

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Lanjut Usia

a. Pengertian Lanjut Usia

Lanjut Usia (Lansia) merupakan seseorang yang telah berusia > 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017). Lansia adalah kegiatan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan serta individual, karena faktor tertentu. Lansia tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani, maupun sosial.

b. Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Perubahan yang terjadi pada lansia menurut Utomo (2019) yaitu

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik yang dimaksud antara lain rambut yang mulai memutih, muncul kerutan di wajah, ketajaman panca indera menurun, serta terjadi kemunduran daya tahan tubuh. Selain itu, dimasa ini lansia juga harus berhadapan dengan kehilangan-kehilangan peran diri, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan

orang-orang yang dicintai. Maka dari itu, dibutuhkan kemampuan beradaptasi yang cukup besar (Ratnawati, 2017).

2) Perubahan Psikologi

Lansia memerlukan waktu yang lebih lama untuk menyimak keadaan sekelilingnya. Lansia biasanya ada masalah dengan penglihatan yaitu kurang jelas dan kabur. Lansia cenderung masih mengingat hal yang lama dibandingkan dengan hal yang baru. Lansia terjadi penurunan dalam pengambilan keputusan dalam berpikir dan berargumentasi. Lansia lebih berhati-hati dalam belajar, memerlukan waktu lebih lama untuk dapat mengintegrasikan jawaban, kurang mampu mempelajari hal-hal baru. Lansia juga cenderung mengurangi bahkan berhenti dari kegiatan sosial atau menarik diri dari pergaulan sosialnya.

2. Konsep Asam Urat

a. Pengertian Asam Urat

Penyakit asam urat adalah penyakit sendi yang disebabkan oleh tingginya asam urat di dalam darah. Kadar asam urat yang tinggi di dalam darah melebihi batas normal menyebabkan penumpukan asam urat di dalam persendian dan organ tubuh lainnya. Asam urat sendiri yaitu hasil akhir dari katabolisme (pemecahan) suatu zat yang disebut purin. Zat purin adalah zat alami dari salah satu kelompok struktur kimia pembentuk DNA dan RNA (Noviyanti, 2015).

Asam urat merupakan penyakit yang disebabkan oleh tumpukan kristal asam urat di jaringan, terutama pada persendian. Asam urat berhubungan erat dengan gangguan metabolisme purin yang memicu peningkatan kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia), yaitu jika kadar asam urat dalam darah melebihi 7,5 mg/dl bagi laki-laki dan melebihi 5,7 bagi perempuan. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah pola makan yang salah dimana banyak mengonsumsi makanan yang tinggi purin (Kesmas dkk., 2018).

b. Tanda dan Gejala Asam Urat

Menurut Noviyanti (2015), gejala asam urat memiliki tanda dan gejala tertentu dan hampir pasti terjadi pada penderita, yaitu :

- 1) Terasa ngilu, linu, nyeri, dan kesemutan di sendi.
- 2) Oligoarthritis, yakni sejumlah sendi yang meradang.
- 3) Sendi membengkak dan kulit di atasnya tampak merah atau keunguan, kencang dan licin, terasa hangat serta sakit jika kulit di atas sendi disentuh.
- 4) Sendi terasa sakit saat cuaca dingin pada malam hari atau pagi hari saat bangun tidur.
- 5) Demam, menggigil dan perasaan tidak enak badan disertai denyut jantung yang cepat.
- 6) Serangan pertama hanya terjadi pada satu sendi dan berlangsung selama beberapa hari.

- 7) Rasa nyeri datang kembali jika mengkonsumsi makanan dengan kandungan purin yang tinggi.

c. Etiologi Asam Urat

Penyakit ini dikaitkan dengan adanya abnormalitas kadar asam urat dalam darah dengan akumulasi endapan kristal monosodium urat yang terkumpul dalam sendi. Keterkaitan antara asam urat dengan hiperurisemia yaitu adanya produksi asam urat yang berlebih, menurunnya ekskresi asam urat melalui ginjal, atau mungkin karena keduanya (Helmi, 2013).

3. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman yang dihasilkan dari kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau digambarkan dalam bentuk kerusakan. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat bervariasi dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus) (Bahrudin, 2018).

Nyeri asam urat muncul secara tiba-tiba seperti terbakar, bengkak kemerahan, hangat dan kaku pada sendi yang terkena. Pada umumnya, asam urat menyerang jari terlebih dahulu tetapi tidak menutup kemungkinan bisa terjadi dimanapun. Nyeri yang biasanya terjadi

karena adanya kristal *Monosodium Urat Monohidrat* (MSUM) dalam sendi yang menggerakkan sendi, sehingga menyebabkan otot terasa robek dan meradang pada jaringan sekitarnya, ini menyebabkan gesekan tipis dari selimut yang menimbulkan nyeri yang luar biasa menyakitkan (Fitriana, 2015).

Ciri khas serangan penyakit asam urat adalah menyerang pada satu sendi saja atau disebut dengan monoartikular. Serangan pertama biasanya terjadi pada sendi pangkal ibu jari kaki atau persendian perifer lainnya, seperti lutut, jari, jari kaki, tumit dan siku-siku. Nyeri asam urat hanya pada saat serangan terjadi, biasanya di malam atau pagi hari setelah mengonsumsi makanan tinggi purin atau obat perangsang air seni (diuretik) dan terjadi secara mendadak tetapi tidak langsung parah (Noviyanti, 2015).

b. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Lusianah, dkk (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri sebagai berikut :

1) Usia

Lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani.

2) Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru dipengaruhi faktor budaya seperti tidak pantas laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri.

3) Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping lansia.

4) Kultur

Bagaimana seharusnya berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika nyeri.

5) Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

6) Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka akan lebih mudah mengatasi nyerinya.

7) Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

8) Support keluarga dan sosial

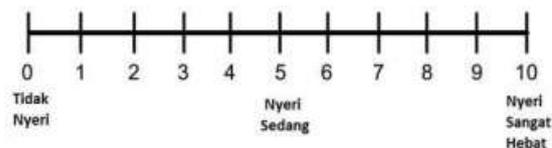
Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

c. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran nyeri dirasakan oleh individu, dan salah satu karakteristik yang paling subjektif. Skala ini berfungsi dengan sangat baik ketika mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik diberikan (Potter & Perry, 2014). Menurut Wiarto (2017) pengukuran nyeri klien dapat berkomunikasi dapat dilakukan dengan alat ukur yaitu :

1) *Numerical Rating Scale (NRS)*

Skala intensitas nyeri numerik (*Numeric Rating Scale*) merupakan skala penunjuk untuk mengukur seberapa tingkat nyeri yang terjadi pada klien. Klien dapat menilai nyeri dengan skala 0 – 10. Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobjektifkan pendapat subjektif nyeri. Skala numerik dari 0 hingga 10, nol (0) merupakan keadaan tanpa nyeri atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10) suatu nyeri yang sangat hebat. Jenis pengukuran skala numerik ini dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis.



Gambar 1. *Numerical Rating Scale (NRS)*

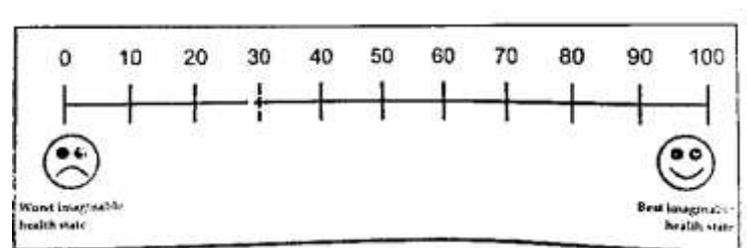
Sumber : Smeltzer & Bare dalam Wiarto (2017)

2) *Visual Descriptif Scale (VDS)*

Skala berupa garis lurus, tanpa angka. Bisa mengekspresikan nyeri, arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri yang sedang.

3) *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala berupa garis lurus yang panjangnya biasanya 10 cm dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0-3 = nyeri ringan, 4-6= nyeri sedang, dan 7-10=nyeri berat.



Gambar 2. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Sumber : Smeltzer & Bare dalam Wiarto (2017)

Menurut Judha, dkk (2012) karakteristik nyeri dapat dilihat berdasarkan metode PQRST, P: Provocation, Q: Quality, R: Region, S: Severe, dan T: Time. Berikut penjelasannya:

- a) P: Provocation, mengkaji mengenai penyebab terjadinya nyeri pada klien.
- b) Quality, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan klien, klien mendeskripsikan nyeri seperti ditusuk, terbakar, atau nyeri seperti digencet.

- c) R: Region, mengkaji lokasi nyeri, meminta klien menunjukan daerah yang nyerinya minimal sampai ke arah nyeri sangat.
- d) S: Severity, tingkat keparahan, kualitas nyeri dapat digambarkan menggunakan skala yang sifatnya kuantitas.
- e) T: Time, mengkaji waktu mulai muncul adanya nyeri, berapa lama, seberapa sering kambuh.

d. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Noviyanti (2015), penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan nonfarmakologi.

1) Penatalaksanaan farmakologi

Terapi farmakologis antara lain analgesic oral non-opioid, analgesic topical dan obat antiinflamaasi nonsteroid (NSAID). Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi yang melibatkan penggunaan analgesic yang merupakan metode penanganan nyeri yang paling umum dan sangat efektif. Ada tiga tipe analgesic yaitu non opioid, opioid (secara tradisional dikenal dengan narkotik), tambahan atau pelengkap atau koanalgesik (adjuvants).

- a) Non opioid mencakup asetaminofen dan obat antiinflamasi non steroid (NSAIDs). Asetaminofen (Tylenol) tidak memiliki efek antiinflamasi atau antiplatelet. Efek terbesarnya yang bersifat merugikan adalah hepatotoksik (meracuni organ hati). NSAIDs non-selektif, seperti aspirin dan ibuprofen, memberikan penurunan rasa nyeri untuk nyeri ringan hingga sedang yang

timbul sesekali, seperti nyeri yang berhubungan dengan sakit kepala atau ketegangan otot. Efek yang merugikan yang sering kali terjadi (perdarahan saluran cerna dan insufisien ginjal) dan seharusnya bisa atau dapat dihindari.

- b) Opioid atau analgesic yang bersifat seperti opioid secara umum digunakan untuk nyeri sedang hingga berat. Analgesic ini bekerja pada pusat otak yang lebih tinggi dan tulang belakang melalui cara pengikatan dengan reseptor opiate untuk memodifikasi persepsi nyeri. Efek yang merugikan yang jarang timbul dari opioid adalah depresi pernafasan. Efek tambahan yang merugikan dari opioid mencakup mual, muntah, konstipasi, rasa gatal, retensi urine, spasme otot dan perubahan proses mental.
- c) Koanalgesik merupakan obat yang awalnya dikembangkan untuk mengobati kondisi selain nyeri namun telah menunjukkan adanya kandungan analgesic. Contohnya yaitu antidepresan trisiklik, antikonvulsan, bisfosfonat dan kalsitonin yang diberikan untuk nyeri pada tulang.

2) Penatalaksanaan nonfarmakologi

a) Relaksasi dan imajinasi terpimpin

Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang membuat individu memiliki rasa control terhadap dirinya.

b) Distraksi

Distraksi merupakan system aktivasi yang kompleks menghambat stimulus nyeri apabila seseorang menerima input sensorik yang cukup atau berlebih. Distraksi dilakukan dengan mengarahkan perhatian klien terhadap rasa nyeri yang dirasakan.

c) Aplikasi panas dan dingin

Aplikasi panas dan dingin dapat dilakukan dengan mandi air hangat, bantalan panas, kantong es, pijat es, kompres panas atau dingin dan mandi rendam hangat atau dingin. Kompres hangat memiliki beberapa pengaruh meliputi melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran daerah di dalam jaringan tersebut, pada otot panas memiliki efek menurunkan ketegangan, meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler.

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Menurut Aspiani (2014) pengertian pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara memeriksa keluhan individu dengan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

1) Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan suku bangsa/latar belakang kebudayaan.

2) Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Riwayat pekerjaan dan status ekonomi meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan, dan kecukupan pendapatan.

3) Lingkungan Tempat Tinggal

Kebersihan dan kerapihan lingkungan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, privasi, dan risiko injury.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan saat ini

Status kesehatan respons dan persepsi klien terhadap status kesehatan. Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan masalah asam urat adalah nyeri. Apakah klien mengeluhkan nyeri dan kekakuan bisa terjadi pada telapak kaki, pergelangan kaki, lutut, siku, dan pergelangan tangan. Apakah klien merasa tidak nyaman selama beberapa waktu sebelum mengetahui dan merasakan adanya perubahan pada sendi.

b) Riwayat penyakit masa lalu

Penyakit yang pernah diderita oleh klien, apakah keluhan penyakit sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya.

5) Pola Fungsional

a) Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan

Kaji persepsi kesehatan klien dan apakah manajemen kesehatan klien sudah baik. Kaji kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan misalnya merokok, minuman keras, ketergantungan terhadap obat (jenis / frekuensi / jumlah / lama pakai).

b) Nutrisi metabolic

Kaji riwayat nutrisi apakah klien sering mengonsumsi makanan tinggi purin seperti jeroan, kerang, daging bebek, ikan teri, bayam, kacang dan lain-lain. Kaji jumlah intake minuman.

c) Eliminasi

Kaji eliminasi BAB dan BAK klien meliputi frekuensi, waktu, kebiasaan pada malam hari, konsistensi, dan apakah ada keluhan yang berhubungan dengan BAB dan BAK.

d) Aktivitas pola dan latihan

Kaji rutinitas mandi, kebersihan sehari-hari, aktivitas yang dilakukan, kemampuan kemandirian, dan apakah ada masalah dengan aktivitas.

e) Pola istirahat tidur

Kaji pola tidur klien durasi tidur malam, durasi tidur siang, apakah ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Pola istirahat tidur yang kurang baik dapat memperlambat penurunan skala nyeri.

f) Pola kognitif persepsi

Kaji masalah yang berhubungan dengan penglihatan apakah normal, terganggu, kabur atau pakai kacamata. Masalah yang berhubungan dengan pendengaran apakah normal, terganggu, tuli atau memakai alat bantu dengar. Kaji apakah klien ada kesulitan dalam membuat keputusan.

g) Persepsi diri pola konsep diri

Kaji bagaimana klien memandang dirinya sebagai lansia dan bagaimana persepsi klien tentang orang lain mengenai dirinya.

h) Pola peran-hubungan

Kaji peran hubungan klien bagaimana peran ikatan pada klien, apakah berperan sebagai seorang istri, ibu, atau nenek. Kaji bagaimana kepuasan klien terhadap dirinya sendiri dan keadaannya sekarang. Bagaimana hubungan sosial klien dengan lingkungan sekitar.

i) Seksualitas

Kaji riwayat reproduksi klien, apakah ada masalah mengenai seksualitas klien.

j) Koping-pola toleransi stress

Kaji apa saja yang menyebabkan stress pada klien dan bagaimana cara menanganinya.

k) Nilai-pola keyakinan

Kaji keyakinan atau agama yang dianut klien, bagaimana keyakinan agama dan keyakinan akan kesehatan dan

6) Pemeriksaan Fisik dan Status Kesehatan Klien Terbaru

Perawatan dengan pendekatan fisik mencakup perhatian terhadap kesehatan, kebutuhan, kejadian yang dialami klien lansia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, dan penyakit yang dapat dicegah (Ratnawati, 2017).

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, antropometri, dan kadar asam urat. Pemeriksaan dari ujung rambut hingga ujung kaki (*Head to Toe*). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Kaji tingkat nyeri, derajat dan mulainya.

7) Pengkajian khusus pada lansia

a) Pengkajian *Indeks Katz* digunakan untuk mengkaji aktivitas sehari-hari dan tingkat kemandirian klien.

b) Pengkajian APGAR keluarga digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia.

- c) Pengkajian *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) digunakan untuk mengevaluasi semua aspek afektif dan kognitif pada lansia.
- d) Pengkajian MMSE (*Mini-Mental State Exam*) digunakan untuk mengkaji status mental lansia.
- e) Pengkajian *Inventaris Depresi Beck* digunakan untuk mengetahui tingkat depresi lansia.
- f) Pengkajian UCLA *Loneliness Scale* digunakan untuk mengkaji tingkat kesepian klien.
- g) Pengkajian *Get Up and Go Test* dan *Morse Fall Scale* digunakan untuk mengkaji resiko jatuh klien.
- h) Pengkajian PSQI (*Pirtzburg Sleep Quality Index*) digunakan untuk mengkaji istirahat dan tidur klien.
- i) Pengkajian MNA (*Mini Nutritional Assessment*) digunakan untuk mengkaji status nutrisi klien.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1) Nyeri akut

a) Pengertian

Menurut PPNI (2017), 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 3 bulan.

b) Penyebab

Menurut PPNI (2017), penyebab nyeri akut antara lain :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c) Tanda dan gejala mayor

Menurut PPNI (2017), tanda dan gejala mayor pada penderita nyeri akut :

Subjektif : mengeluh nyeri.

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

d) Tanda dan gejala minor

Menurut PPNI (2017), tanda dan gejala minor pada penderita nyeri akut :

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

2) Gangguan mobilitas fisik

a) Definisi

Menurut PPNI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab

Menurut PPNI (2017), penyebab mobilitas fisik antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskulokeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

c) Gejala dan tanda mayor

Menurut PPNI (2017), tanda dan gejala mayor gangguan mobilitas fisik :

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- 1) Kekuatan otot menurun
 - 2) Rentang gerak menurun
- d) Gejala dan tanda minor

Menurut PPNI (2017), tanda dan gejala minor gangguan mobilitas fisik :

- 1) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.
- 2) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 1. Rencana Keperawatan (SDKI, 2017. SIKI, 2019. SLKI, 2019)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2) Keluhan nyeri menurun 3) Polanafas membaik 4) Frekuensi nadi membaik 5) Tekanan darah membaik 6) Polatidur membaik 7) Mampu menggunakan	MANAJEMEN NYERI (SIKI I.08238) <i>Observasi</i> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

teknik non-
farmakologis
(SLKI, L.08066)

Terapeutik

- 1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (TENS, hypnosis, terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/ dingin)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 2) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**KOMPRES PANAS
SIKI (L.08235)**

Observasi

- 1) Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis. penurunan sensasi, penurunan sirkulasi)
- 2) Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas
- 3) Periksa suhu alat kompres
- 4) Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama

Terapeutik

- 1) Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis. kantong plastik tahan
-

		air, botol air panas, bantalan pemanas listrik)
		2) Pilih lokasi kompres
		3) Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu
		4) Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera
		5) Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi
		<i>Edukasi</i>
		1) Jelaskan prosedur penggunaan kompres hangat
		2) Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya
		3) Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas
2.	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2) Nyeri menurun</p> <p>3) Kekakuan sendi menurun</p> <p>4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>5) Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>6) Toleransi menaiki tangga meningkat</p> <p>7) Tekanan darah membaik</p>
		<p>DUKUNGAN MOBILISASI SIKI (I.05173)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri</p> <p>2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1) Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>

(SLKI, L.05042)	2) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
-----------------	---

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Tahap ini perawat mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan. Implementasi dari rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa yang tepat diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien.

Penerapan implementasi yang dilakukan perawat harus berdasarkan intervensi berbasis bukti atau telah ada penelitian yang dilakukan terkait intervensi tersebut. Hal ini dilakukan untuk menjamin intervensi yang dilakukan aman bagi lansia. Salah satu penerapan implementasi lansia asam urat dilakukan dengan kompres hangat. Menurut intervensi keperawatan yang sering dilakukan kompres hangat dilakukan selama 3 hari, sehari 2 kali pagi dan sore (Pratintya, 2014).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Proses evaluasi menentukan keefektifitasan asuhan keperawatan yang diberikan. Pada klien lansia perawat harus kritis dan cermat dalam menilai dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Hal ini dikarenakan pada

lansia terjadi proses penuaan yang mengakibatkan adanya perubahan biologis yang mempengaruhi fungsi organ dan fungsional lansia.

5. Konsep Kompres Hangat

a. Pengertian Kompres Hangat dalam Menurunkan Nyeri Akut

Kompres hangat merupakan suatu metode penggunaan suhu hangat yang dapat menimbulkan efek fisiologis (Wahyuningsih, 2013). Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat kepada klien untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan yang berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah lokal, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler (Fauziah, 2013).

b. Mekanisme Kerja Kompres Hangat untuk Mengurangi Nyeri

Kompres hangat dapat mengurangi nyeri dengan memberikan energi panas melalui proses konduksi. Prinsip kerja kompres hangat dengan menggunakan handuk yang direndam dengan air hangat yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari handuk ke dalam tubuh sehingga menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang. Kompres hangat pada penderita nyeri sendi dapat mengatasi atau mengurangi nyeri yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga panas dapat meredakan iskemia dengan menurunkan kontraksi otot dan melancarkan pembuluh darah sehingga dapat

meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan serta meningkatkan aliran darah di daerah persendian dengan menurunkan viskositas cairan sinovial dan meningkatkan distensibilitas jaringan. Kompres hangat akan melebarkan pembuluh darah di sekitarnya. Hal ini mempermudah kristal urat untuk masuk ke pembuluh darah dan meninggalkan sendi (Isma Fauzi, 2014). Kompres dengan air hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Hidayat, Uliyah, 2015).

c. Metode Pelaksanaan Kompres Hangat

Kompres hangat dapat diberikan melalui handuk yang telah direndam dalam air hangat. Suhu yang digunakan untuk mengompres harus diperhatikan agar tidak terlalu panas. Walau digunakan untuk mengurangi nyeri, akan tetapi kompres hangat tidak dianjurkan digunakan pada luka yang baru atau kurang dari 48jam karena akan memperburuk kondisi luka. Kompres hangat juga tidak boleh digunakan pada luka terbuka dan luka yang masih terlihat bengkak. Kompres hangat dilakukan dengan tempertur 43°C atau jangan sampai terlalu panas dengan menyesuaikan kenyamanan klien yang akan dikompres dan dilakukan kompres sekitar 5-10 menit (Siregar, 2021). Menurut intervensi keperawatan yang sering dilakukan kompres hangat dilakukan selama 3 hari, sehari 2 kali pagi dan sore (Pratintya, 2014).

B. Kerangka Teori

