

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit Gout Arthritis**

##### **1. Pengertian**

*Gout Arthritis* adalah suatu peradangan sendi sebagai manifestasi dari akumulasi endapan kristal monosodium urat, yang terkumpul di dalam sendi sebagai akibat tingginya kadar asam urat didalam darah (hiperurisemia). Tidak semua orang dengan hiperurisemia adalah penderita arthritis pirai atau sedang menderita arthritis pirai. Akan tetapi, risiko arthritis pirai lebih besar dengan meningkatnya konsentrasi asam urat darah. (Noor, 2013:302)

*Gout arthritis* merupakan peradangan pada sendi akibat adanya endapan kristal asam urat pada sendi. Penyakit ini merupakan penyakit tertua dalam literatur medis dan sudah dicatat oleh Hippocrates pada zaman Yunani kuno. Pada saat itu gout dianggap penyakit kalangan sosial elite yang disebabkan terlalu banyak makan, minum anggur, dan aktivitas seksual. Sejak saat itu, banyak teori etiologis dan terapeutik yang diusulkan. (Asikin, 2016:48)

Jadi, dari definisi di atas maka *Gout Arthritis* merupakan penyakit inflamasi sendi yang diakibatkan oleh tingginya kadar Asam Urat dalam darah, yang ditandai dengan penumpukan Kristal Monosodium Urat di dalam ataupun di sekitar persendian berupa *Tofi*.

##### **2. Etiologi**

Secara garis besar penyebab terjadinya *Gout Arthritis* 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 kedua penyebab tersebut.

Menurut Fitriana (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 40-69 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 dapat membantu proses pengeluaran Asam Urat melalui urin sehingga Asam Urat didalam darah dapat terkontrol.

b. Jenis kelamin

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

c. Konsumsi Purin yang berlebihan

Konsumsi Purin yang berlebihan dapat meningkatkan kadar Asam Urat di dalam darah, serta mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin.

d. Konsumsi alkohol.

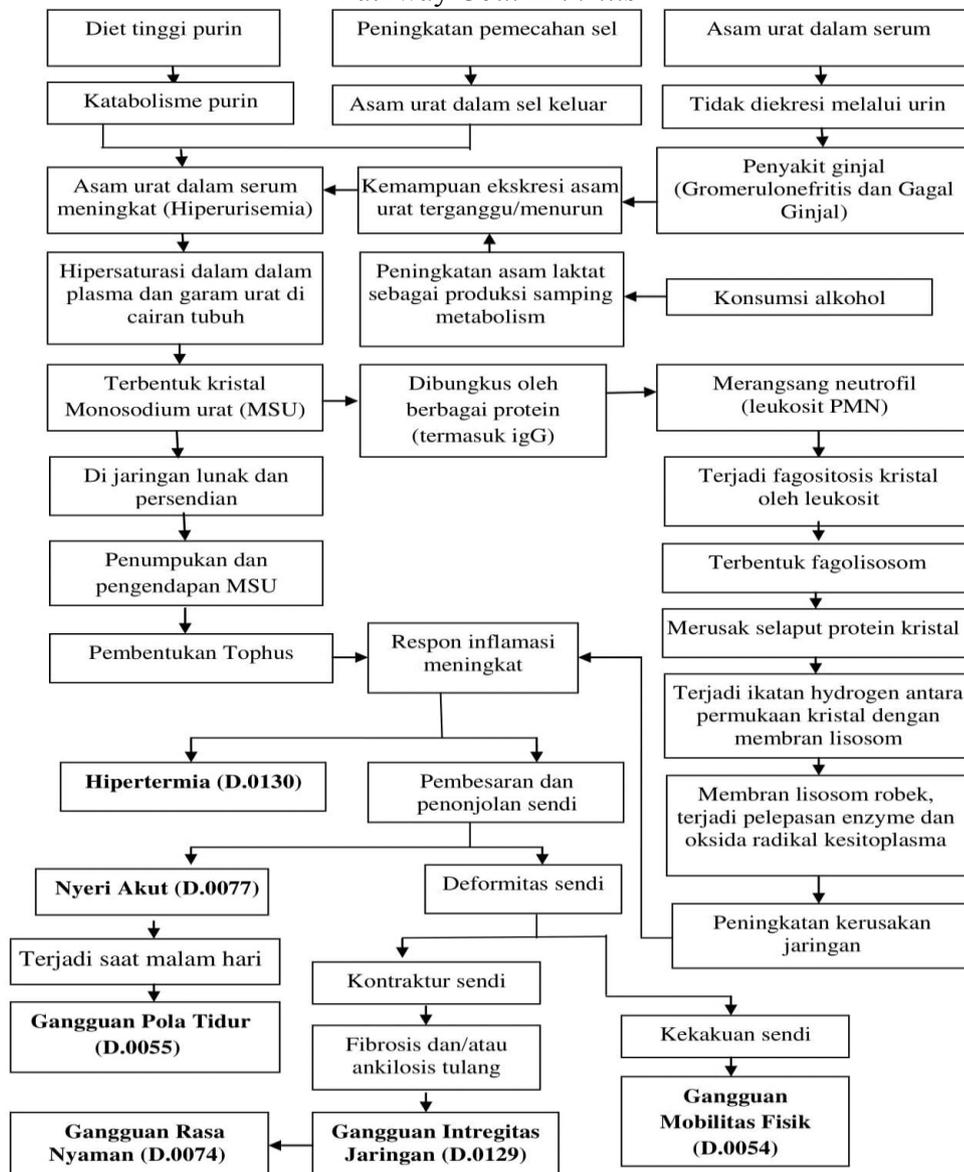
e. Obat-obatan.

### 3. Patofisiologi

Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan *Gout Arthritis*. Salah satunya yang telah diketahui peranannya adalah konsentrasi Asam Urat dalam darah. Mekanisme serangan *Gout Arthritis* Akut berlangsung melalui beberapa fase secara berurutan yaitu, terjadinya Presipitasi Kristal Monosodium Urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Pembungkusan dengan IgG akan merangsang netrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal. Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi Fagositosis Kristal oleh leukosit. Kristal

difagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling oleh kristal dan membran leukositik lisosom yang dapat menyebabkan kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan Kristal membran lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan. (Nurarif,2015)

Bagan 1.2  
Pathway *Gout Arthritis*



#### 4. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis artritis gout terdapat beberapa tahapan yaitu terdiri dari artritis gout asimptomatik, artritis gout akut, interkritikal gout dan gout menahun dengan tofus.(Noor, 2013:305)

##### a. Asimptomatik artritis gout

Merupakan tahap pertama hiperurisemia dan bersifat tanpa gejala/asimptomatik. Kondisi ini dapat terjadi untuk beberapa jangka waktu lama dan ditandai dengan penumpukan asam urat pada jaringan yang bersifat *silent*. Pada tahap ini harus diupayakan untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah dengan mengubah pola makan atau gaya hidup.

##### b. Akut artritis gout

Tahap ini terjadi radang sendi yang timbul sangat cepat dan dalam waktu yang singkat. Radang sendi muncul tiba-tiba ketika bangun pagi, pasien akan merasakan sakit yang hebat sampai kesulitan dalam berjalan. Radang sendi biasanya terjadi pada salah satu sendi pada ekstremitas atas atau bawah (monoartikuler) dengan keluhan utama nyeri seperti tertusuk-tusuk, bengkak, terasa hangat, merah dengan gejala sistemik berupa demam, menggigil dan merasa lelah. Pada 50% kasus, serangan artritis gout akut terjadi pada metatarsophalangeal-1 (MTP-1) yang biasa disebut dengan podagra. Apabila berlanjut dan tidak terobati maka serangan dapat bersifat poliartikular yaitu terjadi pada sendi-sendi lainnya misalnya sendi lutut, pergelangan kaki, sendi-sendi pada jari tangan, dll, selain itu dapat timbul rekurensi yang multipel, interval antara serangan singkat dan tidak menentu.

##### c. Interkritikal gout

Fase ini merupakan kelanjutan daripada serangan akut gout dan biasanya dapat sembuh sendiri walaupun tidak diobati. Setelah serangan terdapat interval waktu atau jeda waktu dimana pasien tidak timbul gejala dan sifatnya asimptomatik. Fase ini merupakan interkritikal. Secara klinis tidak menimbulkan gejala namun pada aspirasi sendi dapat ditemukan kristal urat yang menunjukkan bahwa

proses peradangan tetap berlanjut atau kemungkinan deposit asam urat secara *silent*. Keadaan ini dapat terjadi satu atau beberapa kali pertahun atau dapat sampai 10 tahun tanpa serangan akut.

d. Gout menahun dengan tofus

Pada stadium ini umumnya disertai dengan tofus yang banyak dan bersifat poliartikuler. Tofus terbentuk pada masa artritis gout kronis akibat insolubilitas (kemampuan kelarutan relatif asam urat). Tempat-tempat yang sering dihindangi adalah bursa olecranon, tendon Achilles, permukaan ekstensor lengan bawah, bursa infrapatelar dan heliks telinga. Tofus dapat menghilang apabila diterapi dengan cepat. Tofus yang besar dapat dilakukan ekspirasi namun hasilnya kurang memuaskan.<sup>3</sup> Pada stadium ini biasanya tofus disertai dengan penyakit ginjal menahun. Tofus biasanya sangat sulit dibedakan dengan nodul pada artritis rheumatoid sehingga perlu observasi yang lebih teliti untuk menegakkan diagnosis gout menahun.

5. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif (2015) Penanganan *Gout Arthritis* biasanya dibagi menjadipenanganan serangan Akut dan penanganan serangan Kronis. Ada 3 tahap dalam terapi penyakit ini :

- 1) Mengatasi serangan *Gout Arthritis* Akut.
- 2) Mengurangi kadar Asam Urat untuk mencegah penimbunan Kristal Urat pada jaringan, terutama persendian.
- 3) Terapi mencegah menggunakan terapi Hipourisemik.

a. Terapi Farmakologi

1) Serangan akut

Istirahat dan terapi cepat dengan pemberian NSAID, misalnya indometasin 200 mg/hari atau diklofenak 150 mg/hari, merupakan terapi lini pertama dalam menangani serangan akut gout, asalkan tidak ada kontraindikasi terhadap NSAID. Aspirin harus dihindari karena ekskresi aspirin berkompetisi dengan asam urat dan dapat

memperparah serangan akut gout. Keputusan memilih NSAID atau kolkisin tergantung pada keadaan pasien, misalnya adanya penyakit penyerta lain/komorbid, obat lain yang juga diberikan pada pasien saat yang sama, dan fungsi ginjal. Kolkisin merupakan obat pilihan jika pasien juga, menderita penyakit kardiovaskuler, termasuk hipertensi, pasien yang mendapat diuretik untuk gagal jantung dan pasien yang mengalami toksisitas gastrointestinal, kecendrungan perdarahan atau gangguan fungsi ginjal. Obat yang menurunkan kadar asam urat serum (allopurinol dan obat urikosurik seperti probenesid dan sulfinpirazon) tidak boleh digunakan pada serangan akut. Penggunaan NSAID, inhibitor cyclooxygenase-2 (COX-2).

## 2) Serangan Kronik

Kontrol jangka panjang hiperurisemia merupakan faktor penting untuk mencegah terjadinya serangan akut gout, gout tophaceous kronik, keterlibatan ginjal dan pembentukan batu asam urat. Kapan mulai diberikan obat penurun kadar asam urat masih kontroversi.

Penggunaan allopurinol, urikosurik dan feboxostat (sedang dalam pengembangan) untuk terapi gout kronik dijelaskan berikut ini :

### a) Allopurinol

Obat hipurisemik pilihan untuk gout kronik adalah allopurinol. Selain mengontrol gejala, obat ini juga melindungi fungsi ginjal. Allopurinol menurunkan fungsi asam urat dengan cara menghambat enzim xantin oksidase. Dosis pada pasien dengan fungsi ginjal normal dosis awal allopurinol tidak boleh melebihi 300mg/24 jam.

### b) Obat urikosurik

kebanyakan pasien dengan hiperurisemia yang sedikit mengekskresikan asam urat dapat diterapi dengan obat urikosurik. Urikosurik seperti probenesid (500 mg-1 g 2kali/hari) dan sulfinpirazon (100 mg 3-4kali/hari) merupakan alternatif allopurinol, terutama untuk pasien yang tidak tahan terhadap allopurinol. Urikosurik harus dihindari pada pasien dengan

nefropati urat dan yang memproduksi asam urat berlebihan. allopurinol.

#### b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi merupakan strategi esensial dalam penanganan gout. Intervensi seperti istirahat yang cukup, penggunaan kompres dingin, modifikasi diet, mengurangi asupan alkohol dan menurunkan berat badan pada pasien yang kelebihan berat badan terbukti efektif.

##### 1) Terapi Komplementer

penatalaksanaan secara medik atau farmakologi, Selain mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan teknik nonfarmakologi yaitu dengan menggunakan penatalaksanaan secara komplementer salah satunya dengan menggunakan terapi herbal, ada beberapa tanaman obat asli indonesia (OAT) yang mempunyai indikasi kuat untuk mengatasi nyeri gout arthritis yang telah melalui prngujian klinis antara lain :

##### 2) Daun Salam (*Syzghium Polyanthum*)

Berkhasiat sebagai *Diuretika*, *Analgesik*, dan anti radang yang efektif. Tetapi dari sekian banyaknya tanaman herbal dalam masyarakat biasanya jahe merahlah yang paling sering dijadikan alternative pengobatan herbal untuk meredakan nyeri, karena khasiatnya lebihbaik dibandingkan dengan tanaman obat yang lainnya yang digunakan untuk pengobatan nyeri dan juga banyak penelitian mengenai manfaat jahe dan kelebihan jahe untuk meredakan nyeri.

##### 3) Jahe merah (*Zingiber Officinale Var Rubrum*)

Jahe (*zingiber officinale rosc*) termasuk dalam daftar prioritas WHO sebagai tanaman obat yang paling banyak digunakan didunia, rimpangnya yang mengandung zingiberol dan kurkuminoid terbukti berkhasiat mengurangi peradangan dan nyeri sendi. Jahe menekan sintesis prostagalandin melalui inhibisi *cyclooxygenase – 1* dan *cyclooxygenase – 2*, hasil penemuan selanjutnya menyatakan bahwa jahe juga menekan biosintesis leuktorin dengan menghambat *5-lipoxygenase*, dan dalam penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa dua inhibitor *cyclooxygenase* dan *5 – lipoxygenase* memiliki riwayat

terapeutik lebih baik dan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan NSAID .

Kandungan jahe yaitu *zingerol*, *gingerol* dan *shagaol* merupakan kandungan dari jahe yang bermanfaat untuk mengurangi nyeri *gout arthritis*.

Jenis ramuan jahe dan cara pemberi kompres jahe pada area nyeri sendi (Chan, 2011)

- a. Cuci bersih jahe 3-5 ruas
- b. Parut jahe dan tempatkan didalam mangkok bersih
- c. Aduk menjadi seperti bubur
- d. Balurkan parutan jahe pada sendi yang sakit selama kurang lebih 15 menit
- e. Kemudikan sisa parutan jahe perbankan pada sendi yang bengkak.

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

##### 1) Serum asam urat

Umumnya meningkat, diatas 7,5 mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasikan hiperuricemia, akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi.

##### 2) Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Meningkat selama serangan akut. Peningkatan keepatan sedimen rate mengindikasikan proses inflamasi akut, sebagai akibat deposit asam urat di persendian.

##### 3) Urin spesimen 2 jam

Urin dikumpulkan dan diperiksa untuk menentukan produksi dan ekskresi dan asam urat. Jumlah normal seorang mengekskresikan 250 – 750 mg/2 jam asam urat didalam urin.

##### 4) Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis cairan aspirasi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum kristal yang tajam, memberikan dianosis definitif *gout*.

## 7. Komplikasi

- 1) Deformitas pada persendian yang terserang
- 2) Urolitiasis akibat deposit kristal urat pada saluran kemih
- 3) Nephropathy akibat deposit kristal urat dalam interstisial ginjal
- 4) Hipertensi ringan
- 5) Proteinuria
- 6) Hiperlipidemia
- 7) Gangguan parenkim ginjal dan batu ginjal

(Aspiani,2014:245)

## 8. Prognosis

Pasien arthritis gout akut jika ditatalaksana dengan baik dan diteruskan dengan pengaturan diet dan olahraga akan menimbulkan hasil yang optimal, namun jika sudah terdapat deformitas sendi akan menimbulkan prognosis yang buruk dan serangan gout yang berulang. Pada umumnya gout disertai dengan penyakit penyerta lainnya yaitu diabetes mellitus tipe 2, gangguan jantung ataupun hipertensi sehingga prognosis penyakit ini juga dipengaruhi oleh penyakit komorbidnya. (R,Field Theodore,2017)

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia pada dasarnya mempunyai kebutuhan-kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses *homeostasis*, baik *fisiologis* maupun *psikologis*. Proses *homeostasis*, *fisiologis* maupun *psikologis* merupakan suatu hal yang sangat penting dan diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan manusia (Mubarak & Chayatin, 2007:1).

Menurut Abraham Maslow, 1970. Kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi 5 tingkat kebutuhan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu :

### 1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan/ kelangsungan hidup. Kebutuhan fisiologi/biologi/fisik ini harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan yang lain.

### 2. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Kebutuhan yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik *fisiologis*, maupun *psikologis*. Pada klien dengan kasus *Gout Arthritis* biasanya mengalami beberapa kebutuhan sebagai berikut:

a. Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Pada *Gout Arthritis* rentan terhadap terjadinya peningkatan inflamasi yang menyebabkan nyeri dan dapat menyebabkan kecacatan jika tidak cepat penanganannya. Oleh karena itu perlu dilakukan perawatan luka yang tepat, jika terjadi infeksi yang dapat menyebabkan rasa nyeri dan cedera fisik.

b. Bebas dari rasa takut dan kecemasan.

Pada penderita *Gout Arthritis* biasa mengalami rasa takut dan cemas karena penyakitnya. Rasa takut dan cemas timbul karena ketidakstabilan dan banyaknya komplikasi penyakit yang mungkin muncul karena *Gout Arthritis*, serta bebas dari perasaan terancam dari pengalaman baru atau asing.

### 3. Kebutuhan Mencintai dan di Cintai

Kebutuhan diintai, mencintai dan memiliki/dimiliki yaitu kebutuhan untuk memberi dan menerima rasa cinta sayang dan memiliki, rasa saling memiliki menciptakan rasa kebersamaan, kesatuan, kesepakatan dan dukungan untuk merasa berdaya dan sukses.

### 4. Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan harga diri yaitu kondisi yang membuat orang merasa puas akan dirinya, bangga dan merasa dihargai karena kemampuan dan perbuatannya. Harga diri membantu orang mampu mengembangkan keterampilannya yang dapat dipelajari dan dilatih oleh siapapun.

### 5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan Aktualisasi diri adalah kebutuhan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan bakatnya, percaya diri dan menghargai diri, dapat mengambil keputusan apabila terdapat pertentangan dan realistis melihat kehidupan secara penuh dan objektif tentang apa yang diobservasinya serta mampu mengontrol diri sendiri (emosional), kreatif, fleksibel, berani dan mau mengakui kesalahan.

Berdasarkan teori Maslow ,kasus *gout arthritis* pasien kelolaan, mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus di penuhi. 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

didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan, maupun berat.  
(Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, 2007:204)

## 2) Etiologi

Penyebab nyeri dibagi menjadi 6 kriteria seperti berikut:

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

## 3) Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

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

## 4) Jenis dan Bentuk nyeri

Ada 3 klasifikasi nyeri :

- a) Nyeri perifer. Ada tiga macam :
  - 1) Nyeri superfisiyakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
  - 2) Nyeri viseral yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, toraks.
  - 3) Nyeri alih  
Nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

## b) Nyeri sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

## c) Nyeri psikogenik

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 nyeri akut dan kronis:

## a) Nyeri akut

Biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab 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. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Dampak nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akibatnya kurang perhatian, sering merasa putus asa.

## 6) 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 (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan 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 biasa dilakukan.

5) 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan.

b. Skala nyeri menurut McGill

Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari( 0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut.

- 1) 0 = tidak nyeri
- 2) 1 = nyeri ringan
- 3) 2 = nyeri sedang
- 4) 3 = nyeri berat atau parah
- 5) 4 = nyeri sangat berat
- 6) 5 = nyeri hebat

c. Skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale

Dilakukan dengan cara memerhatiakn mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.

**Gambar 1.2**

Skoring Skala Wajah



(Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin ,2007:213 )

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Berdasarkan Kasus *Gout Arthritis*

### 1. Pengkajian

Menurut (Istianah, 2017:100) pengkajian pada *gout arthritis* diantaranya:

#### a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.

#### b. Riwayat keperawatan

Adanya perasaan tidak nyaman, antara lain nyeri pada kedua kaki, terdapat bengkak pada kaki kiri kekakuan pada tangan atau kaki dalam beberapa periode / waktu sebelum klien mengetahui dan merasakan adanya perubahan sendi.

#### c. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi 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 atau peradangan persendian dan terasa hangat dan jika parah bisa mengalami deformitas.

2) Lakukan pengukuran rentang gerak pasif pada sendi. Catat jika terjadi keterbatasan gerak sendi, krepitasi dan jika terjadi nyeri saat sendi digerakkan. 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. Ia juga 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 keletihan dan kelelahan yang hebat.

#### f. Kardiovaskuler

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

g. Integritas Ego

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

h. Makanan / cairan

Ketidakmampuan untuk mengonsumsi makan/cairan yang adekuat: mual, anoreksia. Menghindari makanan yang tinggi purin seperti: kacang-kacangan, daun singkong, jeroan.

i. Higiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain.

j. Neurosensori

Hilangnya sensasi pada jari tangan, pembengkakan sendi simetris.

k. Nyeri /kenyamanan

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

l. Keamanan

Kulit mengilat, tegang. Kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga, kekeringan pada mata dan membran mukosa.

m. Interaksi sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga/orang lain, perubahan peran.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan *arthritis gout* menurut SDKI tahun 2017 yaitu:

- a. (D.0077) Nyeri akut/kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- b. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik akibat penurunan kekuatan otot pada penderita *arthritis gout* berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- c. (D.0136) Resiko cedera akibat penurunan fungsi motorik pada penderita arthritis reumatoid berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- d. (D.0111) Defisit pengetahuan keluarga tentang penyakit *arthritis gout* berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- e. (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

### 3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah kumpulan rencana tindakan yang dibuat oleh perawat yang nantinya diimplementasikan dalam tindakan yang nyata dengan mengerahkan segala kemampuan yang dimiliki untuk perbaikan kesehatan keluarga yang lebih baik dari sebelumnya.

**Tabel 1.2**  
**Perencanaan Keperawatan Keluarga**

No Dx	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri b.d proses inflamasi akumulasi cairan, destruksi sendi d.d mengeluh nyeri, Tampak meringis, frekuensi nadi meningkat	<b>Kontrol Nyeri (L.08063:58)</b> Kriteria hasil: a. Keluhan nyeri berkurang(4) b. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) c. Menggambarkan faktor penyebab menggunakan teknik(4) c. Pengurangan ( nyeri) tanpa analgesik(5)	<b>Managemen Nyeri (I.080238:201)</b> Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer sudah diberikan. 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Teraupetik : 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis kompres hangat/dingin, latihan napas dalam). Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknin nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

1	2	3	4
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri atau rasa tidak nyaman deformitas skeletal, penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menuru gerakan terbatas	<b>Mobilitas Fisik (L.05042:65)</b> Kriteria hasil: a. Nyeri saat bergerak hilang (5) b. Kekuatan otot normaln (5) c. Tidak merasa cemas saat bergerak(4) d. Kelemahan fisik tidak ada(5) e. Kaku sendi hilang(3)	<b>Dukungan Ambulasi (I.06171:22)</b> Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Teraupetik : 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan akat bantu (mis, tongkat ,kruk) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesehatan. Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yan harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi, ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi.
3.	Risiko cedera b.d terpapar zat kimia toksik	<b>Tingkat Jatuh (L.14138:140)</b> Kriteria hasil: a. Tidak jatuh saat berjalan (5) b. Tidak jatuh saat berdiri(5) c. Tidak jatuh saat duduk dan berpindah (5)0 d. Keselamatan fisik klien terjaga (5)	<b>Pencegahan Jatuh (I.14540:279)</b> Observasi : 1. Identifikasi faktor risiko jatouh (mis, usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif, gangguan penglihatan.

1	2	3	4
			<p>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>3. Gunakan alat bantu berjalan (mis, kursi roda)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.</li> <li>2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</li> </ol>
4.	<p>Defisit pengetahuan keluarga b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan</p> <p>Defisit pengetahuan keluarga b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan</p>	<p><b>Tingkat Pengetahuan (L.02017:147)</b></p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku pasien dan keluarga sesuai dengan pengetahuan(4)</li> <li>b. Pasien atau keluarga mampu menjelaskan pengetahuan tentang <i>gout arthritis</i>(5)</li> <li>c. Pertanyaan tentang masalah penyakit berkurang(3)</li> <li>d. Perepsi yang keliru terhadap masalah teratasi(2)</li> </ol>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383:65)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2.</li> </ol>

1	2	3	4
			3. Berikan kesempatan bertanya Edukasi : 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan. (Achjar, 2012 : 25)

#### 5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni & Apriyani, 2017:20) Untuk mempermudah proses mengevaluasi/memantau perkembangan klien. Digunakan komponen SOAP menurut Suarni dan Apriyani adalah sebagai berikut :

##### a. S : data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Perawat juga menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : data objektif

Data subjektif adalah data yang dapat di observasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba) selama pemeriksaan fisik. Dan juga data setelah dilakukan rencana dan implementasi yang telah dilakukan.

c. A : analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dilakukan suatu masalah / diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanta dalam data subjektif dan objektif.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

#### **D. Teori Keperawatan Keluarga**

Menurut Astuti Yuni Nursasi, Dalam Rakernas IPKKI 2017, “Perawat Komunitas sebagai Pilar Ketahanan Keluarga Sehat”, Jakarta, 16 November 2017 menyatakan bahwa “Asuhan keperawatan keluarga adalah asuhan yang di berikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga, salah satu tujuannya adalah memungkinkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga di berikan kepada individu, keluarga, kelompok masyarakat. Diagnosa keperawatan keluarga adalah tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga yang mengaplikasikan 5 tujuan khusus. Dengan memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI hasil capaian adalah sebagai berikut:

1) TUK 1: Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil: pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2) TUK 2: Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil: domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan, dukungan care giver dan emosional.

3) TUK 3: Mampu merawat

Domain capaian hasil adalah kesehatan keluarga, yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4) TUK 4: Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian hasil yaitu kesejahteraan keluarga dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan, yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

#### 5) TUK 5: Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil yaitu pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan Achjar (2012) yang menyatakan aspek keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus, aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

###### a. Data Umum

###### 1) Identitas pasien

Berisi tentang identitas pasien meliputi Nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat(KK), suku, agama.

###### 2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus pada yang sakit yang mencakup diagnosa penyakit, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta kebutuhan dasar manusia apa saja yang terganggu. Dan kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to to dan kepala, ekstremitas atas, ekstremitas bawah,serta area genitalia.

###### 3) Data kesehatan lingkungan

Berupa kondisi rumah meliputi : tipe rumah, ventilasi, kebersihan rumah, bagaimana pencahayaan rumah, kelembapan lingkungan dan kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

###### 4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tentang tipe keluarga, peran anggota keluarga, dan bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan dan sumber penunjang kehidupan keluarga.

### 5) Fungsi keluarga

Pada bagian fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga yaitu:

#### a) KMK mengenal masalah kesehatan

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab persepsi keluarga terhadap penyakit.

#### b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga menegnai sifat dan luasnya masalah, masalah yang di rasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang di alami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.

#### c) KMK merawat anggota yang sakit

Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang di buruhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

#### d) KMK memelihara kesehatan/memodifikas /memelihara

lingkungan keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, dan upaya pencegahan penyakit.

#### e) KMK mnggunakan fasilitas kesehatan

### b. Prioritas masalah

Selanjutnya masalah kesehatan keluarga yan ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

**Tabel 2.2**

## Skala prioritas keperawatan keluarga

KRITERIA	BOBOT	SKORE
Sifat masalah :	1	Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebaian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolkan masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Keterangan skoring :

Setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan table di atas, langkah

Selanjutnya adalah membuat skoring.

Rumus Skoring Skala Prioritas

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Dengan adanya skala prioritas , maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok, yaitu tidak, kurang, sehat, ancaman kesehatan dan keadaan sejahtera tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Yang mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang penyakit.ancaman ini bisa berlaku dari penyakit yang ringan sampai yang berat.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Yang terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian dan tidak ada kemungkinan masalah untuk di ubah.

3) Kriteria potensi pencegahan masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkat yaitu: tinggi, cukup dan rendah. Berbedanya tingkat di pengaruhi oleh berbagai faktor.

4) Kriteria masalah yang menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat saat menangani pasien. Namun masih tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang di lakukan tepat.

Prioritas yang harus di tangani yaitu:

- 1) Masalah yang benar-benar harus di tangani
- 2) Ada masalah tetapi tidak harus di tangani
- 3) Ada masalah tapi tidak di rasakan

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang di peroleh melalui proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menerapkan tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. (suarni & apriyani, 2017:43)

### a. Problem (p/masalah)

Kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau dengan perkembangannya. Tujuan dari diagnosis ini yaitu untuk menjelaskan status kesehatan pasien dan masalah yang sedang di hadapi dengan cara yang jelas agar dapat dengan mudah di pahami.

### b. Etiologi (E/penyebab)

Dari masalah yang ada, di cari penyebab yang dapat menunjukan permasalahan