

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan lansia tidak berbeda dengan proses keperawatan yang ditujukan kepada pasien yang dirawat di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya. Proses keperawatan tersebut adalah pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan catatan hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Leniwita and Anggraini 2019).

Perawat perlu melakukan pengkajian secara lengkap dan menyeluruh dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia (*comprehensive geriatric assesment*). Pengkajian tersebut meliputi pengkajian biopsikososial, pengkajian kondisi fisik, pengkajian psikologis, status fungsional (ADL), status nutrisi dan interaksi di antara hal-hal tersebut. Pengkajian secara komprehensif/paripurna pada lansia ini bersifat holistik; meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual; pada lingkup kuartif, rehabilitatif, promotif, preventif; pengkajian status fungsional; pengkajian status psiko-kognitif; pengkajian aset keluarga pasien (sosial).

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan pada lanjut usia dengan asam urat meliputi :

a. Biodata Pasien

Umur pasien bisa menunjukkan tahap perkembangan pasien baik secara fisik maupun psikologis, jenis kelamin, lingkungan tinggal dan pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap terjadinya masalah/penyakit dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan pasien tentang masalahnya/penyakitnya. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Widiyono et al. (2020) menyatakan bahwa penyakit asam urat rata-rata diderita oleh perempuan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan oleh pasien. keluhan utama akan menentukan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini. Misalnya, pasien mengeluh nyeri pada sendi, bengkak dan kekakuan pada sendi.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit saat ini seperti menanyakan tentang riwayat penyakit sejak timbulnya keluhan hingga pasien meminta pertolongan. Misal sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana keluhan pertama kali timbul, apa yang dilakukan ketika keluhan terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan. Misalnya, kapan nyeri sendi dirasakan, bagaimana rasanya, apa yang memicu nyeri timbul dan sebagainya.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu sebelumnya yang dapat mempengaruhi kesehatannya sekarang. Misal Asam Urat. Tanyakan kepada pasien apakah sebelumnya sering mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat *Purin*.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga sangat penting untuk mendukung keluhan dari penderita, perlu dicari riwayat keluarga yang memberikan predisposisi keluhan seperti nyeri hebat pada sendi, bengkak pada sendi maupun yang pernah menderita penyakit asam urat pada generasi terdahulu.

f. Riwayat Alergi

Mengkaji riwayat alergi untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat alergi baik makanan, minuman maupun obat-obatan.

g. Pola kebiasaan hidup sehari-hari

Pola kebiasaan hidup sehari-hari juga sangat penting untuk dikaji untuk mendapatkan data pendukung dari keluhan penderita asam urat. Pola kebiasaan yang dapat dikaji adalah seperti apakah pasien adalah perokok aktif, minum alkohol, minum kopi, minum sirup tinggi fruktosa, minum minuman manis bersoda, makan teratur 3x/hari dengan menghindari makanan yang mengandung zat purin tinggi seperti jerohan, daging sapi, daging kambing sayuran bayam, kacang-kacangan, olah raga minimal 30 menit/hari, tidur cukup 4-5 jam/hari dan apakah BAB/BAK secara teratur.

h. Pemeriksaan vital

Hal lain yang dibutuhkan untuk mendukung keluhan adalah pemeriksaan vital. Pemeriksaan vital yang dapat dilakukan adalah berat badan, tinggi badan, tekanan darah, suhu, frekuensi nadi dan frekuensi nafas. Semakin tinggi tekanan darah lansia, resiko kadar asam urat meningkat akan menjadi lebih besar. Berat badan juga sangat berpengaruh dalam dalam peningkatan kadar asam urat, terbukti dari penelitian yang dilakukan oleh Indaputri (2020) yaitu terdapat hubungan antara IMT dengan kadar asam urat dalam darah, semakin tinggi IMT semakin tinggi kadar asam urat.

i. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, baik secara inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inpeksi dan palpasi. Inpeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan pasien seperti kulit adakah kemerahan dan peradangan, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan pasien melakukan pergerakan yaitu melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal.

Beberapa tes khusus mungkin diperlukan, seperti tes dalam darah dan tes dalam urin untuk pemerikasaan kadar asam urat. Pemeriksaaan fisik ini dilakukan secara *head to toe* (kepala sampai kaki) dan *review of system* (sistem tubuh). Secara umum, pemeriksaan fisik ini bertujuan untuk mengumpulkan data dasar tentang klien, menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan, mengkonfirmasi dan megidentifikasi diagnosis keperawatan, membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalakasanaan, serta mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan.

j. Pemeriksaan Penunjang

Untuk memastikan diagnosis pasien asam urat dengan gangguan kebutuhan nyeri dan kenyamanan diantaranya:

1) Pemeriksaan Laboratorium

Seseorang dikatakan menderita asam urat apabila pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar asam urat dalam darah mg/dL diatas 7 untuk pria dan lebih dari 6 mg/dL untuk wanita. Pemeriksaan ini mengindikasikan hiperurisemia, akibat

peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi (Aspiani, 2014).

2) Pemeriksaan Cairan Sendi

Pemeriksaan cairan sendi dilakukan di bawah mikroskop. Tujuannya adalah untuk melihat kristal urat atau monosodium urate (kristal MSU) dalam cairan sendi. Analisis cairan sendi dilakukan pada area yang mengalami inflamasi dengan menggunakan jarum kristal yang tajam (Aspiani, 2014).

3) Pemeriksaan dengan rontgen

Pemeriksaan ini baiknya dilakukan pada awal setiap kali pemeriksaan sendi. Dan jauh lebih efektif apabila pemeriksaan rontgen ini dilakukan pada penyakit sendi yang sudah berlangsung kronis. Pemeriksaan rontgen perlu dilakukan untuk melihat adakah kelainan baik pada sendi maupun pada tulang dan jaringan di sekitar sendi. Seberapa sering penderita asam urat untuk melakukan pemeriksaan rontgen tergantung perkembangan penyakitnya (Aspiani, 2014).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu pasien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Secara teoritis diagnosa keperawatan yang sering dijumpai pada pasien dengan asam urat adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri sendi.
- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap status kesehatan.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- e. Resiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Asam Urat

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	SDKI D.0078 Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali kunjungan. Maka, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Ekspresi meringis menurun (5) 4. Sikap protektif menurun (5) 5. Gelisah menurun (5) 6. Keluhan kesulitan tidur menurun (5) 7. Frekuensi 	Manajemen nyeri Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons 4. Nyeri nonverbal 5. Identifikasi faktor yang Memperberat dan memperingan nyeri 6. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aroma terapi 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Dukungan koping keluarga 4. Dukungan meditasi 5. Edukasi aktivitas/ istirahat 6. Edukasi efek samping obat 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi manajemen stress 9. Edukasi manajemen nyeri 10. Edukasi proses penyakit 11. Edukasi teknik napas 12. Kompres dingin 13. Kompres panas 14. Konsultasi 15. Latihan pernapasan 16. Latihan rehabilitasi 17. Manajemen efek samping obat

		<p>nadi membaik (5)</p> <p>8. Pola tidur membaik (5)</p>	<p>keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>10. Monitor efek samping Penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik Non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, kupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinsi terbimbing, kompres hangat /dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 	<p>18. Manajemen kenyamanan lingkungan</p> <p>19. Manajemen terapi radiasi</p> <p>20. Pemantauan nyeri</p> <p>21. Pemberian analgesik</p> <p>22. Pemberian obat</p> <p>23. Pemberian obat intravena</p> <p>24. Pemberian obat oral</p> <p>25. Pemberian obat topikal</p> <p>26. Pengaturan posisi</p> <p>27. Promosi koping</p> <p>28. Teknik distraksi</p> <p>29. Terapi akupresur</p> <p>30. Terapi akupunktur</p> <p>31. Terapi humor</p> <p>32. Terapi murattal</p> <p>33. Terapi musik</p> <p>34. Terapi pemijatan</p> <p>35. Terapi sentuhan</p>
2.	SDKI D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri sendi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kunjungan. Maka mobilisasi fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Nyeri menurun (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Kaku sendi menurun (5) 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 4. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 5. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan perawatan diri 3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK 4. Dukungan perawatan diri: Berpakaian 5. Dukungan perawatan diri: Makan/minum 6. Dukungan perawatan diri: Mandi 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi teknik ambulasi

			<p>6. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivasi mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Edukasi teknik transfer 10. Konsultasi via telepon 11. Latihan otogenik 12. Manajemen energi 13. Manajemen lingkungan 14. Manajemen mood 15. Manajemen nutrisi 16. Manajemen nyeri 17. Manajemen medikasi 18. Manajemen program latihan 19. Manajemen sensasi perifer 20. Pemantauan neurologis 21. Pemberian obat 22. Pemberian obat intravena 23. Pembidaian 24. Pencegahan jatuh 25. Pencegahan luka tekan 26. Pengaturan posisi 27. Pengekangan fisik 28. Perawatan kaki 29. Perawatan sirkulasi 30. Perawatan tirah baring 31. Perawatan traksi 32. Promosi berat badan 33. Promosi keutuhan program latihan 34. Promosi latihan fisik 35. Teknik latihan penguatan otot 36. Teknik latihan penguatan sendi 37. Terapi aktifitas 38. Terapi pemijatan 39. Terapi relksasi otot progresif
3.	SDKI D.0080 Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap status kesehatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali kunjungan. Maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:	<p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan Kontrol Marah 2. Biblioterapi 3. Dukungan Emosi 4. Dukungan Hipnosis Diri 5. Dukungan

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat konisi yang dihadapi menurun (5) 	<p>gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Dukungan Keyakinan 7. Dukungan Memaafkan 8. Dukungan Pelaksanaan Ibadah 9. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 10. Dukungan Proses Berduka 11. Intervensi Krisis 12. Konseling 13. Manajemen Demensia 14. Persiapan Pembedahan 15. Teknik Distraksi 16. Terapi Hipnosis 17. Teknik Imajinasi Terbimbing 18. Teknik Menenangkan 19. Terapi Biofeedback 20. Terapi Diversional 21. Terapi Musik 22. Terapi Relaksasi Otot Progresif 23. Terapi Reminisens 24. Terapi Seni Terapi Validasi 25. Promosi Latihan Fisik
--	--	---	---	---

			<p>progresif)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
4.	SDKI D.0111 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali kunjungan. Maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5) 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan sistem kesehatan 2. Edukasi aktivitas/istirahat 3. Edukasi diet 4. Edukasi latihan fisik 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi nutrisi 7. Edukasi pencegahan jatuh 8. Edukasi proses penyakit 9. Edukasi terapi relaksasi progresif 10. Konseling

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	
5.	SDKI D.0143 Resiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan seama 3 kali kunjungan. Maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat duduk menurun (5) 2. Jatuh saat berdiri menurun (5) 3. Jatuh saat berjalan menurun (5) 	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropatif) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis, Fall Morse Scale, Hmpty Dumpty Scale), jika perlu\ 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi 2. Dukungan mobilisasi 3. Identifikasi resiko

			<p>terkunci</p> <p>3. Pasang handrail tempat tidur Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>4. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>	
--	--	--	--	--

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2016)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain

yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita and Anggraini 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (PPNI, 2016).

B. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, dalam mempertahankan keseimbangan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subjek (Haswita dan Sulistyowati, 2017).

1. Kebutuhan rasa nyeri dan kenyamanan

Menurut Kolcaba (2012) di dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati (2017) Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transeden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subyektifitas yang sama dengan nyeri.

Kenyamanan meski dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu fisik (berhubungan dengan sensasi tubuh), sosial (berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, sosial), psikospiritual (berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan), dan lingkungan (berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya).

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat Individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi di pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu. Menurut Internasional Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007. dalam Haswati dan Reni sulistyowati, 2017).

Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST:

- P : *Provokes* atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri.
- Q : *Quality* atau kualitas nyeri (Misalnya, tumpul atau tajam) .
- R : *Region* atau daerah, yaitu daerah perjalanan kedaerah lain.
- S : *Severity* atau keganasan yaitu intensitasnya
- T : *Time* atau waktu, yaitu serangan, lamanya dan sebab.

2. Faktor yang mempengaruhi nyeri dan kenyamanan

Menurut Haswita & Sulistyowati (2017), faktor yang mempengaruhi nyeri dan kenyamanan adalah sebagai berikut:

a. Usia

Usia erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu. Makin dewasa seseorang maka semakin dapat mentoleransi rasa nyeri.

b. Gaya hidup

Gaya hidup didefinisikan sebagai pola dimana orang hidup dan menggunakan uang dan waktunya. Gaya hidup yang sehat seperti sering bergerak atau berolahraga akan mencegah terjadinya nyeri.

c. Mobilisasi dan status kesehatan

Pasien dengan kelemahan otot, gangguan keseimbangan/koordinasi memiliki risiko untuk terjadinya cedera dan meningkatkan risiko jatuh.

d. Tingkat kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan untuk menerima stimulus lingkungan, reaksi tubuh dan berespon tepat melalui proses berfikir dan tindakan. Pasien yang mengalami gangguan kesadaran diantaranya pasien yang kurang tidur, pasien tidak sadar atau setengah sadar, pasien disorientasi, pasien yang menerima obat-obatan tertentu seperti narkotik, sedatif dan hipnotik.

e. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang ramai, dingin, panas, lembab meningkatkan intensitas nyeri individu.

f. Gaya coping

Mekanisme coping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri dan kenyamanan. Keadaan individu yang cemas dapat menghambat keluarnya endokrin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri.

g. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, mambantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkinakan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

3. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

a. Nyeri akut

Yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Manifestasi klinis nyeri

a. Nyeri akut

Tanda mayor: Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tanda minor: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b. Nyeri kronis

Tanda mayor: Pasien mengeluh nyeri dan merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Tanda minor: pasien merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

5. Pengukuran skala nyeri

a. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah

satu bilangan 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat dirasakan.



Gambar 2.1 Skala nyeri menurut Hayward

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

b. Skala nyeri menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut McGill dapat ditulis sebagai berikut:

0= Tidak Nyeri

1= Nyeri Ringan

2= Nyeri Sedang

3= Nyeri berat atau parah

4= Nyeri sangat berat

5= Nyeri hebat

c. Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri diwajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2 Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

6. Penatalaksanaan nyeri

Penanganan yang adekuat sangat dibutuhkan oleh penderita nyeri, tidak hanya untuk meredakan rasa nyerinya melainkan pula untuk meningkatkan mutu kehidupannya. Maka, perlu dilakukan manajemen nyeri. Manajemen nyeri adalah mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Manajemen nyeri bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang sampai mengganggu aktivitas penderita. Manajemen nyeri akan diberikan ketika seorang merasakan sakit yang signifikan atau berkepanjangan.

Nyeri dapat ditangani dengan menggunakan manajemen nyeri farmakologi dan non-farmakologi, sebagai berikut:

a. Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan adalah jenis analgesik yang terbagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Non-narkotik dan anti inflamasi non-steroid (NSAID): dapat digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang. Obat ini tidak menimbulkan depresi pernapasan.
- 2) Analgesik narkotik atau opioid: diperuntukkan nyeri sedang hingga berat, misalnya pasca operasi. Efek samping obat ini menimbulkan depresi pernapasan, efek sedasi, konstipasi, mual, dan muntah.
- 3) Obat tambahan atau adjuvant (koanalgesik): obat dalam jenis sedatif, anti cemas, dan pelemas otot. Obat ini dapat meningkatkan kontrol nyeri dan menghilangkan gejala penyertanya.

Obat golongan NSAID, golongan kortikosteroid sintetik, golongan opioid memiliki onset sekitar 10 menit dengan maksimum analgesik tercapai dalam 1-2 jam dengan durasi kerja sekitar 6-8 jam.

b. Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non-farmakologis pada penderita asam urat dapat dilakukan dengan cara yaitu:

1) Relaksasi nafas dalam

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi nafas dalam memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

2) Kompres hangat/dingin

Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Kedua kompres ini digunakan secara hati-hati agar tidak terjadi cedera.

3) Terapi komplementer

Terapi komplementer merupakan penggunaan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Terapi komplementer bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan secara lebih menyeluruh dan tentunya dengan biaya yang lebih murah. Terapi komplementer yang bisa diterapkan secara mudah oleh lansia dengan asam urat salah satunya adalah ramuan atau jamuan tanaman daun salam. Daun salam sering dimanfaatkan sebagai alternatif untuk menurunkan kadar asam urat dalam tubuh. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Ayuro Cumayunaro, 2017) terbukti rebusan daun salam efektif untuk menurunkan kadar asam urat.

C. Konsep Penyakit Asam Urat

1. Pengertian asam urat

Asam urat dianggap sebagai penyakit yang secara umum dikenali oleh masyarakat awam. Sebenarnya asam urat merupakan senyawa yang ada di dalam tubuh manusia, senyawa ini memiliki rasio normalnya rendah 3,6 mg/dl dan tinggi 8,3 mg/dl. Dalam kondisi normal asam urat tidak akan berbahaya bagi kesehatan tubuh manusia, namun jika berlebihan (*hiperurisemia*) atau kekurangan (*hipourisemia*) kadar asam urat dalam plasma darah, yang akan menjadi indikasi dalam tubuh manusia. Asam urat terjadi akibat mengonsumsi zat *purin* secara berlebihan. *Purin* adalah zat yang terdapat dalam setiap makanan yang berasal dari makhluk hidup. Apabila zat *purin* berlebihan dalam tubuh, ginjal tidak mampu mengeluarkan zat tersebut sehingga zat tersebut mengkristal menjadi asam urat yang kemudian menumpuk di persendian. Akibatnya sendi akan terasa bengkak, meradang, nyeri dan ngilu. Penyakit asam urat pada umumnya menyerang sendi jari tangan, tumit, jari kaki, siku, lutut serta pergelangan tangan (Savitri, 2017).

2. Etiologi

Penyebab utama terjadinya asam urat adalah karena adanya deposit/penimbunan kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolik dalam pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal (Aspiani, 2014).

Menurut Savitri (2017), berikut beberapa penyebab terjadinya penyakit asam urat :

- a. Makanan yang mengandung tinggi Purin seperti jeroan, daging *seafood*, durian dan lain-lain.
- b. Obat-obatan kanker.
- c. Penyakit batu ginjal dan gagal ginjal.
- d. Penyakit lever.

- e. Penyakit diabetes melitus atau kencing manis.
- f. Kegemukan.
- g. Minuman beralkohol.
- h. Kelainan genetik.
- i. Kekurangan nutrisi.
- j. Keracunan.
- k. Penyakit kulit.
- l. Kadar trigliserida yang tinggi.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Dina Savitri (2017), gejala asam urat dibagi menjadi 3 tahap, antara lain:

a. Gejala awal

Pada saat tahap awal penderita sering tidak menyadari adanya gejala asam urat. Akibatnya, banyak penderita yang tiba-tiba sudah mengalami asam urat akut atau kronis, sehingga pengobatannya menjadi lebih sulit dan memerlukan biaya lebih banyak. Pada tahap ini biasanya penderita mengalami serangan pada sendi yang khas selama beberapa hari yang akan hilang dengan sendirinya.

b. Gejala menengah

Setelah mengalami masa jeda serangan sendi pada gejala awal, umumnya penderita akan mengalami peradangan yang lebih khas. Gejala nyeri yang dirasakan akan mulai sering dan sendi yang terserang semakin banyak. Penanganan pada tahap ini harus lebih serius agar kadar asam urat tidak semakin bertambah. Pada saat terkena asam urat pada kaki dengan ukuran besar, penyakit asam urat akan masuk ke dalam gejala akut.

c. Gejala akut

Setelah mengalami gangguan dan gejala menengah selama kurang lebih 10 tahun, biasanya penderita akan mendapatkan benjolan-benjolan disekitar sendi yang seiring waktu akan membengkak. Benjolan ini disebut *tofus*, yaitu serbuk seperti bubuk kapur yang

merupakan kumpulan dari kristal monosodium urat. Tofus ini yang akan menyebabkan kerusakan pada sendi dan tulang sekitarnya.

4. Patofisiologi

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat, ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Secara normal, metabolisme purin menjadi asam urat dapat diterangkan sebagai berikut: Sintesis purin melibatkan dua jalur, yaitu jalur *de novo* dan jalur penghematan (*salvage pathway*).

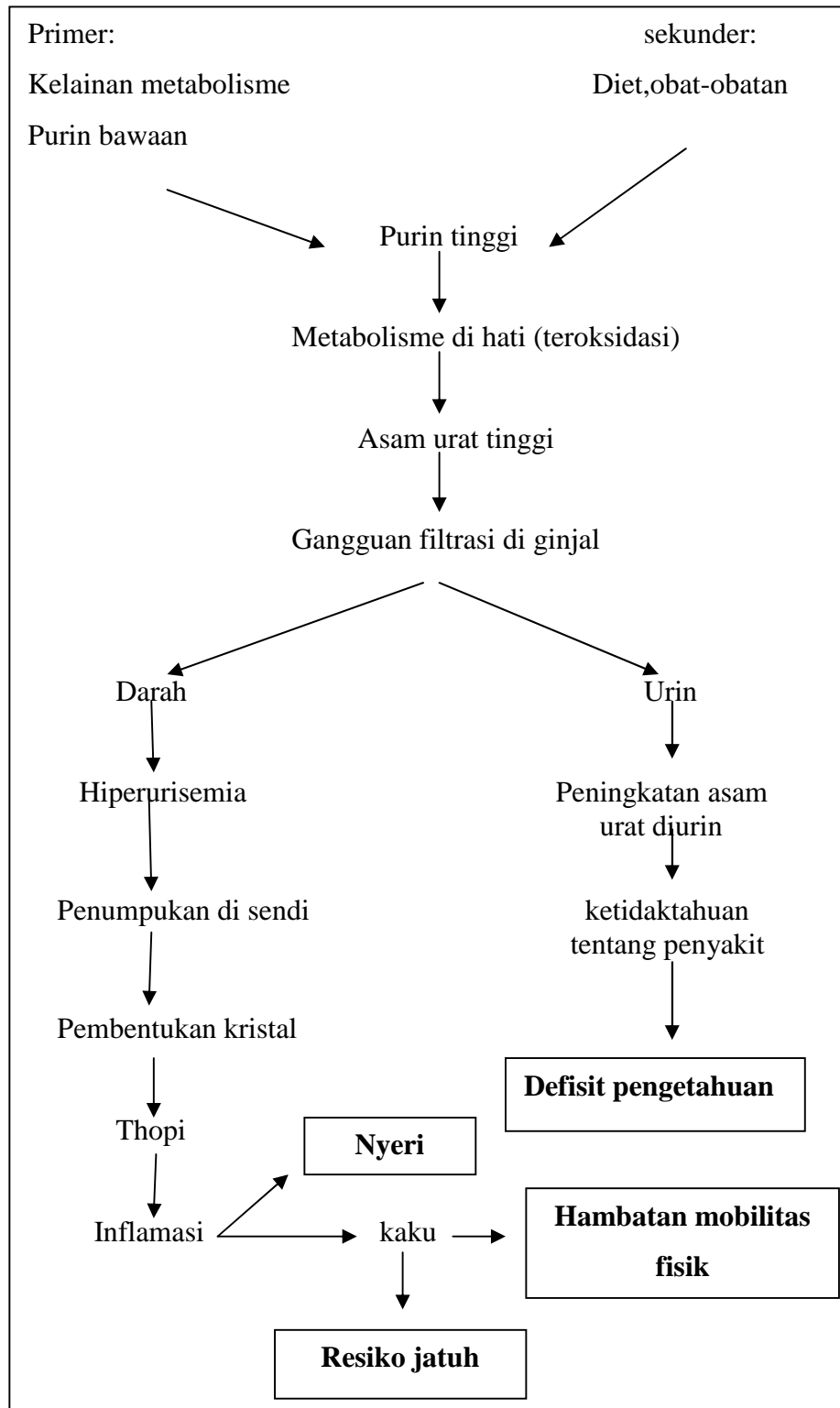
- a. Jalur *de novo* melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui *prekursor nonpurin*. Substrat awalnya adalah *ribosa-5-fosfat*, yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asam inosinat, asam guanilat, asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu: *5-fosforibosilpirofosfat (PRPP) sintetase* dan *amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT)*. Terdapat suatu mekanisme inhibisi umpan balik oleh nukleotida purin yang terbentuk, yang fungsinya untuk mencegah pembentukan yang berlebihan.
- b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa *purin* bebasnya, pemecahan asam nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur *de novo*. *Basa purin* bebas (*adenin, guanin, hipoxantin*) berkondensasi dengan PRPP untuk membentuk prekursor nukleotida purin dari asam urat. Reaksi ini dikatalisis oleh dua enzim: *hipoxantin guanin fosforibosiltransferase (HGPRT)* dan *adenin fosforibosiltransferase (APRT)*.

Asam urat yang terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian diekskresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin. Pada

penyakit asam urat, terdapat gangguan kesetimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:

- a. Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
- b. Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
- c. Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan *cellular turnover*) atau peningkatan sintesis purin (karena defek enzim-enzim atau mekanisme umpan balik inhibisi yang berperan).
- d. Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
- e. Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi akan meningkatkan kadar asam urat dalam tubuh. Asam urat ini merupakan suatu zat yang kelarutannya sangat rendah sehingga cenderung membentuk kristal. Penimbunan asam urat paling banyak terdapat di sendi dalam bentuk kristal monosodium urat. Mekanismenya hingga saat ini masih belum diketahui.

5. Pathway



Gambar 2.3 Pathway

Sumber (Nanda, 2014)

6. Pemeriksaan diagnostik

- a. Tes darah
Untuk mengukur kadar asam urat dan kreatinin dalam darah.
- b. Tes urin 24 jam
Untuk memeriksa kadar asam urat dalam urine yang dikeluarkan dan dikumpulkan pasien selama 24 jam.
- c. Tes cairan sendi
Untuk mengidentifikasi kristal asam urat pada sendi dengan mengambil sampel cairan pada sendi.
- d. Foto rongten
Untuk melihat keadaan sendi.
- e. USG Diagnostik
Untuk mendeteksi kristal asam urat pada sendi dan tofus.

7. Penatalaksanaan

Berdasarkan patomekanisme hiperurisemia (overproduction vs underexcretion), sebagian besar kasus hiperurisemia terjadi akibat underexcretion (ekskresi asam urat <700 mg/hari/ $1.73m^2$). Kedua kondisi ini sebenarnya dapat dibedakan dengan memeriksakan kadar asam urat urin, sehingga menjadi pertimbangan pemilihan terapi berdasarkan patomekanismenya.

ACR (*American College of Rheumatology*) membuat rekomendasi penatalaksanaan asam urat pada tahun 2012. Pengobatan secara umum adalah dengan menurunkan berat badan, pengaturan makanan, latihan fisik, berhenti merokok, dan menjaga hidrasi adekuat. Seringkali gout dikaitkan oleh pasien dengan makanan, ACR mengelompokkan pengaturan makanan menjadi makanan yang dihindari, dibatasi dan dianjurkan.

Berikut ini rekomendasi ACR terkait jenis makanan:

- a. Yang dihindari: jerohan, sirup tinggi fruktosa, minuman manis bersoda, alkohol berlebih.

- b. Yang dibatasi: daging sapi, daging kambing, daging babi, makanan laut tinggi purin (kerang, ikan sarden), gula dan garam dalam jumlah banyak, jus buah segar yang manis, alkohol.
- c. Yang dianjurkan: produk rendah lemak atau tanpa lemak, sayur-sayuran.

Prinsip pengobatan farmakologi hiperurisemia dan asam urat adalah terapi hiperurisemia, terapi serangan akut, dan terapi profilaksis. Asam urat terindikasi untuk diberikan pengobatan jika didapatkan:

- a. Tofi/tofus
- b. Serangan berulang (2x/tahun)
- c. Penyakit ginjal kronik stadium 2/lebih, atau
- d. Riwayat batu saluran kemih.

Pilihan pengobatan pertama adalah dengan penghambat *xanthin oxidase* (allopurinol atau febukostat), jika didapatkan kontraindikasi/tidak dapat ditoleransi, maka pilihannya adalah probenesid. Target pengobatan asam urat adalah kadar serum asam urat <6 mg/dl, pada kondisi tertentu dapat sampai <5 mg/dl.

Selain terapi farmakologi adapun terapi non-farmakologi yaitu seperti kompres hangat, terapi relaksasi nafas dalam dan pemberian rebusan daun salam.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan Asam Urat

Artikel pertama: Penelitian yang dilakukan oleh Widiyono (2020) dengan judul “Pengaruh Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Lansia” yang bersifat kuantitatif dengan metode penelitian Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan ada pengaruh kadar asam urat sebelum dan sesudah pemberian rebusan daun salam yang ditunjukkan dengan nilai paired test sebelum pemberian rebusan daun salam nilai rerata 7,26 dan sesudah pemberian rebusan daun salam nilai rerata 4,75 dengan nilai p-value $0,001 < . (0,05)$. Hal tersebut berarti lansia yang menderita asam urat yang diberikan rebusan daun salam dapat mengurangi asam urat sehingga akan membuat kadar asam urat juga menurun (Widiyono 2020).

Artikel kedua: Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ndede, Oroh, and Bidjuni (2019) dengan judul “Pengaruh Pemberian Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru” yang menggunakan metode desain penelitian eksperimen, dengan pendekatan pre eksperimen. Dalam penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan adanya pengaruh pemberian rebusan daun salam terhadap penurunan kadar asam urat pada penderita gout arthritis di wilayah kerja Puskesmas Ranotana Weru Manado (Ndede, Oroh, and Bidjuni 2019).

Artikel ketiga : Dalam penelitian yang dilakukan oleh Khoirunnisa and Retnaningsih (2020) yang berjudul “Pengaruh Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pada Penderita Gout Arthritis Di Desa Sempu Kec. Limpung Kab. Batang” dengan menggunakan metode one grup pretest posttest. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa terbukti adanya terbukti pengaruh rebusan daun salam untuk penurunan kadar asam urat pada penderita asam urat (Khoirunnisa and Retnaningsih 2020).

Artikel keempat: Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hasrul and Muas (2018) yang berjudul ”Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan

Intensitas Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia” dengan Jenis penelitian kuantitatif menggunakan *Quasy Experimen* dengan pendekatan *One Group Pretest Posttest Design* yaitu untuk mengetahui Pengaruh kompres hangat terhadap penurunan intensitas nyeri Gout Arthritis pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lawawoi. Dari penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan adanya pengaruh yang signifikan terhadap Kompres Hangat Dalam Penurunan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lawawoi Kabupaten Sidrap Tahun 2018 dengan tingkat kemaknaan p-value 0,000 (Hasrul and Muas 2018).

Artikel kelima: Dalam penelitian yang dilakukan oleh Zahroh and Faiza (2018) yang berjudul ”Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Penyakit Arthritis Gout” dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian kompres hangat terhadap penurunan nyeri asam urat. Desain penelitian ini menggunakan *Pra-Experimental* dengan pendekatan *One-group pre-post test design*. Populasinya adalah seluruh lansia penderita penyakit asam urat di Paguyuban Budi Luhur Surabaya sebesar 30 lansia, besar sampel 30 lansia. Dapat disimpulkan bahwa pemberian kompres hangat dapat mempengaruhi penurunan nyeri pada seseorang yang menderita penyakit asam urat, sehingga diharapkan Paguyuban Lansia dapat menerapkan serta meningkatkan pemberian kompres hangat terhadap lansia penderita penyakit asam urat (Zahroh and Faiza 2018)