

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

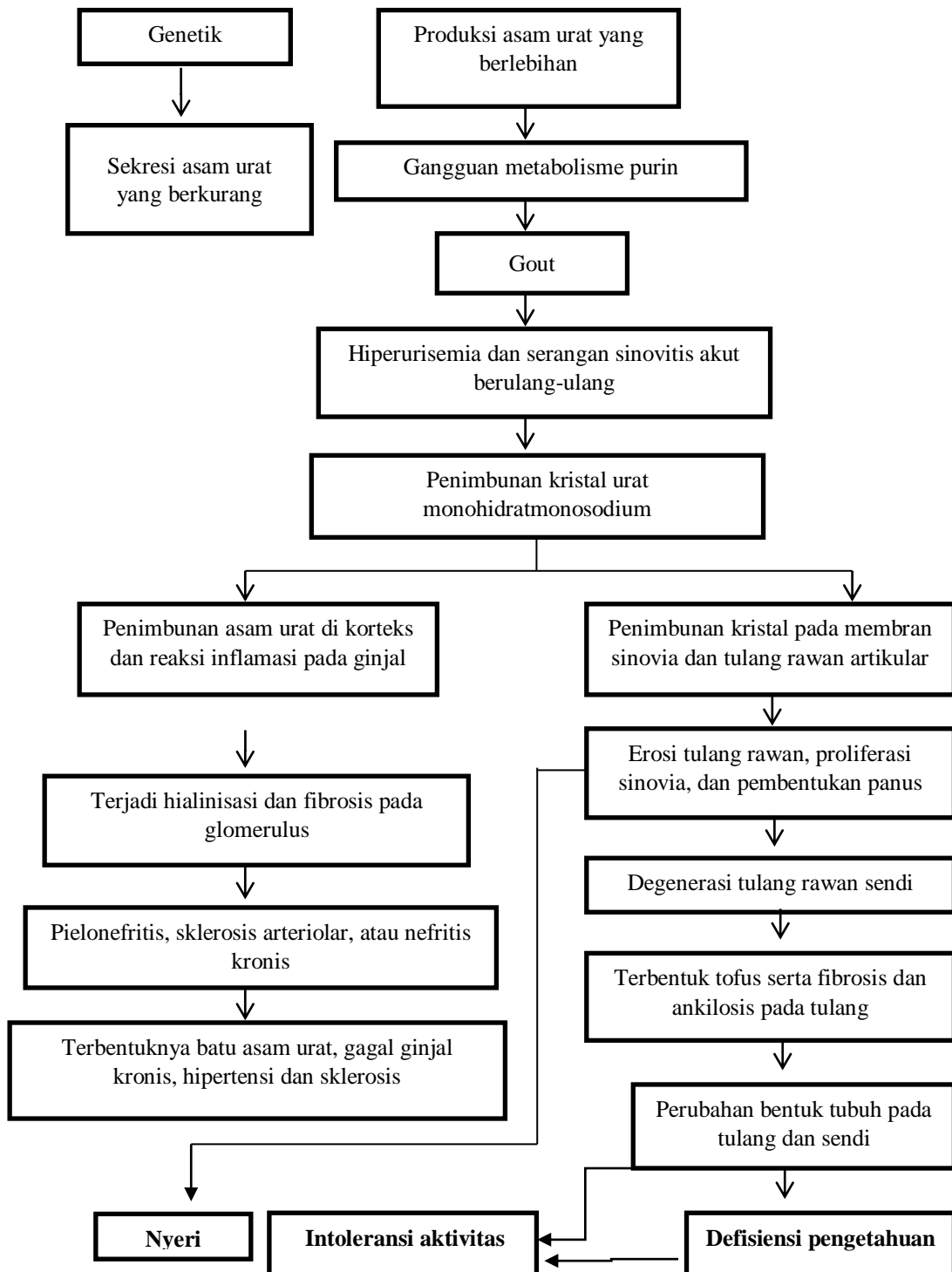
A. Konsep Medis Asam Urat

1. Definisi asam urat

Asam urat merupakan hasil metabolisme yang tidak boleh berlebihan di dalam tubuh, setiap manusia memiliki kadar asam urat di dalam tubuhnya yang merupakan hasil dari metabolisme sedangkan pemicu lainnya yang menyebabkan kadar asam urat tinggi adalah senyawa yang banyak mengandung purin . Penyakit ini terjadi jika timbunan kristal asam urat yang mengendap dalam persendian meningkat. Peningkatan tersebut dapat disebabkan ginjal yang mengalami gangguan membuang asam urat dalam jumlah yang banyak. *Gout arthritis* dapat bersifat primer maupun sekunder. Gout primer terjadi secara langsung akibat pembentukan asam urat tubuh yang berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat. Gout sekunder terjadi akibat pembentukan asam urat berlebih atau ekskresi asam urat berkurang, disebabkan oleh proses penyakit lain atau pemakaian obat-obatan tertentu (Price and Lorraine M., 2014).

Gout arthritis merupakan kelompok keadaan *heterogenous* atau beraneka ragam yang berhubungan dengan efek genetik pada proses metabolisme purin atau *hiperurisemia*. Pada keadaan yang dapat terjadi oversekresi asam urat atau defek renal yang mengakibatkan menurunnya ekskresi asam urat, atau kombinasi dari keduanya, ditandai dengan meningkatnya kristal asam urat didalam plasma. Kadar normal asam urat pada pria : 3,0-7,1 mg/dL dan wanita : 2,6-6,0 mg/dL (Smeltzer and Bare, 2013).

2. Pohon masalah



Gambar 1 Pohon Masalah Arthritis Gout

Sumber : (Muttaqin and Sari, 2012)

3. 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 kedua penyebab tersebut (Susanto, 2013).

Menurut Prasetyono 2012, berikut beberapa penyebab munculnya penyakit asam urat :

- a. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat purin. Tubuh manusia sebenarnya sudah menyediakan 85% senyawa purin untuk kebutuhan sehari-hari. Ini berarti, kebutuhan tubuh akan purin yang berasal dari makanan hanya sekitar 15%. Jika lebih dari 15% maka tubuh akan kelebihan zat ini.
- b. Mengonsumsi alkohol juga dapat meningkatkan resiko terkena penyakit asam urat. Sebab, alkohol menyebabkan pembuangan asam urat lewat urin menjadi berkurang, sehingga asam urat tetap bertahan dalam peredaran darah dan penumpukan persendian.

4. Patofisiologi

Asam nukleat dalam makanan dicerna dan kandungan purin dan primidinnya absorpsi, tetapi kebanyakan purin dan primidin disintesis dari asam amino, terutama hati. Kemudian disintesis nukleotida serta RNA dan DNA. RNA berada dalam keseimbangan dinamis dengan depot asam amino, tetapi DNA begitu

dibentuk secara metabolic stabil seumur hidup. Purin dan primidin yang dibebaskan oleh pemecahan nukleotida dapat digunakan kembali atau dikatabolisme. Sebagian kecil diekskresi ke dalam urine tanpa mengalami perubahan. Primidin dikatabolisme menjadi CO_2 dan NH_2^+ dan purin diubah menjadi asam urat (Isselbacher dkk, 2012).

Asam urat dikeluarkan di ginjal (70%) dan tractus gastrointestinal (30%). Kadar asam urat dalam darah tergantung pada keseimbangan produksi dan ekskresinya. Perputaran purin terjadi secara terus menerus seiring dengan sintesis dan penguraian RNA dan DNA, sehingga walaupun tidak terdapat asupan purin, tetap terbentuk asam urat dalam jumlah substansial karena sudah terdapat purin di dalam tubuh manusia dengan jumlah 85%. Asam urat di dalam tubuh bisa berasal dari luar, yaitu dari diet tinggi purin dan dalam yang merupakan hasil akhir metabolisme purin. Asam urat sangat erat kaitannya dengan pola makan, pola makan yang tidak seimbang (jumlah asupan protein sangat tinggi).

Asam urat darah yang tinggi atau melebihi batas normal disebut dengan hiperurisemia. Keadaan ini akan menyebabkan peningkatan kristal asam urat yang berbentuk seperti jarum. Kristal-kristal inilah yang menyebabkan reaksi peradangan atau inflamasi yang bila berlanjut akan mengakibatkan nyeri hebat. Jika tidak diobati kristal ini menyebabkan kerusakan hebat pada sendi dan jaringan lunak (Utami, Masyhurrosyidi and Kumboyono, 2013).

5. Tanda dan gejala

Terdapat empat tahap perjalanan klinis dari penyakit gout arthritis, tahap pertama adalah hiperurisemia asimtomatik. Dalam tahap ini penderita tidak menunjukkan gejala-gejala selain dari peningkatan asam urat serum. Hanya 20 %

dari penderita hiperurisemia asimtomatik yang berlanjut dengan serangan gout arthritis akut. Tahap kedua adalah gout arthritis akut pada tahap ini terjadi awitan mendadak dan nyeri luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsophalangeal. Arthritis bersifat monoartikular dan menunjukkan tanda-tanda peradangan lokal. Dapat terjadi demam dan peningkatan jumlah leukosit.

Serangan gout akut biasanya pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10 sampai 14 hari. Tahap ketiga adalah serangan gout akut atau gout interitis, adalah tahap interkritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung beberapa bulan sampai tahun. Tahap keempat adalah gout arthritis kronik, dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dilakukan Peradangan kronik akibat kristal-kristal asam urat dapat mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak (Price and Lorraine M., 2014).

Terdapat gejala klinis dari gout arthritis yaitu nyeri tulang sendi, kemerahan dan bengkak pada tulang sendi, tofi atau benjolan-benjolan bawah kulit pada ibu jari, mata kaki, pinna telinga, dan peningkatan suhu tubuh. Gangguan akut yang sering terjadi pada gout arthritis yaitu nyeri, bengkak yang berlangsung cepat pada sendi yang terserang, sakit kepala dan demam. Gangguan kronis yang sering terjadi seperti serangan akut, hiperurisemia yang tidak diobati, terdapat nyeri dan pegal dan pembengkakan sendi (Aspiani, 2014).

6. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan lab yang dilakukan pada penderita gout didapatkan kadar asam urat yang tinggi dalam darah ($> 6 \text{ mg\%}$). Kadar asam urat normal dalam serum pria 8 mg\% dan pada wanita 7 mg\% . Sampai saat ini, pemeriksaan kadar

asam urat terbaik dilakukan dengan cara enzimatis. Kadang-kadang didapatkan leukositosis ringan dan LED yang meninggi sedikit. Kadar asam urat dalam urin juga tinggi (500mg%/liter per 24jam). Pemeriksaan radiografi pada serangan artritis gout pertama adalah non spesifik. Kelainan utama radiografi pada long standing adalah inflamasi asimetri, arthritis erosive yang kadang-kadang disertai nodul jaringan lunak.

7. Penatalaksanaan

Menurut Noor Helmi (2013), sasaran terapi gout arthritis yaitu mempertahankan kadar asam urat dalam serum dibawah 6 mg/dl dan nyeri yang diakibatkan oleh penumpukan asam urat. Tujuan terapi yang ingin dicapai yaitu mengurangi peradangan dan nyeri sendi yang dtimbulkan oleh penumpukan kristal monosodium urat monohidrat. Kristal tersebut ditemukan pada jaringan kartilago, subkutan dan jaringan particular, tendon, tulang, ginjal serta beberapa tempat lainnya. Selain itu terapi gout juga bertujuan untuk mencegah tingkat keparahan penyakit lebih lanjut karena penumpukan kristal dalam medulla ginjal akan menyebabkan *Chronic Urate Nephropathy* serta meningkatkan resiko terjadinya gagal ginjal. Terapi obat dilakukan dengan mengobati nyeri yang timbul terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengobatan dan penurunan kadar asam urat dalam serum darah.

a. Terapi farmakologis

- 1) *Nonsteroid Anti-inflammatory Drugs* (NSAID). Terdapat beberapa NSAID, namun tidak semua memiliki infektifitas dan keamanan yang baik untuk terapi gout akut.

- 2) *Colchicine*. *Colchicine* tidak direkomendasikan untuk terapi jangka panjang gout akut. *Colchicine* hanya digunakan selama saat kritis untuk mencegah serangan gout.
- 3) *Corticosteroid*. Kortikosteroid sering digunakan untuk menghilangkan gejala gout akut dan akan mengontrol serangan.
- 4) *Probenecid*. Digunakan terutama pada kondisi insufisiensi ginjal GFR < 50 ml/min.
- 5) *Allopurinol*. Sebagai penghambat *xantin oksidase*, *allopurinol* segera menurunkan plasma urat dan konsentrasi asam urat disaluran urin, serta memfasilitasi mobilisasi benjolan.
- 6) *Uricosuric*. Obat ini memblokir reabsorpsi tubular dimana urat disaring sehingga mengurangi jumlah urat *metabolic*, mencegah pembentukan benjolan baru dan memperkecil ukuran benjolan yang telah ada. Apabila intervensi dan diagnosis *gout arthritis* dilakukan pada fase awal, intervensi ortopedi jarang dilakukan. Pembedahan dengan bedah dilakukan pada kondisi *gout arthritis* kronis.

b. Terapi non-farmakologis

Diet dibagi para penderita gangguan asam urat mempunyai syarat-syarat sebagai berikut :

- 1) Pembatasan purin. Apabila telah terjadi pembengkakan sendi, maka penderita gangguan asam urat harus melakukan diet bebas purin.
- 2) Kalori sesuai dengan kebutuhan. Jumlah asupan kalori harus benar disesuaikan dengan kebutuhan tubuh berdasarkan pada tinggi dan berat badan.

- 3) Tinggi karbohidrat. Karbohidrat kompleks seperti nasi, singkong, roti, dan ubi sangat baik dikonsumsi oleh penderita asam urat karena akan meningkatkan pengeluaran asam urat melalui urine.
- 4) Rendah protein. Protein terutama yang berasal dari hewan dapat meningkatkan kadar asam urat dalam darah. Sumber makanan yang mengandung protein hewani dalam jumlah yang tinggi misalnya daging kambing, ayam, ikan, hati, keju, udang, telur.
- 5) Rendah lemak. Lemak dapat menghambat ekskresi asam urat melalui urine. Makanan yang digoreng, bersantan, serta margarine dan mentega sebaiknya dihindari.
- 6) Tinggi Cairan. Konsumsi cairan yang banyak dapat membantu membuang asam urat melalui urin. Oleh karena itu, disarankan untuk menghabiskan minum minimal sebanyak 2,5 liter atau 10 gelas satu hari.
- 7) Tanpa alkohol. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa kadar asam urat mereka yang mengonsumsi alkohol lebih tinggi, dibandingkan mereka yang tidak mengonsumsi alkohol. Hal ini dikarenakan alkohol akan meningkatkan asam laktat. Asam laktat ini akan menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh.

Pengobatan gout arthritis bergantung pada pada tahap penyakitnya. Hiperurisemia asimtomatik biasanya tidak membutuhkan pengobatan. Serangan akut gout arthritis diobati dengan obat-obatan antiinflamasi *nonsteroid* atau kolkisin. Obat-obatan yang diberikan dalam dosis tinggi atau dosis penuh untuk mengurangi peradangan akut sendi. Kemudian dosis ini diturunkan secara bertahap dalam beberapa hari.

Pengobatan gout kronik berdasarkan usaha untuk menurunkan produksi asam urat atau meningkatkan ekskresi asam urat oleh ginjal. Obat *allopurinol* menghambat pembentukan asam urat dari prekursornya atau xantin dan hipoxantin dengan menghambat enzim xantin oksidase. Obat-obatan urikosurik dapat meningkatkan ekskresi asam urat dengan menghambat reabsorpsi tubulus ginjal. Semua produk aspirin harus dihindari, karena menghambat kerja urikosurik (Price and Lorraine M., 2014).

B. Konsep Daun Salam

1. Daun salam

Tanaman salam secara ilmiah mempunyai nama latin *Eugenia polyantha Wight* dan memiliki nama ilmiah lain, yaitu *Syzygium polyantha Wight*. Berdasarkan falsafah Jawa tanaman salam yang ditanam mempunyai makna yang tersirat, yang dapat diambil filosofinya oleh masyarakat untuk diterapkan dalam kehidupan, pohon salam bermakna keselamatan.

Daun salam mengandung zat bahan warna, zat samak dan minyak atsiri yang bersifat antibakteri. Zat tanin yang terkandung bersifat menciutkan (astringent). Manfaat daun secara tradisional, daun salam digunakan sebagai obat sakit perut. Daun salam juga dapat digunakan untuk menghentikan buang air besar yang berlebihan. Pohon salam bisa juga dimanfaatkan untuk mengatasi asam urat, stroke, kolesterol tinggi, melancarkan peredaran darah, radang lambung, gatal-gatal, dan kencing manis (Utami dan Puspaningtyas, 2013).

2. Kandungan kimia daun salam

Tanaman salam mempunyai kandungan kimia minyak atsiri 0,2% (*sitral*, *eugenol*), flavonoid (katekin dan rutin), tannin dan metil kavicol (*methyl chavicol*) yang dikenal juga sebagai *estragole* atau *p-allylanisole*. Senyawa tersebut mempunyai aktivitas sebagai antioksidan. Tanin dan flavonoid merupakan bahan aktif yang mempunyai efek anti inflamasi dan antimikroba. Minyak atsiri secara umum mempunyai efek sebagai antimikroba, analgesik, dan meningkatkan kemampuan fagosit. Minyak atsiri daun salam terdiri dari fenol sederhana, asam fenolat misal asam galat, seskuiterpenoid, dan lakton. Juga mengandung saponin, lemak, dan karbohidrat. Dari beberapa bukti bahan aktif tanaman salam maka tanaman salam mempunyai efek farmakologis.

Daun salam juga mengandung beberapa vitamin, di antaranya vitamin C, vitamin A, vitamin E, *thiamin*, *riboflavin*, *niacin*, vitamin B6, vitamin B12, dan folat. Beberapa mineral pada daun salam yaitu selenium, kalsium, magnesium, seng, sodium, potassium, besi, dan *phosphor*. Untuk mendapatkan minyak atsiri, daun salam disuling dengan distilasi air dan uap selama 10 jam, selanjutnya ekstrak flavor daun salam mengandung senyawa utama terdiri dari cis-4-dekenal (27,12%), oktanal (11,98%), α -pinen (9,09%), farnesol (8,84%), β -osimen (7,62%), dan nonanal (7,60%). (Lelono dan Tachibana, 2013).

3. Sifat kimia dan efek farmakologis daun salam

Sudarsono dalam Harismah & Chusniatun (2016) menyebutkan, daun salam mempunyai rasa kelat, wangi, dan bersifat astringent. Untuk pengobatan bagian daun yang paling banyak digunakan, bagian tanaman lain yang digunakan sebagai obat adalah akar, buah, dan kulit batang. Pengobatan secara tradisional

menggunakan daun salam untuk mengobati kolesterol tinggi, kencing manis, hipertensi, gastritis, dan diare.

Mekanisme toksisitas fenol pada mikroorganisme meliputi inhibitor enzim oleh senyawa yang teroksidasi, kemungkinan melalui reaksi dengan grup sulfhidril atau melalui interaksi non spesifik dengan protein. Sedangkan mekanisme seskuiterpenoid yang terdapat dalam minyak atsiri dispekulasi terlibat dalam kerusakan membran sel kuman oleh senyawa lipofilik.

Flavonoid adalah senyawa polifenol yang sesuai dengan struktur kimianya terdiri dari flavonol, flavon, flavanon, isoflavon, katekin, antosianidin dan kalkon. Flavonoid bermanfaat sebagai anti viral, anti alergik, anti platelet, anti inflamasi, anti tumor dan anti oksidan sebagai sistem pertahanan tubuh. Flavonoid diketahui telah disintesis oleh tanaman dalam responnya terhadap infeksi mikroba sehingga efektif.

4. Manfaat daun salam untuk kesehatan

Tanaman salam dikenal sebagai salah satu tanaman yang sering dimanfaatkan masyarakat untuk pengobatan alternatif. Dari beberapa penelitian yang telah dilakukan dapat ditunjukkan tentang berbagai manfaat dari daun salam, salah satunya adalah potensi menurunkan kadar asam urat. Hasil penelitian Muhtadi et al (2012) berdasarkan data uji praklinik antihiperurisemia, ekstrak daun salam dan jinten hitam (*Nigella sativa* Linn) dan kombinasinya dengan dosis tunggal 200 mg/kgBB terbukti berpotensi menurunkan kadar asam urat dalam darah mencit putih jantan galur BalbC yang diinduksi potassium oksalat dengan prosentase penurunan kadar asam urat berturut-turut adalah 79,35%, 61,29%, dan 72,90%. Sedangkan penurunan oleh allopurinol sebesar 93,55%.

Dari hasil standarisasi ekstrak air daun salam adalah parameter kadar fenolat total dalam ekstrak daun salam sebesar 1,08% dan total flavonoid mempunyai kadar 0,196%. Dan hasil ekstrak air jinten hitam kadar fenolat total sebesar 0,66% dan kadar flavonoid total sebesar 0,40%. Senyawa identitas dari ekstrak daun salam adalah fluoretin. Perbedaan senyawa aktif tersebutlah yang membedakan potensiasi penurunan kadar asam urat darah mencit putih jantan. Dari hasil yang diperoleh lebih poten senyawa fluoretin dari ekstrak daun salam.

Selain menurunkan asam urat, daun salam juga dapat berfungsi menurunkan kadar kolesterol yang tinggi, dengan mekanisme kerja yaitu, merangsang sekresi cairan empedu sehingga kolesterol akan keluar bersama cairan empedu menuju usus, dan merangsang sirkulasi darah sehingga mengurangi terjadinya pengendapan lemak pada pembuluh darah (Harismah and Chusniatun, 2016).

C. Konsep Dasar Diagnosis Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien dengan Asam Urat

1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Potter and Perry, 2012).

Nyeri merupakan keadaan ketika individu mengalami sensasi ketidaknyamanan dalam merespons suatu rangasanagan yang tidak menyenangkan (Carpenito, 2013).

2. Data mayor dan minor

a. Data mayor

1) Subjektif

Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Data minor

1) Subjektif

Tidak ditemukan data subjektif

2) Objektif

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir berubah

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) Diaphoresis (Tim Pokja SDKI, 2016)

3. Faktor penyebab

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI, 2016). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari

sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter and Perry, 2012). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri. Teori Gate Control menyebutkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan.

Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menstransmisikan impuls melalui mekanisme pertahanan. Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri (Potter and Perry, 2012).

4. Penatalaksanaan pemberian air rebusan daun salam pada nyeri akut

Adapun penanganan atau terapi komplementer untuk penderita asam urat salah satunya adalah air rebusan daun salam. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengetahui kandungan sebenarnya dari daun salam (*Syzygium polyanthum*) secara ilmiah yaitu telah ditemukannya beberapa kandungan pada daun salam seperti flavonoid, tanin, dan minyak atsiri dengan kandungan minyak sitral dan eugenol yang diduga mampu menurunkan asam urat dalam darah. Minyak atsiri yang dikandung di dalam daun salam sebesar 0,05 persen bersifat antibakteri dan beraroma gurih. Unsur lain yang juga ditemukan dalam daun salam adalah sitral, eugenol, tanin dan flavonoid. Selain itu daun salam juga bermanfaat sebagai peluruh kencing (diuretik) dan penghilang nyeri (analgetik). Sebagai diuretik, daun salam mampu memperbanyak produksi urin sehingga dapat menurunkan kadar asam urat darah (Pranoto, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darussalam & Rukmi (2016), daun salam ditimbang dengan dosis 0,36 g/KgBB. Setelah itu air ± 1500 cc dimasukkan kedalam panci dan dipanaskan. Setelah air dalam panci mendidih, masukkan daun salam yang sudah ditimbang ke dalam panci untuk direbus selama ± 15 menit. Kemudian air rebusan daun salam didinginkan. Setelah itu, diukur dengan menggunakan gelas ukur sebanyak 100 cc, sehingga pasien mengonsumsi air rebusan daun salam 100 cc sebanyak tiga kali dalam sehari selama tiga hari. Pengukuran kadar asam urat dilakukan sebanyak dua kali yaitu sebelum dimulai pemberian air rebusan daun salam, dan hari ke tiga atau saat hari terakhir perlakuan.

D. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien dengan Asam Urat

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan kegiatan menganalisis informasi, yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, kemudian nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dengan diagnosa keperawatan yang berfokus pada masalah atau resiko. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medic (Nuarif, 2016).

Fokus pengkajian pada Lansia dengan *gout arthritis*:

a. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menonjol pada klien *gout arthritis* adalah nyeri dan terjadi peradangan sehingga dapat mengganggu aktivitas klien.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal/di tusuk-tusuk/panas/di tarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak, terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada *gout arthritis* kronis didapatkan benjolan atau Tofi pada sendi atau jaringan sekitar.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita oleh klien, apakah keluhan penyakit *gout arthritis* sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien *gout arthritis* disertai dengan Hipertensi.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adakah riwayat *gout arthritis* dalam keluarga.

f. Riwayat Psikososial

Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit klien dalam lingkungannya. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentan variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri dan kurang pengetahuan akan program pengobatan dan perjalanan penyakit. Adanya perubahan aktivitas fisik akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptif.

g. Riwayat Nutrisi

Kaji riwayat nutrisi klien apakah klien sering mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (*head to toe*). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan

anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal.

i. Pemeriksaan Diagnosis

- 1) Asam Urat meningkat dalam darah dan urin.
- 2) Sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut).
- 3) Pada aspirasi cairan sendi ditemukan kristal urat.
- 4) Pemeriksaan Radiologi.

2. Diagnosis keperawatan

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

Menurut Tim Pokja SDKI (2016) Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Terdapat tiga penyebab utama nyeri akut, yaitu:

- a. Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma
- b. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan
- c. Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

Rumusan diagnosa keperawatan yang diangkat dalam kasus ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (meningkatnya kadar asam urat dalam darah) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tampak kemerahan dan bengkak pada area lutut.

3. Rencana keperawatan

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013). Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan (Tim Pokja SDKI, 2016).

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SDKI, 2016).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspetasi (penilaian

terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian computer-based). Ekspetasi luaran keperawatan terdiri dari ekspetasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SDKI, 2016).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari tabel intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SDKI, 2016).

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan tujuan. Dalam hal ini tujuan yang diharapkan pada klien dengan nyeri akut yaitu: Tidak mengeluh nyeri, tidak meringis, tidak bersikap protektif, tidak gelisah, tidak mengalami kesulitan tidur, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis. Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien dengan nyeri adalah manajemen nyeri.

Tabel 1
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pasien Asam Urat Dengan Intervensi Luaran Manajemen Nyeri di Banjar Aseman Kangin Tahun 2022

1	2	3	4
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen cidera fisiologis	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 1 jam, maka Nyeri Akut dapat terkontrol dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Kemampuan menuntaskan aktivitas (5) <input type="checkbox"/> Keluhan nyeri (5) <input type="checkbox"/> Meringis (5) <input type="checkbox"/> Sikap protektif (5) <input type="checkbox"/> Gelisah (5) <input type="checkbox"/> Kesulitan tidur (5) <input type="checkbox"/> Menarik diri (5) <input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri (5) <input type="checkbox"/> Diaphoresis (5) <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi (5) <input type="checkbox"/> Pola napas (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <input type="checkbox"/> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi skala nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri <input type="checkbox"/> Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <input type="checkbox"/> Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <input type="checkbox"/> Monitor efek samping penggunaan analgetik

1	2	3	4
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<input type="checkbox"/> Tekanan darah (5) <input type="checkbox"/> Proses berpikir (5) <input type="checkbox"/> Fokus (5) <input type="checkbox"/> Fungsi berkemih (5) <input type="checkbox"/> Perilaku (5) <input type="checkbox"/> Nafsu makan (5) <input type="checkbox"/> Pola tidur (5)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, acupressure, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) <input type="checkbox"/> Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <input type="checkbox"/> Fasilitasi istirahat dan tidur <input type="checkbox"/> Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri <input type="checkbox"/> Jelaskan strategi meredakan nyeri <input type="checkbox"/> Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SDKI, 2016). Implementasi keperawatan

membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan.

Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan. Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai dengan kondisi pasien (Debora, 2012). Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana jika perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien (Dermawan, 2012).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter and Perry, 2012). Evaluasi keperawatan merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (Assesment) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, dan yang terakhir adalah planning (P) merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis.

Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Dinarti, Aryani *et al.*, 2013). Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan (Tarwoto and Wartonah, 2015). Evaluasi keperawatan terhadap pasien yang mengalami nyeri akut yang diharapkan adalah:

- a. Tidak mengeluh nyeri
- b. Tidak meringis
- c. Tidak bersikap protektif
- d. Tidak gelisah
- e. Frekuensi nadi membaik

- f. Melaporkan nyeri terkontrol
- g. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
- h. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
- i. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat