

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Asam urat, *gout* atau pirai adalah suatu penyakit yang ditandai dengan serangan mendadak dan berulang pada sendi dengan ditandai adanya artritis yang terasa sangat nyeri karena adanya endapan kristal monosodium urat atau asam urat, yang mengumpul di dalam sendi sebagai akibat tingginya kadar asam urat di dalam darah atau disebut dengan hiperurisemia (Junaidi, 2020).

Penyakit asam urat biasa dikenal sebagai *gout arthritis* merupakan suatu penyakit yang diakibatkan karena penimbunan kristal monosodium urat didalam tubuh. Asam urat merupakan hasil metabolisme akhir dari purin yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat dalam inti sel tubuh. Penyebab penumpukan kristal di daerah persendian diakibatkan kandungan purinnya dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah, lebih dari 7 mg/dl pada laki-laki dan pada perempuan diatas 6 mg/dl (Rahmawati & Rejeki, 2022).

2. Etiologi

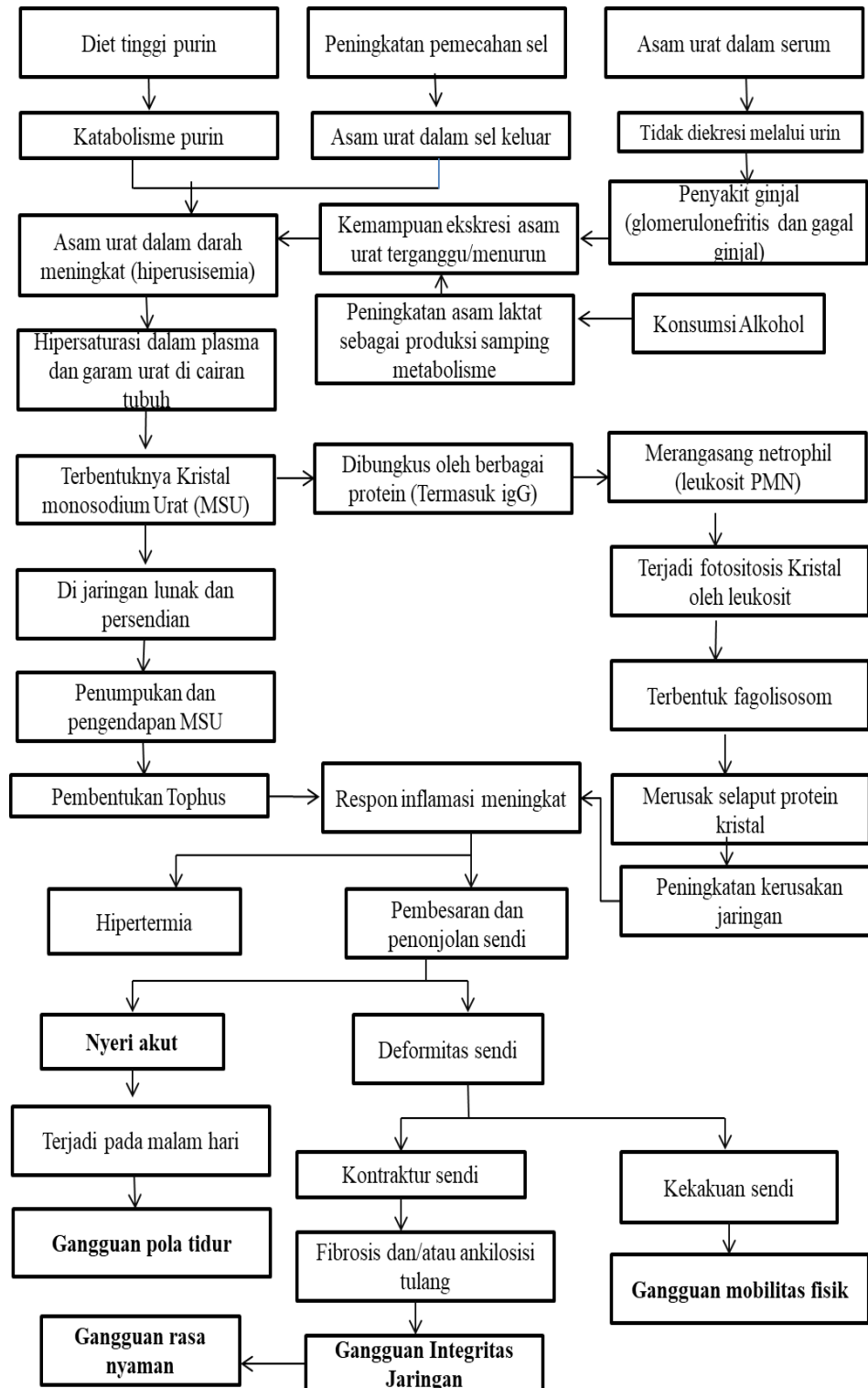
Menurut Savitri, (2021) penyebab *gout arthritis* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya:

- a. Usia, biasanya asam urat terjadi pada orang yang berusia diatas 40 tahun. Namun, dengan pola makan dan hidup yang tidak sehat.
- b. Genetik, orang dengan riwayat keluarga yang menderita asam urat punya resiko lebih tinggi untuk terserang penyakit asam urat. Faktor ini lebih beresiko jika di dukung dengan pola hidup yang kurang baik.
- c. Jenis kelamin, pria lebih rentan terserang penyakit gout arthritis ini dari pada wanita karena pria tidak memiliki hormon estrogen dimana hormone ini dapat menghambat peningkatan kadar asam urat dalam tubuh secara alami.

- d. Pola makan, mengkonsumsi, makanan tinggi purin seperti kacang-kacangan, jeroan, seafood.
- e. Ketidakseimbangan hormon, yang mengakibatkan terjadinya gangguan metabolisme, pengeluaran asam urat oleh ginjal atau terjadi gangguan pada ginjal yang menyebabkan proses pengeluaran dan filtrasi zat yang tidak diperlukan tubuh terganggu sehingga terjadi penumpukan purin.
- f. Alkohol, mengkonsumsi minuman beralkohol akan memicu serangan asam urat karena alkohol akan menurunkan kemampuan ginjal dalam menyaring asam urat dan akan terjadi penumpukan purin.

3. Patofisiologi

Asam urat merupakan produk pemecahan metabolisme purin. normalnya, keseimbangan terjadi antara produksi dan sekresi, dengan sekitar dua pertiga jumlah yang dihasilkan setiap hari dikeluarkan oleh ginjal dan sisanya dalam feses. Kadar asam urat dalam serum normalnya dipertahankan antara 3,5 dan 7,0 mg/dl pada pria dan 2,8 dan 6,8 mg/dl pada wanita. Pada tingkat yang lebih besar dari 7,0 mg/dl, serum tersaturasi dengan urat, bentuk asam urat terionisasi. Saat peningkatan konsentrasi, plasma menjadi supersaturasi, menciptakan risiko pembentukan kristal monosodium urat. Pada hiperurisemia, peningkatan kadar asam urat dan dalam cairan sinovial merupakan pelarut yang buruk dari pada plasma yang dapat meningkatkan risiko pembentukan kristal urat, kristal monosodium urat dapat terbentuk dalam cairan sinovial atau dalam membran sinovial. Kristal juga terbentuk pada jaringan ikat ginjal. Kristal ini menstimulasi dan melanjutkan proses inflamasi, selama neutrofil merespons dengan ingesti kristal. Neutrofil melepaskan fagolisosom, menyebabkan kerusakan jaringan yang menyebabkan kerusakan jaringan yang menyebabkan terjadinya inflamasi terus-menerus. Pada akhirnya, proses inflamasi merusak kartilago sendi dan tulang yang menyertai (Priscilila *et al.*, 2015). Untuk ulasan lebih jelasnya dapat dilihat pada pathway pada halaman berikut :



Gambar 1. 1 Pathway gout arthritis

Sumber: (Nurarif, 2015)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Herliana, (2013) gambaran klinis mengenai Gout Arthritis memiliki beberapa tahapan terdiri dari:

a. Tahap pertama yaitu asimtomatik

Pada tahap ini terjadi peningkatan kadar asam urat di dalam darah atau hiperurisemia tanpa disertai munculnya rasa nyeri dan terbentuknya kristal asam urat pada saluran kemih.

b. Tahap akut

Pada tahap ini terjadinya rasa nyeri yang tiba-tiba disertai rasa panas dan kemerahan. Radang sendi biasanya terjadi pada salah satu sendi pada ekstremitas atas ataupun bawah dengan keluhan utama seperti tertusuk tusuk, bengkak dan terasa hangat, merah dengan gejala sistemik dan berupa demam dan menggigil. Umumnya keluhan ini akan menghilang secara cepat dalam 10 hari tanpa pengobatan.

c. Tahap interkritikal

Pada tahap ini penderita asam urat tidak mengalami tanda gejala selama beberapa waktu. Sebagian penderita tidak mengalami serangan lanjutan sehingga bisa beraktivitas dengan baik tanpa adanya keluhan nyeri.

d. Tahap kronis

Pada tahap ini biasanya terjadi akibat tidak dilakukan pengobatan lanjut setelah terjadi serangan yang pertama. Pada tahap ini ditandai terbentuknya tofus (benjolan pada sendi-sendi yang terserang atau yang mengalami peradangan), sekitar 10-11 tahun setelah serangan pertama terjadi. Dan akan lebih sering muncul dalam setahun sekitar 5-6 kali. Rasa nyeri pada tahap ini berlangsung lama dan menerus sehingga dapat menyebabkan pembengkakan.

5. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Iskandar, (2020) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Serum asam urat
Umumnya meningkat diatas 7,5 mg/dl, akibat peningkatan kadar asam urat ini akan memperkuat diagnosa.
 - b. Leukosit
Di pemeriksaan leukosit terjadi peningkatan di batas normal pada fase akut mencapai 20.000/mm³, pada fase asimtomatik angka leukosit masih dalam batas normal yaitu 5.000-10.000/mm³
 - c. Pemeriksaan urine
Tingginya kadar asam urat pada urine. Normalnya kadar asam urat dalam urine yaitu 250-750 mg/2 jam.
 - d. Pemeriksaan cairan sendi dengan mikroskop ditemukan adanya kristal asam urat yang berbentuk jarum.
 - e. Pemeriksaan radiografi
Dilakukan pada persendian yang terserang untuk melihat penyebabnya adalah penumpukan kristal pada sendi.
6. Penatalaksanaan
- Penatalaksanaan asam urat dilakukan untuk mengendalikan kerusakan sendi, penatalaksanaan asam urat dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan farmakologi dan non farmakologi.
- a. Penatalaksanaan farmakologi
Dilakukan dengan cara memberikan obat-obatan untuk mengatasi rasa sakit dan peradangan yang terjadi di persendian yaitu analgesik dan golongan obat golongan Non Steroid Anti Inflamator Drugs (NSAID) seperti indometasin, ibuprofen, ketoprofen, dan diclofenac atau Anti Inflamasi Nonsteroid (AINS). Sedangkan untuk pencegahan serangan berulang biasanya diberikan kolsisin. (Ernaningrum *et al.*, 2021)
 - b. Penatalaksanaan non farmakologi.
Daun salam (*syzygiun polyantum*) berkasiat untuk menurunkan kadar asam urat dalam tubuh di karenakan mengandung senyawa flavonoid yang kandungannya kimia yang punya efek samping sebagai analgesik (anti nyeri) dan deuretik (peluruh kencing) efek ini

dapat meningkatkan produksi urin sehingga dapat menurunkan kadar asam urat di dalam darah (Alvita & Fidora, 2018).

Pengobatan lain yang dapat digunakan untuk mengatasi peningkatan kadar asam urat yaitu dengan pengobatan herbal. Upaya penunjang lain untuk mengatasi nyeri asam urat yaitu dengan memanfaatkan bahan-bahan herbal, salah satunya adalah jahe. Jahe bisa mengurangi nyeri karena terdapat senyawa gingerol dan shogaolb yaitu senyawa panas dan pedas pada jahe yang memiliki sifat anti inflamasi non steroid, dimana kompres hangat jahe akan menimbulkan rasa panas, maka respon tubuh secara fisiologis antara lain dapat menstabilkan darah yang kental, otot menjadi rileks, keseimbangan metabolisme jaringan, meningkatkan permeabilitas jaringan, menumbuhkan rasa kenyamanan dan mengurangi kecemasan (Rahmawati & Rejeki, 2022).

7. Komplikasi

Berikut yaitu beberapa komplikasi gout arthritis diantaranya, gangguan pada ginjal, tophi, atrofi, deformitas sendi, hipertensi dan diabetes mellitus, gangguan pada jantung (Putri *et al.*, 2013).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Virginia Henderson (Mubarak, 2015), manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut diantaranya yaitu: bernafas secara normal, makan dan minum yang cukup, eliminasi (buang air besar dan kecil), bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan, tidur dan istirahat, memilih pakaian yang tepat, mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan, menjaga kebersihan diri dan penampilan, kebutuhan rasa aman dan nyaman, berkomunikasi, beribadah sesuai agama dan kepercayaan, bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup, bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi, belajar.

Sebagaimana telah disebutkan diatas, salah satu KDM adalah bergerak, kebutuhan bergerak ini dapat dikaitkan pada pasien yang mengalami *gout arthritis* mengalami pembengkakan pada sendi sendi yang mengakibatkan pasien tidak dapat bergerak sehingga mengalami gangguan pergerakan, artinya sesuai dengan teori Virginia Henderson kebutuhan bergerak dan berpindah yang dikhawatirkan jatuh.

Friedman (2020) menyebutkan bahwa teori Abraham Maslow menunjukkan sebuah model hirarki kebutuhan dasar manusia. Hirarki tersebut menggambarkan bahwa kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan paling mendasar, maka kebutuhan lain di atasnya akan terganggu, yaitu kebutuhan keamanan dan proteksi, kebutuhan cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi. Berikut ini digambarkan hirarki kebutuhan tersebut.



Gambar 1. 2

Hierarki Kebutuhan Dasar Menurut A.Maslow (1970)

a. Kebutuhan Fisiologis

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/ udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi, dan seksual. Semua komponen kecuali seks harus dipenuhi agar kehidupan manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperlukan untuk

kelangsungan hidup umat manusia. Kebutuhan fisiologis dasar harus dipenuhi sebelum tingkat kebutuhan yang lebih tinggi (Ineke *et al*, 2020).

b. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Tingkat kebutuhan dasar manusia yang kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau kehidupan seperti Penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan (misal perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya, (Ineke *et al*. 2020).

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan rasa aman dan nyaman yaitu terbebas dari keterbatasan fisik, psikologis. Kondisi pada pasien gout arthritis ini mengalami keterbatasan bergerak yang akan berdampak pada rasa sakit mengakibatkan ketidaknyamanan dan sakit ini juga akan menjadi ancaman dalam memenuhi kebutuhan lainnya sehingga untuk memenuhi kebutuhan fisiologisnya juga akan sulit terpenuhi.

Berdasarkan teori Abraham Maslow, kasus *gout arthritis* pada pasien mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut, Salah satu manifestasi klinis yang terjadi pada pasien *gout arthritis* adalah nyeri akut yang ditandai dengan nyeri pada persendian. Nyeri yang terjadi pada penderita *gout arthritis* yang dirasa secara berulang-ulang disebabkan karena adanya endapan kristal monosodium urat yang terkumpul di dalam sendi sebagai akibat dari tingginya kadar asam urat di dalam darah (Ineke *et al*, 2020).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain: usia, jenis kelamin, budaya, pemahaman nyeri, perhatian, kecemasan, kelelahan, pengalaman masa lalu, pola koping, keluarga dan dukungan sosial (Natalia *et al*, 2021)

Nyeri berdasarkan jenis dan bentuknya dapat dibagi, nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung bersamaan dengan masih adanya kerusakan jaringan, berlangsung secara singkat, tidak melebihi enam bulan. Sedangkan nyeri kronis berlangsung lebih dari enam bulan. Biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak (Natalia *et al.*, 2021).

c. Kebutuhan Cinta dan Kepemilikan

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain (DeLaune & Ladner, (2011) dalam Ineke *et al.*, (2020)).

d. Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga. Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah apresiasi atas nilai pribadi seseorang. Orang yang merasa bahwa kontribusinya dihargai oleh keluarga, teman, atau atasan, lebih cenderung memiliki kepercayaan diri. Sebagai seorang perawat, Anda dapat membantu klien tersebut untuk merasa berharga dengan membenarkan pujian atau menggali sisi positif dari dirinya menurut Ineke *et al.*, (2020).

e. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri. Keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis.. Orang cenderung memberikan sedikit waktu atau energi untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kepemilikan, harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Sehingga, banyak orang merasa kurang puas di tingkat hierarki yang lebih tinggi (White, *et al.*, (2011) dalam Ineke *et al.*, (2020)).

Aktualisasi diri adalah level tertinggi dari hierarki Maslow. Seseorang yang mengaktualisasikan diri cukup nyaman untuk membuat rencana ke

depan dan menjadi kreatif. Maslow menggambarkan keadaan optimal sebagai "hubungan yang lebih nyaman dengan kenyataan". Orang yang mengaktualisasikan diri mampu mengatasi situasi kehidupan dan menghadapi kegagalan (Ineke *et al.*, 2020).

C. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, (2014) dalam Wahyuni *et al.*, (2021)).

2. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam Wahyuni *et al.*, (2021) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya masalah yang timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan Fungsi

fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga (Harnilawati, (2013) dalam Wahyuni *et al.*, (2021)).

3. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut Wahyuni *et al.*, (2021) digambarkan sebagai berikut:

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur. Terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid.

b. Struktur peran

adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat atau informal.

c. Struktur kekuatan

untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (*legitimate power*), ditiru (*referen power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) dan *affective power*.

Struktur nilai dan norma Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu lingkungan

keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga (Wahyuni *et al.*, 2021).

4. Tipe Keluarga

Tipe keluarga tradisional menurut Widagdo (2016) dalam Wahyuni *et al.*, (2021).

1. *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.
2. *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
3. *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
4. *Single adult* adalah kondisi di mana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.
5. *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
6. *Middle-aged or elderly couple* yaitu orang tua tinggal sendiri di rumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
7. *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.

5. Tingkat Keperawatan Keluarga

Dalam IPKKI (Made *et al.*, 2017), Friedman, Bowden dan Jones mengatakan Praktik keperawatan keluarga memiliki beberapa tingkatan keperawatan keluarga yang meliputi :

- a. Level 1, keluarga menjadi latar belakang individu dan fokus pelayanan adalah individu yang akan dikaji dan diintervensi.
- b. Level 2, keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya dan masalah kesehatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersamaan, masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah.
- c. Level 3, fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang

berinteraksi, fokus intervensi adalah hubungan ibu dengan anak, hubungan perkawinan dan lain-lain.

- d. Level 4, pada level ini keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dari pengkajian dan perawatan. Keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang.
- e. Level 5, pada level ini keluarga dipandang sebagai bagian dari masyarakat. Keluarga menjadi sub sistem dalam masyarakat.

Adapun tingkatan kemandirian yang dapat dilihat dari tujuh kriteria kemampuan keluarga dalam melaksanakan meliputi:

- a. Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
- b. Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
- c. Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- d. Kriteria 4: Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan sesuai anjuran
- e. Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana yang sesuai anjuran
- f. Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
- g. Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif

6. Peran keluarga

Peran keluarga menurut Hernilawati, (2013) masing masing antara lain yaitu:

1. Ayah

Sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung atau pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok anggota sosial tertentu.

2. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan juga pendidik anak anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

3. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental, dan spiritual.

7. Tahapan perkembangan keluarga

Menurut Duvall (1977) dalam Wahyuni *et al.*, (2021) terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga yaitu:

- a. *Married couples* (without children, pasangan nikah dan belum memiliki anak).
- b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.
- c. *Families with preschool children (oldest child 2,5- 6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
- d. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.
- e. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.
- f. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

D. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Gout Arthritis

1. Pengkajian

a. Pengkajian asuhan keperawatan

Menurut Istianah, (2017) pengkajian pada *Gout Arthritis* diantaranya:

1) Biodata

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

2) Riwayat perawatan

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

3) Pemeriksaan fisik

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.

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 bawah, dengan skala nyeri (0-10).

4) Riwayat psikososial

Penderita *Gout Arthritis*, mungkin merasakan khawatir mengalami deformitas pada sendi-sendinya, ia juga merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada fungsi tubuh dan perubahan pada kegiatannya sehari-hari.

5) 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 kelelahan dan keletihan yang hebat.

6) Kardiovaskuler

Kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal

7) Integritas Ego

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

8) Makanan/cairan

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

9) *Hygiene*

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

10) Neurosensoris

Hilangnya sensasi pada jari tangan, pembengkakan sendi simetris.

11) Nyeri/kenyamanan

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

12) Interaksi sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga /orang lain, perubahan peran

b. Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST

Akronim PQRST ini digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi (Muttaqin, 2008):

- 1) *Provokes/palliates*: Pengkajian provokatif/paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?.
- 2) *Quality*: Mengkaji Kualitas/ kuantitas rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien? bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.
- 3) *Region and Radiates*: Region atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan. 20 Buku ajar Manajemen Nyeri Dalam Proses Persalinan (Non Farmaka) Radiasi diilihat dengan menanyakan apakah nyeri juga dirasakan menyebar ke

daerah lain, atau menyebar kedaerah yang lebih luas apakah nyerinya menyebar? Menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?

- 4) *Scale / Severity*: Skala Severity dartikan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat menggunakan critical pain observation tools (*CPOT*) untuk gangguan kesadaran atau skala nyeri ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat.
- 5) *Time*: Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menayakan kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan/dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan/terjadi. Ditanyakan juga “Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap kapan nyeri itu timbul?” “Berapa lama nyeri itu timbul?” “Apakah terus menerus atau hilang timbul?” “Apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya?” “Apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?”.

Pengukuran tingkat nyeri dapat menggunakan *Numerik Rating Scale* (NRS) yaitu dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan. Derajat nyeri diukur dengan skala 0-10 (Loretz, 2005). Tingkat nyeri diukur atas dasar: tidak nyeri (*none*: 0), sedikit nyeri (*mild*: 1-3), nyeri sedang (*moderate*: 4-6) dan nyeri hebat (*severe*: 7-10) (Sri, 2020).

d. Pengkajian Keperawatan Keluarga

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga dan pemeriksaan diagnostik maupun laboratorium serta dokumen rekam medik. Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai

keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan harapan, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan (Dion & Betan, 2015) dalam (Wahyuni *et al.*, 2021).

2. Dignosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada penderita dengan *Gout Arthritis* menurut Nurarif & Kusuma, (2015) dan mengacu pada SDKI tahun 2016 yaitu:

a. Nyeri Akut

Definisi : pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencederaan fisik (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

Tanda mayor : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, gelisah, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat

Tanda minor : pola nafas berubah, diaforensis, berfokus pada diri sendiri

Kondisi klinis terkait : infeksi

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab : nyeri

Tanda mayor : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentak gerak otot (ROM) menurun

Tanda minor : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas

Kondisi klinis terkait : Osteoarthritis

c. Gangguan pola tidur

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab : kurangnya kontrol tidur

Tanda mayor : mengeluh sulit tidur, mengeluh sulit terjaga, mengeluh tidak puas tidur , mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

Tanda minor : mengeluh Kemampuan beraktivitas menurun,

Konisi klinis terkait : nyeri/kolik

d. Gangguan rasa nyaman

Definisi : perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social.

Penyebab : gejala penyakit

Tanda mayor : mengeluh tidak nyaman dan gelisah

Tanda minor : mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan , merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah, menunjukkan gejala distres, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

Konisi klinis terkait : penyakit kronis.

3. Prioritas Masalah

Setelah dapat dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah keluarga yang ada perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber daya yang dimiliki. Bailon & Maglaya telah merumuskan skala prioritas dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat.

Kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah:

1. Sifat masalah

- a. Aktual (tidak/kurang sehat) Berkaitan dengan kegagalan dalam mengoptimalkan kesehatan.
- b. Ancaman kesehatan Berkaitan dengan keadaan yang memungkinkan terjadinya penyakit/masalah kesehatan.
- c. Krisis atau keadaan sejahtera Berkaitan dengan masa yang membutuhkan banyak penyesuaian dari individu/keluarga.

2. Kemungkinan masalah dapat diubah

adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi). Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kemungkinan masalah dapat dicegah:

- a. Pengetahuan dan teknologi serta tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani masalah.
- b. Sumber-sumber yang ada pada keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan, atau tenaga.
- c. Sumber-sumber dari keperawatan misalnya dalam bentuk fasilitas kesehatan, organisasi masyarakat, dukungan sosial masyarakat.

3. Potensial masalah dapat dicegah

adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul yang dapat dikurangi atau dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Beratnya masalah Berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah, prognosa penyakit atau kemungkinan merubah masalah.
- b. Lamanya masalah Berkaitan dengan jangka waktu terjadinya masalah tersebut. Berkaitan lamanya masalah mempunyai dukungan langsung dengan potensi masalah bila dicegah.
- c. Adanya kelompok high risk atau kelompok yang berisiko tinggi adanya kelompok atau individu tersebut pada keluarga yang akan menambah potensi masalah bila dicegah.

4. Menonjolnya masalah

Menonjolnya masalah adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah tentang beratnya masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Pada asuhan keperawatan keluarga dilakukan prioritas masalah yang dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 2. 1
Skoring Diagnosis Keperawatan Menurut Bailon & Maglaya (1978)

No.	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah - Aktual (tidak/kurang sehat) - Ancaman Kesehatan - Krisis atau keadaan	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah dapat dicegah - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah - Masalah berat, harus segera ditangani - Ada masalah. Tetapi tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut: Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat, Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot:

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{bobot}}{\text{bobot tertinggi}}$$

Kemudian, Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot).

4. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari: Perencanaan tujuan outcome dan perencanaan tindakan intervention (Suarni & Apriyani, 2017).

Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia dan standar intervensi keperawatan Indonesia pada klien dengan Gout Arthritis terdapat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. 2
Rencana Keperawatan pada pasien *Gout arthritis*

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera Fisiologis	Tingkat nyeri 1. Keluhan nyeri menurun 2. Sikap protektif menurun 3. Tampak meringis menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen nyeri Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik, frekuensi, lokasi, durasi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal. TES, Hipnotis akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi , teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Mobilitas fisik 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kakakuan sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tekanan darah sebelum melakukan 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 yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi) 4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang dilakukan (Mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi)
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	Pola Tidur 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun	Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		3. Keluhan tidak puas tidur berubah 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres 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 4. makanan/minuman yang mengganggu tidur 5. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak menandung supresor terhadap tidur. 6. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur (mis. psikologi, gaya hidup) 7. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi
4	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	Status kenyamanan 1. Status tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun	Terapi relaksasi Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			<p>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif sebelumnya</p> <p>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika perlu</p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>3. Gunakan pakaian longgar</p> <p>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>5. Gunakan relaksasi sebagai strategis penunjang dengan analgeik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis,musik)</p> <p>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi(mis,tarik nafas dalam)</p>

Rencana keperawatan berorientasi untuk mengatasi masalah, mengacu pada SLKI. Pencapaiannya terbagi dalam 5 fungsi keluarga sebagai berikut:

a) TUK 1 : Mampu mengenal masalah

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

b) TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil: domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan tentang kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

c) 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.

d) TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

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

d) TUK 5: Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil: adalah pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber sumber kesehatan.

5. Implementasi

Implementasi yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien berpindah dari suatu kesehatan yang mereka hadapi kondisi kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diinginkan (Suarni & Apriyani, 2017).

6. Evaluasi

Kegiatan mengevaluasi pelaksanaan asuhan yang dimaksud untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien yang terbaik dan untuk mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).