depresi Geriatrik (GDS-15), klien memperoleh skor 6. Hasil tersebut menunjukkan bahwa klien mengalami depresi ringan. Klien masih merasa puas terhadap kehidupannya dan menganggap hidupnya menyenangkan, namun terdapat beberapa indikator yang mengarah pada gejala depresi, seperti merasa hidup hampa, sering merasa bosan, merasa tidak berdaya, merasa keadaan tidak memiliki harapan, serta berpikir bahwa orang lain memiliki kehidupan yang lebih baik daripada dirinya. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan kondisi psikologis serta pemberian dukungan emosional dan intervensi keperawatan yang sesuai untuk mencegah perburukan kondisi depresi.

3.1.1.6 Penilaian Depresi Menurut BECK AT, BECK RW

Tabel 3. 7 Pengukuran Depresi Beck AT, Beck RW

Penilaian Depresi	Klien
Kesediaan	1
Pesimis	0
Rasa kegagalan	0
Ketidak puasan	1
Rasa bersalah	0
Tidak menyukai diri sendiri	0
Membahayakan diri sendiri	0
Menarik diri	1
Keragu-raguan	0
Perubahan Gambar diri	2
Kesulitan Kerja	0
Keletihan	1
Anoreksia	0
Total Skor	6
Keterangan Hasil : Depresi Ringan	

0 – 4 : Depresi tidak ada atau minimal

4 – 7 : Depresi ringan

8 – 15 : Depresi sedang 16 ke atas : depresi berat

Berdasarkan hasil penilaian menggunakan Skala Depresi Beck, klien memperoleh skor total 6, yang menunjukkan depresi ringan. Hasil ini mengindikasikan bahwa klien mengalami gejala depresi dengan intensitas ringan,

ditandai adanya kesedihan (skor 1), ketidakpuasan terhadap diri atau kondisi (skor 1), kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial (skor 1), perasaan negatif terhadap gambaran diri (skor 2), serta kelelahan (skor 1). Sementara itu, klien tidak menunjukkan gejala pesimisme, rasa gagal, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, keinginan membahayakan diri, keragu-raguan, kesulitan bekerja, maupun anoreksia.

3.1.1.7 Pengkajian Sosial

Tabel 3. 8 Pengkajian Sosial

Sosial	Klien
Hubungan dengan orang lain dalam wisma	Klien mampu berinteraksi dengan penghuni wisma dan petugas panti
Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti	Klien mengenal sebagian penghuni panti namun interaksi masih terbatas
Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma lainnya dalam panti	Klien lebih sering berada di wisma dan sesekali berbincang dengan penghuni lain
Frekwensi kunjungan keluarga	Klien tidak pernah dikunjungi keluarga

Berdasarkan hasil pengkajian sosial, klien masih memiliki kemampuan untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya, terutama dengan penghuni wisma dan petugas panti. Namun, interaksi sosial klien masih terbatas, baik dengan penghuni lain di dalam panti maupun dengan lingkungan yang lebih luas. Klien lebih sering menghabiskan waktu di dalam wisma dan hanya sesekali berbincang dengan penghuni lainnya, sehingga partisipasi dalam kegiatan sosial belum optimal. Selain itu, klien tidak pernah mendapatkan kunjungan dari keluarga, yang menunjukkan minimnya dukungan sosial dari keluarga. Kondisi ini berpotensi menimbulkan perasaan kesepian, isolasi sosial, serta dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis klien. Meskipun demikian, klien masih mempertahankan hubungan yang cukup baik dengan penghuni wisma dan petugas panti sebagai sumber dukungan sosial sehari-hari.

3.1.1.8 Penilaian Apgar Keluarga

Tabel 3. 9 Apgar Keluarga

No	Fungsi	URAIAN	Penilaian :
			Selalu : 0 Kadang ² : 1 Tidak Pernah : 2 Klien
1.	Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta bantuan keluarga (teman-teman) saya saat ada sesuatu yang mengganggu saya.	1
2.	Partnership	Saya merasa puas karena keluarga (teman-teman) saya membicarakan setiap hal dan berbagai masalah dengan saya.	1
3.	Growth	Saya merasa puas karena keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk terlibat dalam aktivitas atau kegiatan baru.	1
4.	Affection	Saya merasa puas karena keluarga (teman-teman) saya memperlihatkan kasih sayang dan berespons terhadap emosi saya, seperti rasa marah, penderitaan, dan kasih sayang.	2
5.	Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya dan saya meluangkan waktu bersama-sama.	0
Total Skor			5
Keterangan Hasil : Disfungsi sedang			

INTERPRETASI HASIL :

- < 3 = Disfungsi berat
- 4 - 6 = Disfungsi sedang
- > 6 = Fungsi baik

Berdasarkan hasil Apgar keluarga, klien memperoleh skor total 5, yang menunjukkan disfungsi keluarga sedang. Hal ini mengindikasikan bahwa dukungan keluarga atau sistem pendukung sosial yang dimiliki klien belum optimal. Klien hanya kadang-kadang memperoleh bantuan, kesempatan berdiskusi, dan dukungan untuk berkembang, serta tidak pernah merasa puas terhadap perhatian emosional yang diberikan. Meskipun demikian, klien masih merasa puas dengan waktu yang

dihabiskan bersama keluarga atau teman. Secara keseluruhan, klien memerlukan peningkatan dukungan emosional dan sosial untuk menunjang kesejahteraan psikologis serta keberhasilan perawatan.

3.1.1.9 Spiritual

Tabel 3. 10 Pengukuran Spiritual

Spiritual	Klien
Ibadah	Klien tidak pernah melakukan ibadah
Hambatan	Klien mengatakan bahwa mushola jaraknya terlalu jauh

Berdasarkan hasil pengkajian spiritual, klien tidak pernah melaksanakan ibadah. Klien menyatakan bahwa hambatan utama dalam menjalankan ibadah adalah jarak musala yang terlalu jauh, sehingga akses untuk beribadah menjadi terbatas. Kondisi ini menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual klien belum terpenuhi secara optimal. Oleh karena itu, perlu diberikan dukungan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual, misalnya dengan memfasilitasi tempat ibadah yang lebih mudah dijangkau, membantu pelaksanaan ibadah sesuai kemampuan klien, atau memberikan dukungan spiritual sesuai keyakinan yang dianut klien.

3.1.1.10 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual/ Aspek Kognitif Lansia SPMSQ (SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER)

Tabel 3. 11 Pengukuran SPMSQ

Nomor	Pertanyaan	Klien
1	Tanggal berapa sekarang?	Benar
2	Hari apa sekarang ?	Benar
3	Apa nama tempat ini ?	Benar
4	Dimana alamat anda ?	Benar
5	Berapa umur anda ?	Salah
6	Kapan anda lahir ?	Benar
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Benar
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Benar
9	Siapa nama ibu anda ?	Salah

10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	Benar
Total Skor		2
Keterangan Hasil : Fungsi intelektual utuh		

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

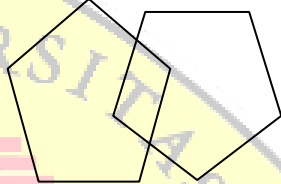
Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), klien memperoleh total skor kesalahan 2, sehingga termasuk dalam kategori fungsi intelektual utuh. Klien mampu menjawab dengan benar sebagian besar pertanyaan yang berkaitan dengan orientasi waktu, tempat, identitas diri, pengetahuan umum, serta kemampuan berhitung sederhana. Kesalahan hanya terdapat pada pertanyaan mengenai usia dan nama ibu. Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa fungsi kognitif klien masih baik, tanpa adanya tanda gangguan intelektual yang bermakna, sehingga klien masih mampu memahami informasi, berkomunikasi, dan berpartisipasi dalam proses perawatan secara adekuat.

3.1.1.11 Penilaian MMSE (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

Tabel 3. 12 Penilaian MMSE

Skor Maksimum	Skor Manula	ORIENTASI
5	(5)	Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun), berapa dan (musim) apa ?
5	(3)	Sekarang kita berada dimana ? (jalan), (no rumah), (kec), (kabupaten/kota), (Propinsi)
		REGISTRASI
3	(3)	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, 1 detik untuk tiap benda . Kemudian mintalah manula mengulang ke 3 nama tersebut. Berikan satu angka untuk setiap jawaban yang benar. Bila masih salah , ulanglah penyebutan ke 3 nama benda tersebut, sampai ia dapat mengulanginya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu)
		(Jumlah percobaan:2)
		ATENSI DAN KALKULASI
5	(5)	Hitunglah berturut-turut selang 7 mulai dari 100 ke bawah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan. (93, 86, 79, 72, 65).

		Kemungkinan lain : ejaan kata “dunia” dari akhir ke awal (a-i-n-u-d)
		MENGINGAT KEMBALI (RECALL)
3	(2)	Tanyalah kembali nama ke 3 benda yang telah disebutkan diatas. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar.
		BAHASA
9	(7)	a. Apakah nama benda-benda ini ? (Perhatikan pensil dan arloji) (2 angka) b. Ulanglah kalimat berikut : ” Jika Tidak Dan Atau Tapi ” (1 angka) c. Laksanakan 3 buah perintah ini : ” Peganglah selembar kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakkanlah di lantai (3 angka) d. Bacalah dan laksanakan perintah berikut : ” PEJAMKAN MATA ANDA ” (1 ANGKA) e. Tulislah sebuah kalimat (1 angka) f. Tirulah gambar ini (1 angka)
		
Skor Total	(25)	

Skor

Nilai : 24 – 30 : Normal/tidak ada gangguan kognitif

Nilai : 18 – 23 : Gangguan kognitif sedang

Nilai : 0 – 17 : Gangguan kognitif berat

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan Mini Mental State Examination (MMSE), klien memperoleh skor total 25 dari skor maksimal 30. Berdasarkan kriteria interpretasi MMSE, skor 24–30 menunjukkan fungsi kognitif normal atau tidak terdapat gangguan kognitif. Hasil tersebut menunjukkan bahwa klien masih memiliki kemampuan orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, daya ingat, serta kemampuan bahasa yang baik. Meskipun terdapat beberapa kesalahan pada aspek perhatian, daya ingat, atau bahasa (total kehilangan 5 poin), secara keseluruhan fungsi kognitif klien masih dalam batas normal. Klien masih mampu memahami informasi, berkomunikasi dengan baik, mengambil keputusan sederhana, serta mengikuti instruksi yang diberikan selama proses perawatan.

3.1.1.12 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tabel 3. 13 Perilaku Kesehatan

Perilaku Kesehatan	Klien
Kebiasaan Merokok	Tidak Merokok

Pola Kebutuhan Nutrisi

Tabel 3. 14 Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan Nutrisi	Klien
Frekuensi makan	3 kali sehari
Jumlah makanan yang dihabiskan	1 porsi dihabiskan
Makanan tambahan	Dihabiskan

Pola Pemenuhan Cairan

Tabel 3. 15 Pemenuhan Cairan

Kebutuhan Cairan	Klien
Frekuensi minum	>3 gelas sehari
Jenis Minuman	Air Mineral

Pengkajian Determinan Nutrisi Pada Lansia

Tabel 3. 16 Determinan Nutrisi Lansia

No	Indikator	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	0
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	0
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			0
Keterangan Hasil : Klien memiliki determinan nutrisi baik dengan hasil penilaian 0			

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

Pola Kebiasaan Tidur

Tabel 3. 17 Kebiasaan Tidur

Kebiasaan Tidur	Klien
Jumlah waktu tidur	Waktu tidur klien kisaran 4-6 jam
Ganggu tidur	Klien tidak memiliki gangguan tidur
Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur	Klien akan bersantai untuk mengisi waktu luang

Pola Eliminasi BAK/BAB

Tabel 3. 18 Pola Eliminasi

Pola Eliminasi	Klien
BAB	
Frekuensi Bab	Klien bab 2 kali sehari
Konsistensi Bab	Lembek
Gangguan Bab	Klien tidak memiliki gangguan bab
BAK	
Frekuensi Bak	Klien melakukan bak 4-6 kali dalam sehari
Warna urine	Kuning jernih
Gangguan Bak	Klien tidak memiliki gangguan bak

Pola Aktifitas Dan Pemenuhan Kebersihan Diri

Tabel 3. 19 pengukuran aktifitas dan kebersihan diri

Pola Aktifitas	Klien
Kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan	Klien biasanya akan diajak petugas untuk melakukan kerajinan tangan
Pola Pemenuhan Kebersihan Diri	
Mandi	Klien mandi 2 kali dalam sehari
Memakai Sabun	Klien mandi menggunakan sabun
Sikat gigi	Klien sikat gigi 2 kali dalam sehari
Menggunakan pasta gigi	Klien menggunakan pasta gigi dan sikat gigi
Kebiasaan berganti pakaian bersih	Klien berganti pakaian 1 kali dalam sehari

Berdasarkan hasil pengkajian perilaku terhadap kesehatan, klien tidak memiliki kebiasaan merokok, sehingga tidak memiliki faktor risiko tambahan dari perilaku tersebut. Pola nutrisi klien tergolong baik, dengan frekuensi makan 3 kali sehari, menghabiskan satu porsi setiap kali makan, serta hasil Determinan Nutrisi Lansia memperoleh skor 0, yang menunjukkan bahwa klien tidak berisiko mengalami malnutrisi. Namun, asupan cairan masih belum mencukupi, yaitu sekitar 2 - 3 gelas air putih per hari, sehingga perlu ditingkatkan untuk memenuhi kebutuhan cairan harian dan mencegah dehidrasi. Pada pola istirahat dan tidur, klien

tidur sekitar 4-6 jam setiap malam, tidak mengalami kesulitan memulai tidur maupun gangguan tidur, tetapi sering terbangun pada malam hari untuk buang air kecil sehingga durasi tidur belum optimal. Pola eliminasi menunjukkan kondisi yang normal, dengan frekuensi bab 2 kali sehari bertekstur lembek tanpa gangguan, serta bak 4 - 6 kali sehari dengan urin berwarna kuning jernih dan tidak terdapat keluhan berkemih. Dalam aktivitas sehari-hari, klien masih memerlukan bantuan sebagian, terutama dalam mobilisasi menggunakan kursi roda yang didorong petugas. Meskipun demikian, klien mampu menjaga kebersihan diri dengan cukup baik, ditandai dengan mandi 2 kali sehari, menggosok gigi, serta mengganti pakaian dan pakaian dalam 1 kali sehari. Secara keseluruhan, perilaku kesehatan klien tergolong cukup baik, dengan status nutrisi dan pola eliminasi yang baik, namun masih memerlukan perhatian terhadap peningkatan asupan cairan, perbaikan kualitas tidur, dan dukungan dalam aktivitas sehari-hari sesuai tingkat kemandiriannya.

3.1.1.13 Pengkajian Fungsional berdasar Barthel Indeks :

Tabel 3. 20 Pengukuran *Barthel Indeks*

NO	AKTIVITAS	NILAI		
		BANTUAN	MANDIRI	Klien
1.	Makan	5	10	10
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5 -10	15	10
3.	Kebersihan diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan menggosok gigi	0	5	5
4.	Aktivitas toilet	5	10	10
5.	Mandi	0	5	5
6.	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)	10	15	15
7.	Naik turun tangga	5	10	10
8.	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu	5	10	10
9.	Mengontrol defekasi	5	10	10
10.	Mengontrol berkemih	5	10	10
JUMLAH				90
Keterangan Hasil : Ketergantungan sedang				

Penilaian :

- 0 – 20 : Ketergantungan penuh
- 21 – 61 : Ketergantungan berat / sangat tergantung
- 62 – 90 : Ketergantungan sedang
- 91 – 99 : Ketergantungan ringan
- 100 : Mandiri

Berdasarkan hasil pengkajian Indeks Barthel, klien memperoleh skor total 90, yang menunjukkan bahwa klien berada pada kategori ketergantungan sedang sesuai dengan kriteria yang digunakan pada instrumen tersebut. Hasil ini menunjukkan bahwa klien mampu melakukan sebagian besar aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, menjaga kebersihan diri, menggunakan toilet, mandi, berjalan di jalan datar, naik turun tangga, berpakaian, serta mengontrol defekasi dan berkemih. Namun, klien masih memerlukan bantuan pada aktivitas berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, sehingga masih terdapat keterbatasan dalam mobilitas. Secara keseluruhan, kemampuan fungsional klien tergolong cukup baik, tetapi tetap memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas tertentu.

3.1.1.14 Pengkajian Fungsional berdasar Indeks KATZ dari AKS

Pengkajian Fungsional	Klien
Indeks Katz	Klien mandiri dalam semua hal kecuali satu dari fungsi

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan Indeks Katz, klien berada pada kategori yaitu mandiri dalam hampir seluruh aktivitas dasar sehari-hari, namun memerlukan bantuan pada satu fungsi ADL. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kemandirian klien masih baik dengan ketergantungan ringan, sehingga intervensi keperawatan difokuskan pada peningkatan kemampuan klien pada fungsi yang masih memerlukan bantuan serta mempertahankan kemandirian pada fungsi lainnya.

3.1.1.15 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Pengkajian Keseimbangan Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1998

Tabel 3. 21 Pengukuran Keseimbangan Untuk Lansia

Kriteria	Nilai
----------	-------

Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan	
bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali	1
duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi	0
bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali	0
duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi	0
Ket: kursi harus yang keras tanpa lengan	
menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata terbuka menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	1
menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata tertutup klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	1
perputaran leher (klien sambil berdiri)	1
menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki: keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil	1
gerakan mengapai sesuatu tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan	1
Membungkuk tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun	1
komponen gaya berjalan atau pergerakan	
minta klien berjalan ke tempat yang ditentukan agu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan	1
ketinggian langkah kaki kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)	1
kontinuitas langkah kaki setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai	1
kesimetrisan langkah langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit	1
penyimpangan jalur pada saat berjalan tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	1
Berbalik berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan	1
Total Nilai	12
Keterangan Hasil : Resiko Jatuh Tinggi	

Keterangan: 12

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

Pengkajian Keseimbangan *The timed up and go*

Tabel 3. 22 Keseimbangan *The timed up and go*

NO	LANGKAH
1	POSISI KLIEN DUDUK DIKURSI

2	MINTA KLIEN BERDIRI DARI KURSI, BERJALAN 10 LANGKAH (3METER), KEMBALI KE KURSI, UKUR WAKTU DALAM DETIK
Kesimpulan Hasil : Saat dilakukan Pengkajian Klien mampu bertahan lebih dari 30 detik, maka	

Score:

≤ 10 detik	: risiko jatuh rendah
11 -19 detik	: risiko jatuh rendah-sedang
20 –29 detik	: risiko jatuh sedang – risiko tinggi
≥ 30 detik	: gangguan mobilitas dan risiko jatuh tinggi

Berdasarkan hasil pengkajian keseimbangan menggunakan *Tinetti Balance and Gait Assessment*, diperoleh skor total 12. Berdasarkan kriteria penilaian Tinetti, skor 11–15 termasuk dalam kategori risiko jatuh tinggi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa klien mengalami gangguan pada aspek keseimbangan dan gaya berjalan, yang ditandai dengan ketidakstabilan saat berpindah posisi, berdiri, berputar, membungkuk, serta adanya perubahan pola berjalan yang meningkatkan risiko terjadinya jatuh. Selain itu, hasil pengkajian menggunakan *Timed Up and Go (TUG)* Test menunjukkan bahwa klien memerlukan waktu lebih dari 30 detik untuk menyelesaikan tes. Hasil ini mengindikasikan adanya gangguan mobilitas fungsional yang bermakna dan merupakan indikator risiko jatuh yang tinggi pada lansia. Waktu penyelesaian TUG yang melebihi 30 detik menunjukkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas berpindah posisi dan berjalan secara mandiri, sehingga klien memerlukan pengawasan atau bantuan selama mobilisasi. Secara keseluruhan, hasil kedua instrumen tersebut menunjukkan bahwa klien memiliki risiko jatuh yang tinggi akibat penurunan keseimbangan, gangguan gaya berjalan, dan keterbatasan mobilitas fungsional. Kondisi ini meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera akibat jatuh apabila tidak dilakukan intervensi keperawatan yang tepat.

3.1.1.16 Pengkajian Lingkungan

Tabel 3. 23 Pengkajian Lingkungan

Pemukiman	Klien
Luas bangunan	-
Jenis bangunan	Permanen
Atap rumah	Genting
Dinding	Tembok

Lantai	Keramik
Kebersihan Lantai	Kurang
Ventilasi	<15% luas lantai
Pencahayaan	Baik
Pengaturan perabotan	Baik
Kelengkapan alat rumah tangga	Lengkap
Sanitasi	
Penyediaan air bersih	Tandon
Penyediaan air minum	Galon air
Pengelolaan jamban	Bersama
Jenis jamban	Leher agsa
Jarak dengan sumber air	<10 meter
SPAL	Lancar
Petugas sampah	Dikelola dinas
Polusi udara	Rumah tangga
Pengelolaan hewan pengerat	Tidak

Berdasarkan hasil pengkajian lingkungan, klien tinggal di rumah permanen dengan kondisi bangunan yang cukup baik, ditandai dengan pencahayaan, pengaturan perabot, dan fasilitas rumah tangga yang memadai. Sanitasi lingkungan juga tergolong baik, meliputi penggunaan jamban leher angsa yang bersih, SPAL yang lancar, serta pengelolaan sampah oleh dinas kebersihan. Namun, masih ditemukan beberapa faktor risiko, yaitu kebersihan lantai yang kurang, ventilasi rumah yang belum memadai (<15% luas lantai), serta jarak sumber air dengan jamban kurang dari 10 meter. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan dan, pada lansia dengan risiko jatuh tinggi, berpotensi menambah risiko terjadinya jatuh.

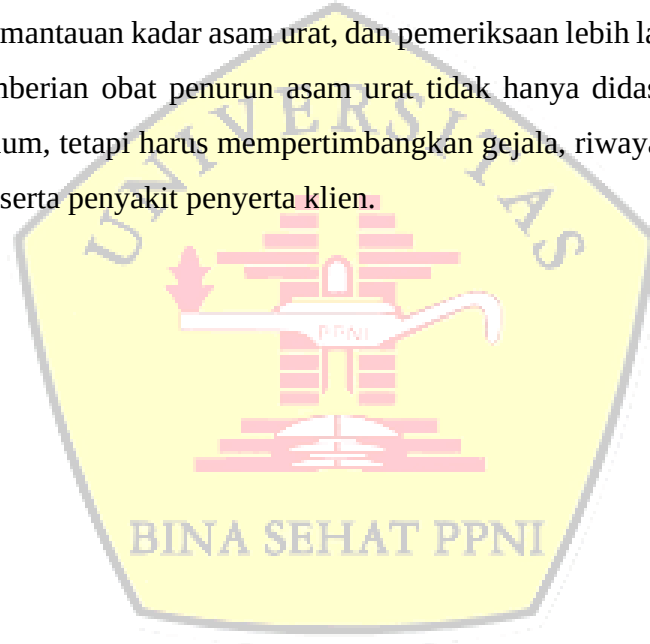
3.1.1.17 Informasi Penunjang

Tabel 3. 24 Pemeriksaan Penunjang

Informasi Penunjang	Klien
Diagnosa Medis	Hiperurisemia
Hasil Pemeriksaan Kadar Asam Urat	10 mg/dl
Terapi Medis	Klien tidak mengonsumsi obat

Berdasarkan hasil pemeriksaan, klien memiliki diagnosis medis hiperurisemia dengan kadar asam urat sebesar 10 mg/dL. Nilai tersebut

menunjukkan peningkatan kadar asam urat dan, apabila klien mengalami gout arthritis, berada jauh di atas target terapi kadar asam urat, yaitu kurang dari 6 mg/dL. Kadar asam urat yang tetap tinggi dapat meningkatkan risiko pembentukan dan pengendapan kristal monosodium urat pada persendian sehingga memicu peradangan, nyeri, pembengkakan, serta kekambuhan serangan gout. Klien diketahui tidak sedang mengonsumsi obat, sehingga belum terdapat terapi farmakologis untuk mengontrol kadar asam urat. Kondisi ini memerlukan pengkajian lebih lanjut mengenai keluhan nyeri sendi, riwayat kekambuhan, pola konsumsi makanan tinggi purin, kecukupan cairan, fungsi ginjal, penyakit penyerta, dan penggunaan obat lain. Klien juga perlu diberikan edukasi mengenai pengaturan pola makan, pemantauan kadar asam urat, dan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter. Penentuan pemberian obat penurun asam urat tidak hanya didasarkan pada satu hasil laboratorium, tetapi harus mempertimbangkan gejala, riwayat serangan gout, kondisi ginjal, serta penyakit penyerta klien.



3.1.2 Analisa Data

Berdasarkan analisis data hasil pengkajian yang dilakukan, dapat diidentifikasi masalah keperawatan yaitu :

Tabel 3. 25 Analisa Data

NO	DATA	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	DS: Klien mengatakan Jari tangan dan pergelangan tangan sebelah kanan terasa nyeri, Klien merasa kesal karena ketika ingin beraktivitas ringan pasti terganggu karena nyeri yang dirasakannya. P: nyeri pada saat mengepal dan menggenggam Q: nyeri terasa menjalar dan menusuk R: pada pergelangan dan jari tangan S: skala 5 T: setiap hari DO: Klien tampak meringis saat area pergelangan tangan kanan yang nyeri ditekan. Klien tampak tidak mampu menuntaskan aktivitas yang melibatkan tangan kanan, seperti mengepal dan menggenggam benda. tampak sedikit perubahan bentuk pada jari tangan. Klien tampak berpegangan dinding ketika beranjang untuk berdiri. Klien makan 3x sehari tanpa ada pantangan sama sekali, frekuensi minum >3 kali. Klien tidur sekitar 4-6 jam. Td : 140/70 mmHg N : 85x/menit Kadar asam urat : 10mg/dl Skala Depresi : skor 6 (Depresi Ringan)	Respon lokal ↓ Penimbunan kristal dan membrane ↓ Erosi tulang rawan, proliferasi ↓ Respon inflamasi ↓ Kompresi saraf kaki ↓ Nyeri Kronis	Nyeri kronis

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Nyeri Kronis berhubungan dengan agen respon inflamasi lokal (penumpukan kristal asam urat pada sendi) dibuktikan dengan Klien mengeluh nyeri pada jari dan pergelangan tangan kanan, klien tidak mampu mengepal/menggenggam, skala nyeri 5, dirasakan setiap saat.

3.1.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3. 26 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	DX KEP	TUJUAN KRITERIA/HASIL	INTERVENSI
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan respon inflamasi lokal (penumpukan kristal asam urat pada sendi) dibuktikan dengan Klien mengeluh nyeri pada jari dan pergelangan tangan kanan, klien tidak mampu mengepal/menggenggam, skala nyeri 5, dirasakan setiap saat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Skala nyeri menurun menjadi 3 3. Ekspresi meringis berkurang. 4. Kemampuan menggenggam benda seperti gelas, sendok, tempat makan dan aktivitas seperti menyapu meningkat.	Observasi : 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer kompres hangat bubuk kayu manis yang sudah diberikan Terapeutik : 6. Berikan Teknik non farmakologis berupa kompres hangat bubuk kayu manis selama 15 menit sesuai sop untuk mengurangi nyeri pada area jari 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Menjaga pencahayaan sekitar kamar, menjaga lantai agar tidak licin) 8. fasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan posisi nyaman, mengurangi aktivitas tangan sebelum tidur, dan memberikan waktu istirahat yang cukup Edukasi : 9. Jelaskan penyebab nyeri akibat peradangan sendi, waktu munculnya nyeri yang hampir setiap hari, serta aktivitas pemicu seperti menggerakkan jari dan menggenggam benda. 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan menggunakan kompres hangat kayu manis

			sesuai sop 11. Anjurkan memonitoring nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgesik sesuai pemberian panti
--	--	--	---

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 27 Impelementasi Keperawatan

Tanggal	Waktu	Implementasi	Ttd
14/3/2026	13.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - P : Nyeri pada saat menggenggam / mengepalkan tangan - Q: Terasa menjalar dan menusuk - R: Pada jari dan lengan tangan - T: Setiap saat	Gilang
	13.10	2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale 0–10 - Klien mengatakan intensitas nyeri berada pada skala 5 dari 10, termasuk kategori nyeri sedang	
	13.15	3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal - Klien tampak meringis ketika jari dan pergelangan tangan kanan digerakkan atau ditekan, tampak berhati-hati menggerakkan tangan, serta belum mampu mengepal atau menggenggam benda dengan kuat.	
	13.20	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika menggerakkan jari, mengepalkan tangan, menggenggam gelas, mengangkat benda, atau ketika tangan tertekan. Nyeri berkurang ketika tangan diistirahatkan	
	13.40	5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer kompres hangat bubuk kayu manis yang telah diberikan. - Klien mengatakan belum melakukan kompres hangat bubuk kayu manis secara teratur. Kulit tangan tampak utuh, tidak terdapat luka terbuka, kemerahan, atau tanda alergi. Klien bersedia menerima terapi	
	13.45-14.00	6. Memberikan teknik nonfarmakologis berupa kompres hangat bubuk kayu manis pada jari dan pergelangan tangan kanan selama kurang lebih 15 menit sesuai SOP - Klien kooperatif selama tindakan dan mengatakan merasakan sensasi hangat serta nyaman. Setelah tindakan klien tampak lebih rileks, tetapi nyeri masih skala 5. Tidak terdapat keluhan gatal, panas berlebihan, atau iritasi kulit	
	14.05	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menjaga pecahayaan kamar agar seimbang dan lantai agar tidak licin	

		- Kamar klien telah diberikan penutup cendela agar tidak menyilaukan saat siang hari, lantai kamar setiap hari di lakukan pengepelan agar tidak basah dan licin	
	14.10	8. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi yang nyaman, mengurangi gangguan lingkungan, dan menganjurkan klien mengistirahatkan tangan kanan. - Klien bersedia mengurangi aktivitas menggenggam dan mengistirahatkan tangan. Klien tampak lebih tenang dan dapat beristirahat setelah tindakan.	
	14.15	9. Menjelaskan penyebab nyeri akibat peradangan sendi, waktu munculnya nyeri, serta aktivitas pemicu seperti menggerakkan jari dan menggenggam benda. - Klien memperhatikan penjelasan dan mampu menyebutkan kembali bahwa nyeri meningkat ketika tangan digunakan untuk mengepal, menggenggam, atau mengangkat benda	
	14.25	10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan kompres hangat bubuk kayu manis sesuai SOP. - Klien mampu menjelaskan kembali bahwa kompres diberikan pada area nyeri selama kurang lebih 15 menit dengan suhu hangat dan tidak terlalu panas.	
	14.30	11. Klien mampu menjelaskan kembali bahwa kompres diberikan pada area nyeri selama kurang lebih 15 menit dengan suhu hangat dan tidak terlalu panas. - Klien bersedia memberitahukan kepada petugas apabila nyeri meningkat dan mulai memahami penggunaan skala nyeri 0–10.	
	14.35	12. Menganjurkan klien menggunakan analgesik Allupurinol sesuai resep atau program terapi medis - Klien memahami bahwa obat Allupurinol digunakan sesuai anjuran tenaga medis dan tidak boleh menambah dosis secara mandiri. Klien bersedia melapor kepada petugas apabila mengalami mual/muntah, gatal gatal setelah meminum obat	
15/3/2026	15.30	1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri - Klien mengatakan nyeri masih dirasakan pada jari dan pergelangan tangan kanan. Nyeri masih terasa menusuk dan pegal serta muncul saat tangan digerakkan atau digunakan untuk menggenggam	Gilang
	15.40	2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale 0–10 - Sebelum tindakan, klien mengatakan skala nyeri 5 dari 10	
	15.43	3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal. - Klien masih tampak meringis ketika mengepalkan tangan, tetapi ekspresi meringis berkurang dibandingkan hari pertama. Klien mulai mencoba menggerakkan jari secara perlahan.	
	15.45	4. Mengidentifikasi kembali faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika menggenggam gelas, memegang benda dengan kuat, dan ketika pergelangan tangan tertekan. Nyeri berkurang setelah tangan diistirahatkan dan dikompres hangat.	

	15.50	5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer kompres hangat bubuk kayu manis yang diberikan pada hari sebelumnya - Klien mengatakan kompres hangat membuat tangan terasa lebih nyaman dan rasa pegal berkurang sementara. Kulit tangan tampak utuh dan tidak terdapat reaksi alergi.	
	15.55-16.10	6. Memberikan kembali kompres hangat bubuk kayu manis pada jari dan pergelangan tangan kanan selama kurang lebih 15 menit sesuai SOP - Klien tampak rileks selama tindakan. Setelah kompres, ekspresi meringis dan rasa pegal berkurang. Nyeri saat menggenggam masih ada, tetapi menurun menjadi skala 4 dari 10. Tidak ditemukan iritasi kulit	
	16.15	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menjaga pecahayaan kamar agar seimbang dan lantai agar tidak licin - Kamar klien telah diberikan penutup cendela agar tidak menyilaukan saat siang hari, lantai kamar setiap hari dilakukan pengepelan agar tidak basah dan licin	
	16.20	8. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengurangi gangguan, membantu posisi nyaman, dan menjadwalkan waktu istirahat setelah aktivitas. - Klien mengatakan dapat beristirahat lebih nyaman ketika tangan disangga dan tidak tertindih. Klien bersedia mengistirahatkan tangan setelah beraktivitas.	
	16.23	9. Menjelaskan kembali penyebab nyeri akibat peradangan sendi, pola munculnya nyeri, dan aktivitas yang memicu nyeri. - Klien mampu menjelaskan bahwa menggerakkan jari berlebihan, mengempal, menggenggam kuat, dan menekan benda dapat memperberat nyeri.	
	16.25	10. Menjelaskan kembali strategi meredakan nyeri menggunakan kompres hangat bubuk kayu manis sesuai SOP. - Klien mampu menyebutkan alat yang diperlukan, lokasi pemberian kompres, lama pemberian sekitar 15 menit, dan pentingnya memastikan suhu tidak terlalu panas.	
	16.28	11. Menganjurkan klien memonitor nyeri secara mandiri menggunakan skala 0–10 serta mengamati aktivitas yang memperberat atau mengurangi nyeri - Klien mampu menyebutkan bahwa nyeri sebelum kompres skala 5 dan setelah kompres menjadi skala 4. Klien bersedia melapor apabila nyeri bertambah	
	16.30	12. Menganjurkan penggunaan Allupurinol sesuai resep atau instruksi tenaga medis dan petugas panti. - Klien memahami anjuran dan bersedia menggunakan obat sesuai jadwal serta dosis yang telah ditetapkan. Klien bersedia melapor kepada petugas apabila mengalami mual/muntah, gatal gatal setelah minum obat	
16/3/2026	10.00	1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Klien mengatakan nyeri masih terdapat pada jari dan pergelangan tangan kanan, tetapi tidak seberat	Gilang

		sebelumnya. Frekuensi nyeri berkurang dan nyeri terutama muncul ketika tangan digunakan untuk menggenggam atau menekan benda.	
10.05	2.	Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale 0–10 – Klien mengatakan skala nyeri sebelum tindakan berada pada 4 dari 10	
10.07	3.	Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal – Klien tampak lebih rileks dan tidak terus-menerus melindungi tangan. Ekspresi meringis masih muncul ringan ketika menggenggam benda, tetapi berkurang dibandingkan hari sebelumnya.	
10.10	4.	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri – Klien mengatakan nyeri meningkat ketika menggenggam kuat, menekan benda, atau menggerakkan jari secara berulang. Nyeri berkurang dengan mengistirahatkan tangan dan melakukan kompres hangat.	
10.13	5.	Memonitor keberhasilan terapi komplementer kompres hangat bubuk kayu manis yang telah diberikan selama dua hari. – Klien mengatakan kompres membantu mengurangi rasa pegal, membuat tangan lebih nyaman, dan mempermudah pergerakan jari. Tidak ditemukan luka, kemerahan, gatal, atau reaksi alergi	
10.15-10.30	6.	Memberikan kembali kompres hangat bubuk kayu manis pada jari dan pergelangan tangan kanan selama kurang lebih 15 menit sesuai SOP. – Klien merasa rileks dan nyaman selama tindakan. Setelah kompres, rasa seperti tertusuk sudah tidak dirasakan. Nyeri menurun menjadi skala 3, klien mulai mampu menggenggam benda secara perlahan dan rasa pegal berkurang.	
10.32	7.	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menjaga pencahayaan kamar agar seimbang dan lantai agar tidak licin – Kamar klien telah diberikan penutup cendela agar tidak menyilaukan saat siang hari, lantai kamar setiap hari dilakukan pengepelan agar tidak basah dan licin	
10.35	8.	Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan posisi nyaman, mengurangi aktivitas tangan sebelum tidur, dan memberikan waktu istirahat yang cukup. – Klien mengatakan dapat beristirahat lebih nyaman ketika tangan tidak tertindih dan disangga menggunakan bantal. Klien bersedia beristirahat apabila nyeri muncul.	
10.40	9.	Menjelaskan kembali penyebab nyeri akibat peradangan sendi, waktu munculnya nyeri, dan aktivitas yang dapat memicu nyeri – Klien mampu menjelaskan kembali bahwa mengepal, menggenggam kuat, dan memberikan tekanan pada tangan dapat memperberat nyeri.	

	10.45	10. Menjelaskan dan mengevaluasi kemampuan klien melakukan strategi meredakan nyeri menggunakan kompres hangat bubuk kayu manis sesuai SOP. - Klien mampu mengulang urutan tindakan, yaitu menyiapkan larutan hangat, memeriksa suhu, membasahi dan memeras kain, serta menempelkan pada area nyeri selama kurang lebih 15 menit.	
	10.50	11. Menganjurkan dan melatih klien melakukan pemantauan nyeri secara mandiri - Klien mampu menilai nyeri menggunakan skala 0–10, mengenali aktivitas pemicu, dan menyebutkan tindakan ketika nyeri muncul, yaitu mengistirahatkan tangan, mengatur posisi, dan melakukan kompres hangat.	
	10.55	12. Menganjurkan penggunaan obat sesuai resep atau program terapi medis - Klien memahami bahwa obat digunakan sesuai jadwal dan dosis yang diperintahkan. Klien bersedia melaporkan kepada petugas apabila mengalami mual/muntah, gatal gatal setelah minum obat	

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 28 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Tanggal	Evaluasi	Ttd
Nyeri Kronis	14/3/2026	S : Klien mengatakan tangan terasa lebih nyaman setelah diberikan kompres hangat dan mampu mengulangi cara meredakan nyeri yang telah dijelaskan, P:Klien mengatakan nyeri bertambah saat tangan digunakan untuk mengepal dan menggenggam Q:terasa menusuk dan menjalar R:berlokasi pada jari dan lengan tangan kanan S: dengan skala nyeri 5 T: dirasakan setiap saat O: Klien tampak meringis, tetapi lebih rileks setelah diberikan kompres hangat. Kadar asam urat : 10 mg/dl pada tanggal 14/3/2026 Indeks bartel : 90 (Ketergantungan sedang) A: Nyeri kronis belum teratasi. P: Lanjutkan pengkajian nyeri, pemberian kompres hangat bubuk kayu manis, pengaturan lingkungan, fasilitasi istirahat, edukasi, dan pemantauan respons klien.	
Nyeri Kronis	15/3/2026	S : Klien mengatakan kompres hangat membantu mengurangi nyeri, tangan	

		terasa tidak terlalu kaku, tetapi masih kesulitan menggenggam benda. P : Klien mengatakan nyeri muncul saat tangan digunakan untuk menggenggam Q: terasa menusuk dan pegal R: pada jari dan lengan tangan kanan S : dengan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 T : muncul saat beraktivitas O: Klien tampak lebih nyaman, meringis berkurang, tetapi kemampuan menggenggam masih terbatas. A: Nyeri kronis teratasi sebagian. P: Lanjutkan kompres hangat bubuk kayu manis, pemantauan nyeri, perlindungan tangan, fasilitasi istirahat, dan latihan pengendalian nyeri secara mandiri.	
Nyeri Kronis	16/3/2026	S : Klien mengatakan tangan terasa lebih rileks setelah kompres hangat, rasa kesemutan sudah berkurang, dan sudah dapat menggenggam meskipun secara perlahan. P: Klien mengatakan nyeri masih muncul saat tangan digunakan untuk menggenggam atau menekan benda namun sudah lebih berkurang Q: terasa pegal dan rasa menusuk sudah berkurang R: pada jari dan lengan tangan kanan S: dengan skala nyeri 3 T: frekuensinya lebih jarang dibandingkan sebelumnya O: Klien tampak lebih rileks dan mampu menggenggam secara perlahan. Kadar asam urat: 8mg/dl pada tanggal 16/3/2026 Indeks bartel : 93 (ketergantungan ringan) A: Nyeri kronis teratasi dan menunjukkan perkembangan. P: Intervensi dihentikan.	

3.2 Penerapan Intervensi Kompres Hangat Kayu Manis

Penerapan Intervensi Kompres Hangat Bubuk Kayu Manis

Intervensi keperawatan yang diberikan berupa kompres hangat bubuk kayu manis pada jari dan pergelangan tangan kanan untuk membantu mengurangi nyeri kronis akibat gout arthritis. Sebelum tindakan, perawat mengkaji nyeri menggunakan metode PQRST dan skala nyeri 0–10, memeriksa kondisi kulit, serta

menjelaskan tujuan dan prosedur kepada klien. Bubuk kayu manis dicampur dengan air hangat hingga membentuk pasta, kemudian dibalurkan secara merata pada area yang nyeri selama 15–20 menit sesuai toleransi klien. Selama tindakan, perawat memantau kenyamanan, tingkat nyeri, suhu kompres, dan kondisi kulit. Setelah selesai, pasta dibersihkan dengan air bersih, tangan dikeringkan, lalu dilakukan evaluasi ulang terhadap skala nyeri dan kemampuan gerak tangan.

Pada **hari pertama, 14 Maret 2026**, sebelum diberikan kompres hangat bubuk kayu manis, klien mengeluhkan nyeri pada jari dan lengan tangan kanan dengan skala nyeri 5. Setelah diberikan kompres selama kurang lebih 15 menit, skala nyeri tetap 5, tetapi klien mengatakan tangan terasa lebih nyaman dan tampak lebih rileks. Hasil pemeriksaan kadar asam urat pada hari pertama adalah **10 mg/dL**.

Pada **hari kedua, 15 Maret 2026**, skala nyeri klien sebelum diberikan kompres hangat bubuk kayu manis adalah 5. Setelah diberikan kompres selama kurang lebih 15 menit, skala nyeri menurun menjadi 4. Klien mengatakan rasa pegal dan kekakuan pada tangan berkurang, meskipun masih mengalami kesulitan saat menggenggam benda. Pada hari kedua, pemeriksaan kadar asam urat **tidak dilakukan atau tidak tercatat**.

Pada **hari ketiga, 16 Maret 2026**, skala nyeri klien sebelum diberikan kompres hangat bubuk kayu manis adalah 4. Setelah diberikan kompres, skala nyeri berkurang menjadi 3, klien mengatakan frekuensi nyeri lebih jarang, rasa menusuk dan kesemutan berkurang, serta tangan terasa lebih rileks dan mulai dapat digunakan untuk menggenggam secara perlahan. Hasil pemeriksaan kadar asam urat pada hari ketiga adalah **8 mg/dL**.