

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Gout Arthritis

1. Pengertian

Gout arthritis merupakan salah satu penyakit degenerative yang menyerang sistem persendian dimana penyakit ini ditandai dengan peningkatan kadar asam urat dalam tubuh secara berlebihan dan kerja ginjal tidak mampu mengeluarkan zat tersebut. Kristal asam urat menumpuk dipersendian yang terjadi berulang atau bertahun akan menyebabkan timbulnya tophi. (Simbolon, Nagoklan, & Ringo, 2019)

Gout arthritis adalah suatu proses inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi. Gout terjadi akibat dari hiperurisemia yang berhubungan dengan tekanan darah secara teori menjelaskan hubungan hiperusemia dengan hipertensi, hipertensi akan berakhir dalam penyakit mikrovaskuler dengan hasil akhirnya berupa iskemi jaringan yang akan meningkatkan sintesis asam urat melalui degradasi adenosin trifosfat (ATP) menjadi adenin dan xantin. (Febrianti, Asrori, & Nurhayati, 2019)

Lansia merupakan orang dengan usia lebih dari 60 tahun, pada lanjut usia daya tahan fisik sudah mengalami kemunduran fungsi, kelemahan organ, sehingga mudah terserang berbagai macam penyakit, seperti peningkatan kadar asam urat, hal ini terjadi karena imunitas dan kekuatan fisik ikut melemah. Pada umumnya masyarakat berpikir penyakit asam urat hanya diderita pada usia lanjut, akan tetapi apabila tidak diperhatikan pola makan yang sehat tidak menutup kemungkinan, saat remaja atau muda pun akan menderita penyakit ini. Nyeri akut/kronis menjadi masalah keperawatan yang muncul pada pasien lansia penderita gout arthritis, nyeri dirasakan dari skala nyeri ringan sampai skala nyeri berat dengan akhir yang bisa diprediksi. (Syarifah, 2018)

Jadi, dari definisi diatas maka *Gout arthritis* merupakan penyakit salah satu penyakit degenerative yang menyerang sistem persendian dimana penyakit ini ditandai dengan peningkatan kadar asam urat dalam tubuh secara berlebihan dan kerja ginjal tidak mampu mengeluarkan zat tersebut. Kristal asam urat menumpuk dipersendian yang terjadi berulang atau bertahun akan menyebabkan timbulnya tophi.

2. Etiologi

Secara garis besar penyebab terjadinya asam urat (*gout*) disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder, faktor primer 99% nya belum diketahui (idiopatik). Namun, diduga berkaitan dengan kombinasi faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi asam urat atau bisa juga disebabkan oleh kurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi asam urat, terganggunya proses pembuangan asam urat dan kombinasi penyebab tersebut. (Susanto, 2013) Menurut (Fitarina, 2015) terdapat faktor resiko yang mempengaruhi *Gout Arthritis* seperti:

a. Usia

Pada umumnya serangan *Gout Arthritis* yang terjadi pada laki-laki mulai dari usia pubertas hingga usia 46-69 tahun, sedangkan pada wanita serangan *Gout Arthritis* terjadi pada usia lebih tua dari pada laki-laki biasanya terjadi pada saat menopause. Karena wanita memiliki hormon estrogen, hormon inilah yang membantu proses pengeluaran Asam Urat melalui urine Asam Urat dalam darah dapat terkontrol

b. Jenis Kelamin

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

c. Konsumsi Purin yang berlebih

Konsumsi Purin yang berlebih dapat meningkatkan kadar Asam Urat didalam darah.

d. Konsumsi Alkohol

Mengonsumsi Alkohol menyebabkan pembuangan Asam Urat lewat urine menjadi berkurang, sehingga asam urat tetap bertahan dalam peredaran darah dan penumpukan dipersendian.

e. Obat-obatan

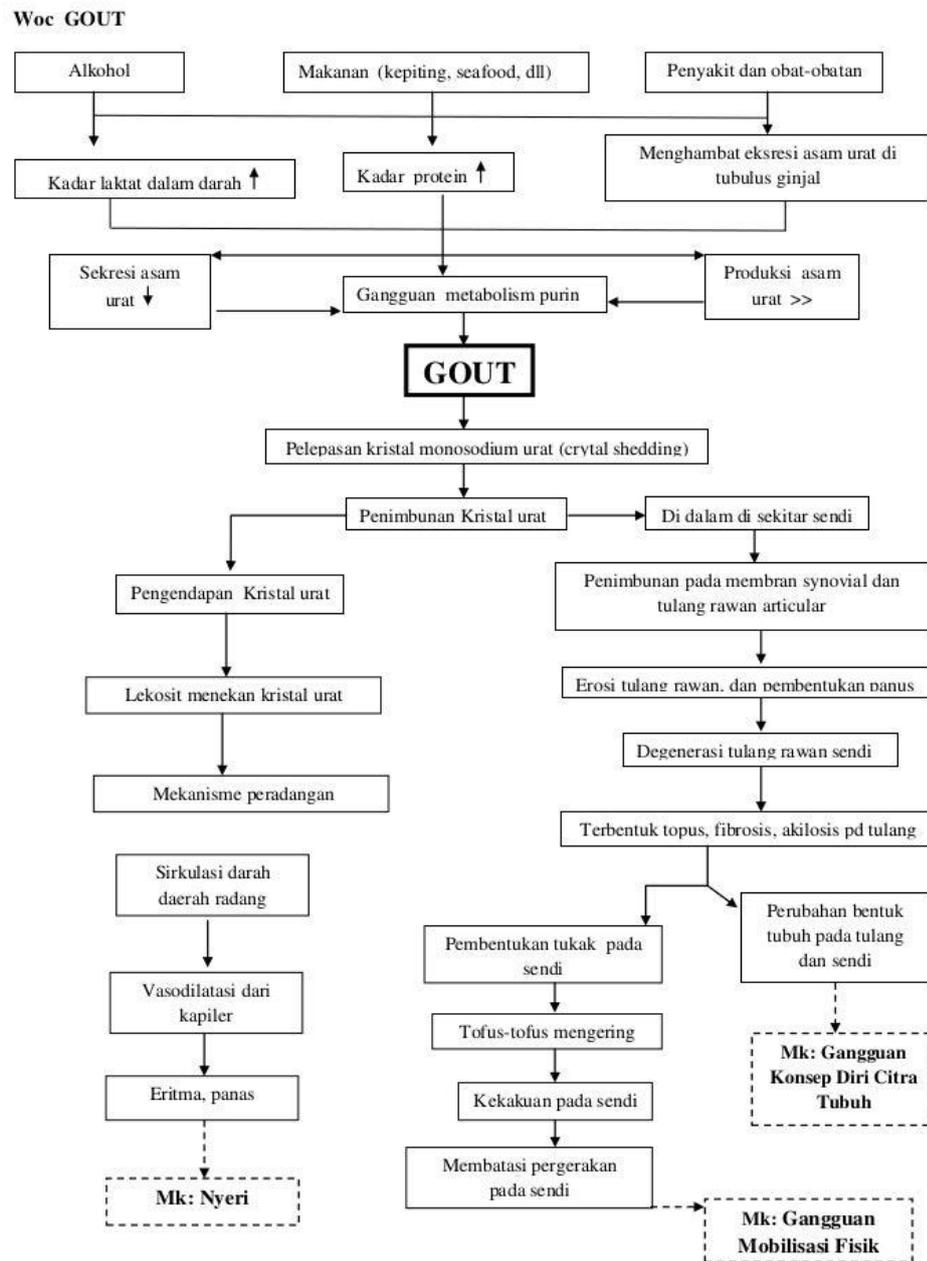
3. Patofisiologi

Menurut (Sya'diyah, 2018) banyak faktor berperan dalam mekanisme serangan *Gout Arthritis*. Salah satunya yang telah diketahui perannya adalah konsentrasi Asam Urat didalam darah. Mekanisme serangan *Gout* akut berlangsung beberapa fase secara berturut

- a. Presipital kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma darah 9 mg/dl. Pembungkusan dengan IgG akan merangsang netrofil untuk berespon untuk pembentukan kristal.
- b. Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotoksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit
- c. Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan membran vakula disekelilingi kristal bersatu dan membran leukositik lisosom
- d. Terjadinya kerusakan lisosom sesudah selaput dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidatif radikal kedalam sitoplasma
- e. Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan.

Gambar 2.1

Pathway Gout Arthritis



Sumber: (Asikin & dkk, 2016)

4. Manifestasi klinis

Menurut (Nuraif & Kusuma, 2016) terdapat empat stadium perjalanan klinis gout yang tidak diobati:

- a. Stadium pertama adalah hiperurisemia asimtomatik. Pada stadium ini asam urat serum laki-laki meningkat dan tanpa gejala selain dari peningkatan asam urat serum.
- b. Stadium kedua arthritis gout terjadi pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal.
- c. Stadium ketiga setelah serangan gout akut adalah tahap interkritis tidak terdapat gejala-gejala pada tahap ini yang berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
- d. Stadium keempat adalah tahap gout kronik dengan timbunan asam urat yang terus meluas selama beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai peradangan kronik akibat kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri sakit dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak.

5. Penatalaksanaan

Penanganan gout biasanya dibagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan serangan arthritis kronik. Ada tiga tahapan dalam terapi penyakit ini (Nuraif & Kusuma, 2016):

- a. Mengatasi serangan gout arthritis akut
- b. Mengurangi kadar asam urat untuk mencegah penimbunan kristal asam urat pada jaringan, terutama persendian
- c. Terapi pencegahan menggunakan terapi hipourisemik

1) Terapi farmakologi

a) Serangan akut

Istirahat dan terapi cepat dengan pemberian NSAID, misalnya indometasin 200mg/hari atau diklofenak 150 mg/hari, merupakan terapi pertama dalam menangani serangan gout akut, asalkan tidak ada kontrainikasi terhadap NSAID

b) Serangan kronik

Kontrol jangka panjang hiperurisemia merupakan faktor penting mencegah terjadinya serangan akut *gout*, *gouttrophaceus* kronik, keterlibatan ginjal dan pembentukan batu asam urat. Kapan mulai diberikan obat penurun kadar asam urat. Penggunaan allopurinol (sedang dalam pengembangan). Allopurinol obat hipurisemik pilihan untuk gout kronik, selain mengontrol gejala, obat ini juga melindungi fungsi ginjal. Allopurinol menurunkan kadar asam urat dengan cara menghambat enzim xantin oksidase. Dosis pada pasien dengan fungsi ginjal normal tidak boleh melebihi 300mg/24jam.

2) Terapi Non Farmakologi

Terapi komplementer Salah satunya dengan menggunakan terapi herbal, ada beberapa tanaman obat asli indonesia (OAT) yang mempunyai indikasi kuat untuk mengatasi yang melalui pengujian klinis diantaranya: daun salam, jahe merah. Daun salam (*Syzghium Polyanthum*) berkhasiat diuretika analgesik dan anti radang yang efektif. Jahe merah (*Zingiber Officinale Var Rubrum*) termasuk dalam daftar WHO sebagai tanaman obat yang mengandung *zingiberol* dan *kurkurminoid* terbukti berkhasiat mengurangi peradangan dan nyeri sendi. Jahe menekan sintesis prostagaladin melalui inhibis *cyclooxygenase-1* dan *cyclooxygenase-2*, hasil penemuan selanjutnya menyatakan bahwa jahe juga menekan biosintesis leuktorin dengan menghambat *5-lypoxxygenase*, dan dalam penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa dua inhibitor *cyclooxygenase* dan *5-lypoxxygenase* memiliki riwayat lebih baik dan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan NSAID. Kandungan jahe yaitu *zingerol*, *gingerol* dan *shangoal* merupakan kandungan jahe yang bermanfaat untuk mengurangi nyeri *Gout Arthritis*.

Cara pemberi kompres hangat jahe pada area nyeri sendi (Rahmawati & Khusnul, 2021)

- a. Cuci bersih jahe 3-5 ruas
- b. Parut/tumbuk jahe dan tempatkan didalam mangkok
- c. Siapkan rebusan air panas tuang kedalam mangkok tunggu hingga hangat
- d. Kompres pada sendi yang sakit dan selama 10-15 menit

6. Pemeriksaan penunjang

a. Serum asam urat

Umumnya meningkat, diatas 7,5mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasi hiperurisemia, akibat peningkatan produksi asam urat dan gangguan eksresi.

b. Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Peningkatan kecepatan sedimen rate mengidikasi proses inflamasi akut, akibat deposit asam urat dipersendian.

c. Urine spesimen 2 jam

Jumlah normal seorang mengekskresikan 250-750mg/2jam asam urat didalam urine.

d. Analisis cairan aspirasi sendi

Mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dan sebuah tofi menggunakan jarum kristal yang tajam, memberikan definitif *gout*.

7. Komplikasi

Meskipun penyakit asam urat jarang menimbulkan komplikasi, namun tetap patut diwaspadai. Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi diantaranya sebagai berikut (Anies, 2018)

- 1) Munculnya benjolan keras (tofi) disekitar area yang meradang
- 2) Kerusakan sendi permanen akibat radang yang terus berlangsung serta tofi didalam sendi yang merusak tulang rawan dan tulang sendi itu sendiri. Kerusakan permanen ini biasanya terjadi pada kasus penyakit asam urat yang mengabaikan selama bertahun-tahun.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Definisi kebutuhan dasar manusia

Menurut (Mubarak & Cahyatin, 2008) kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang harus dipenuhi untuk meningkatkan derajat kesehatan. Menurut Abraham Maslow manusia mempunyai lima dasar kebutuhan yang dikenal dengan “Hirarki Maslow”. Kebutuhan dasar Maslow disusun berdasarkan kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum yang lainnya dipenuhi adapun kebutuhan yang dimaksud meliputi:

Gambar 2. 2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



Sumber :(Hidayati & Musrifatul, 2014)

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling penting dasar dan menjadi prioritas tertinggi dalam Hirarki Maslow. Contoh kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa aman nyaman dan perlindungan

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya adalah bebas dari rasa takut dan kecemasan serta bebas perasaan terancam.

c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima kasih sayang, rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, mendapat kehangatan, mendapat persahabatan, perasaan dimiliki, dan diterima oleh kelompok sosial.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan ini meliputi perasaan yang membuat rasa puas akan dirinya, bangga dan merasa dihargai karena kemampuan dan perbuatannya, harga diri membantu orang mampu mengembangkan keterampilan yang dapat dipelajari dan dilatih oleh siapapun.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk memberikan kontribusi pada orang lain atau lingkungan dan mencapai potensi diri sepenuhnya. Kebutuhan ini meliputi mengenal dan memahami diri, belajar memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, tidak emosional, kreatif, dan percaya diri.

Berdasarkan teori Maslow, kasus *gout arthritis* pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar Rasa aman nyaman yang disebabkan oleh Gangguan nyeri akut Kebutuhan Rasa aman nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

1) Pengertian nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut secara umum, nyeri dapat di definisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat

2) Etiologi

Penyebab nyeri dibagi 6 kriteria seperti berikut:

- a) Termik, disebabkan oleh perbedaan suhu yang ekstrim.
- b) Kimia, disebabkan oleh bahan atau zat kimia.
- c) Mekanika, disebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.
- d) Elektrik, disebabkan oleh aliran listrik.
- e) Psikogenik, nyeri tanpa diketahui adanya kelainan fisik, bersifat psikologis.
- f) Neurologik, Disebabkan oleh kerusakan jaringan saraf.

3) Faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain:

- a) Etnik dan nilai budaya.
- b) Tahap perkembangan.
- c) Lingkungan dan individu pendukung.
- d) Pengalaman dari sebelumnya.

4) Jenis dan bentuk nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

- a) Nyeri supervisi yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri Viseral yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, toraks.
- c) Nyeri alih adalah Nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab dari penyebab nyeri.

- d) Nyeri sentral adalah Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan Talamus.
- e) Nyeri psikogenik adalah Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya dengan kata lain, nyeri yang timbul akibat pikiran si Penderita sendiri.

5) Bentuk nyeri

Secara umum, bentuk nyeri terbagi atas dari akut dan kronis:

a) Nyeri akut

Biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan gejalanya mendadak, dan biasanya menyebabkan serta lokasi nyeri sudah diketahui dan ditandai dengan peningkatan Tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b) Nyeri kronis

Berlangsung lebih dari enam bulan sumber nyeri diketahui atau tidak dari cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan dampak nyeri ini antara lain penderita jadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia akibat kurang perhatian sering merasa putus asa.

c) Cara pengukuran nyeri

Ada beberapa cara Pengukuran nyeri antara lain intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara antara lain:

a) Skala nyeri menurut Hayward

Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (1-10) Yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan sekecil nyeri menurut Hayward Dapat ditulis sebagai berikut :

- 1) 0 = Tidak nyeri.
- 2) 1-3 = nyeri ringan.
- 3) 4-6 = nyeri sedang.

- 4) 7-9 = Sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang bias.
- 5) 10 = sangat nyeri dan tidak bias dikendalikan.

b) Skala nyeri menurut McGIII

Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurut paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut McGIII Dapat ditulis sebagai berikut:

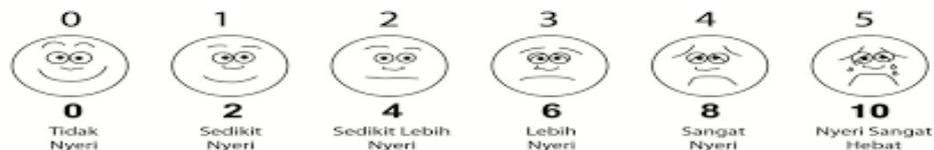
- 1) 0 = Tidak nyeri.
- 2) 1 = nyeri ringan.
- 3) 2 = nyeri sedang.
- 4) 3 = nyeri berat.
- 5) 4 = nyeri sangat berat.
- 6) 5 = nyeri hebat.

c) Skala wajah atau wong-baker FACES Rating Scale

Dilakukan dengan cara memperhatikan wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerah

Gambar 2. 3

Skoring skala wajah



Sumber: (Mubarak & Cahyatin, 2008)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gout Arthritis

1. Pengkajian

Menurut (Istanah, 2017) pengkajian pada *gout arthritis* diantaranya:

a. Biodata

Meliputi nama, umur 30-75 tahun, jenis kelamin laki-laki, wanita saat menopause, status agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab.

b. Riwayat Kesehatan

Adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan, kaki atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa priode sebelum pasien mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi dan palpasi persendian untuk masing-masing sisi, amati adanya kemerahan, pembengkakan, teraba hangat, dan perubahan bentuk (deformitas). Pada penderita *gout arthritis* terdapat ruam kemerahan pada bagian yang mengalami inflamasi peradangan persendian teraba hangat dan jika parah mengalami deformitas.

2) Lakukan pengukuran rentang pasif pada sendi. Catat jika terjadi keterbatasan gerak sendi, krepitas dan jika terjadi nyeri saat sendi digerakan. Pada penderita *gout arthritis* mengalami nyeri pada ekstremitas atas atau bawah, dengan skala nyeri (0-10).

d. Riwayat Psikososial

Penderita *gout arthritis* mungkin merasa khawatir mengalami deformitas pada sendi-sendinya, dan merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada fungsi tubuh dan perubahan pada kegiatan sehari-hari.

e. Aktivitas/Istirahat

Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, kekakuan sendi pada pagi hari. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas, istirahat dan pekerjaan. Gejala lain adalah letih dan kelelahan yang hebat.

f. Kardiovaskuler

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

g. Integritas Ego

Faktor stress akut/kronik misalnya finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, keputusan dan ketidakberdayaan. Ancaman konsep diri, citra diri, perubahan bentuk badan.

h. Makanan/cairan

Ketidakmapuan mengkonsumsi makanan/cairan yang adekuat: mual, anoreksia. Menghindari makanan yang tinggi purin seperti: kacang-kacangan, jeroan, makanan laut, sayuran hijau.

i. Higiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri.

j. Neurosensori

Hilangnya sensasi pada jari tangan, pembengkakan sendi simetris.

k. Nyeri/Kenyamanan

Fase akut dari nyeri disertai/tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi. Rasa nyeri kronis dan kekakuan pada pagi hari.

l. Keamanan

Kulit mengikat, tegang, kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga, kekeringan pada mata atau membran mukosa.

m. Interaksi sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga/orang lain, perubahan peran, sosial.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien dengan *gout arthritis* menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, S. D., 2017). Adapun rencana keperawatan pada kasus *gout arthritis* menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, S. D., 2018). Standa Luanan Keperawatan Indonesia (PPNI, S. D., 2019) yaitu:

- a. Nyeri Kronis b.d proses inflamasi, destruksi sendi, kondisi muskuloskeletal kronis ditandai dengan

- 1) Data mayor: Klien mengatakan nyeri pada kedua lutut dan telapak kakinya sejak 3 tahun terakhir, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan skala nyeri 6 (0-10)
 - 2) Data minor: Klien tampak meringis saat berdiri atau berjalan terlalu lama, kadar asam urat : 7,2 mg/dl, Tekanan darah : 130/90 mmHg
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri atau rasa tidak nyaman, deformitas selektal, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi ditandai dengan
- 1) Data mayor: Klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan cemas saat bergerak, klien mengatakan kakinya terkadang keram dan semutan, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas (kaki kiri dan kanan)
 - 2) Data minor: Gerakan klien tampak terbatas, Fisik klien tampak lemah, rentang gerak (Rom) menurun, kekuatan otot menurun
- c. Risiko cedera b.d kelemahan otot
- d. Gangguan pola tidur b.d nyeri (penyakit yang dialami) ditandai dengan
- 1) Data mayor: Klien mengatakan sulit tidur, klien mengatakan sering terjaga pada malam hari, klien mengatakan tidur \pm 5 jam dalam sehari, klien mengatakan tidak puas tidur
 - 2) Data minor: Klien tampak lelah, kantung mata klien tampak hitam

D. Rencana Keperawatan

Tabel 2. 1
Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri kronis	Tingkat Nyeri (L.08066:145) Kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola tidur membaik	<p>Manajemen Nyeri (I.08238:201)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperperigan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi analgetik, jika perlu

1	2	3	4
2.	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas Fisik (L.05042:65) Kriteria hasil 1.Pergerakan ekstremitas meningkat 2.Kekuatan otot meningkat 3.Rentang Gerak (ROM) meningkat 4.Kaku sendi menurun 5.Gerakan terbatas menurun 6.Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.14540:279) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memukai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

1	2	3	4
3.	Risiko cedera b.d kelemahan otot	Tingkat Jatuh (L.14138:140) Kriteria hasil 1.Tidak jatuh saat berdiri 2.Tidak jatuh saat duduk dan berpindah 3.Tidak jatuh usai berjalan 4.Kelemahan fisik klien terjaga	Pencegahan Jatuh (I.14540:279) Observasi 1.Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan neuropati) 2.Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 3.Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse, humpty dumpty scale</i>), jika perlu 4.Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1.Oreantasi ruangan pada pasien dan keluarga 2.Pastikan roda tempat tidur dan korsi roda selalu dalam kondisi terkunci 3.Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 4.Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat 5.Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>) 6.Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 1.Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2.Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3.Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh 4.Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan berdiri 5.Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk perawat

1	2	3	4
4.	Gangguan pola tidur	Pola Tidur (L.05045:98) Kriteria hasil 1.Keluhan sulit tidur menurun 2.Keluhan sering terjaga menurun 3.Keluhan tidak puas tidur menurun 4.Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174:48) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya

8. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Suarni & Apriyani, 2017)

9. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni & Apriyani, 2017)

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan menggunakan SOAP sebagai berikut

S: Data subjektif, adalah informasi berupa ungkapan yang di dapat dari setelah tindakan diberikan

O: Data objektif, adalah informasi yang di dapat dari tulisan pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A: Analisa, adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi

P: Planning, adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017)