

BAB V PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian

Di bab ini, dibahas secara singkat tentang perbedaan antara ringkasan teori dan ringkasan kasus yang didapat saat penulis melakukan studi kasus asuhan keperawatan untuk pasien dengan penyakit *gout arthritis* pada Tn. W.W, yang berusia 73 tahun. Penelitian ini dilakukan di ruangan Maria Joseph RS Budi Setia Langowan selama 3 hari, mulai dari Kamis, 8 Mei 2025, hingga Sabtu, 10 Mei 2025. Prosesnya meliputi langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dan paling penting dalam proses keperawatan. Di tahap ini, perawat secara sistematis mengumpulkan, menganalisis, dan memverifikasi informasi tentang kesehatan klien, baik yang bersifat subjektif (apa yang dirasakan klien) maupun objektif (data yang dapat diukur). Tujuannya adalah untuk memahami kondisi kesehatan klien saat ini dan riwayat kesehatannya, serta mengidentifikasi masalah keperawatan yang akan digunakan untuk membuat diagnosis, rencana intervensi, pelaksanaan, dan evaluasi. Pengkajian ini bukan hanya sekedar mengumpulkan data, tetapi juga merupakan kegiatan profesional yang memerlukan kemampuan berpikir kritis, pemahaman klinis, keterampilan komunikasi, dan pengamatan menyeluruh terhadap kondisi fisik, mental, sosial, budaya, spiritual, dan lingkungan klien (Rizal, 2021).

Tanda-tanda gejala yang terjadi pada kondisi *gout arthritis* atau asam urat yang disebabkan oleh penumpukan kristal monosodium urat akibat kelebihan asam urat dalam darah hiperurisemia. Penyakit asam urat biasanya menyerang sendi-sendi perifer, dengan sendi jempol kaki sebagai Lokasi yang paling umum (Nugroho et al., 2022). Gejalanya dapat muncul secara tiba-tiba dan sangat menyakitkan yaitu:

1. Nyeri sendi mendadak dan hebat. Nyeri datang secara mendadak, sering kali di malam hari, intensitas nyeri sangat tinggi, terasa seperti terbakar atau ditusuk.

2. Kemerahan dan pembengkakan. Sendi terlihat kemerahan, terasa hangat, dan mengalami pembengkakan. Kulit diatas sendi tampak mengkilap akibat pembengkakan dan peregangan
3. Kaku sendi. Sendi menjadi sulit digerakan karena rasa sakit dan inflamasi, keterbatasan gerak biasanya hanya terjadi selama fase akut
4. Tofus kristal urat yang menumpuk dalam jaringan lunak membentuk benjolan keras tophi, biasanya muncul di area seperti jari, siku, lutut, atau daun telinga, ini menandakan bahwa gout telah menjadi kronis
5. Demam ringan. Beberapa pasien mungkin mengalami demam saat serangan akut, disertai rasa lemas dan tidak enak badan
6. Serangan berulang, jika tidak diobati dengan benar dapat terjadi berulang kali. Serangan yang berulang dapat menyebabkan kerusakan sendi permanen, seperti deformitas dan osteoritis.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada di tinjauan pustaka dan juga ada pada tinjauan kasus

1. Nyeri kronis terkait dengan kondisi muskuloskeletal yang sudah berlangsung lama (D.0078). Diagnosis keperawatan ini dianggap sebagai diagnosis utama karena penyakit asam urat pasien sudah berlangsung lebih dari 3 bulan. Hal ini didukung oleh data subjektif, di mana pasien menyatakan telah menderita asam urat selama 25 tahun. Pasien merasakan nyeri di seluruh tubuh dan persendian, serta nyeri di kaki kiri dari lutut sampai telapak kaki. Dia juga mengatakan nyeri saat disentuh, hanya bisa melakukan aktivitas ringan, cepat merasa lelah, dan sering terbangun malam karena nyeri. Pasien menggambarkan nyerinya seperti ditusuk-tusuk dan menilai skala nyerinya 6. Dari data objektif, pasien terlihat meringis, gelisah, dan lemah. Tanda vitalnya adalah: tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 109 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, suhu badan 36°C, dan saturasi oksigen 95%. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar asam urat 11,7 mg/dL (Liu et al., 2024).
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)
Diagnosis keperawatan ini diangkat karena keterbatasan gerak anggota tubuh secara mandiri dibuktikan dengan data subjektif: pasien mengatakan

kaki sulit untuk digerakan , pasien mengatakan nyeri pada kaki saat digerakan , aktifitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan badan terasa lemah. Data objektif: tampak pergerakan pasien terbatas, uji kekuatan otot yaitu ekstremitas atas 5 ekstremitas bawah sebelah kanan 4 sebelah kiri 2 tanda-tanda vital : TD: 110/70 mmhg, N: 109x/menit, R: 20x/menit, SB: 36°C, SPO2: 95% (Scirè et al., 2023).

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129)

Diagnosa keperawatan ini yang diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala kulit pasien tampak kemerahan, tampak terlihat tumpukan tofus pada sendi pasien dibuktikan dengan data subjektif: kerusakan jaringan dan lapisan kulit, pasien mengatakan nyeri diseluruh badan dan pembengkakan data objektif: tampak meringis, pendarahan, kemerahan, hematoma tanda-tanda vital : TD: 110/70 mmhg, N: 109x/menit, R: 20x/menit, SB: 36°C, SPO2: 95% (Xu et al., 2022).

4. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh kerusakan integritas kulit (D.0142)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena ditemukan tanda dan gejala infeksi karena pecahnya tumpukan asam urat dan terdapat kemerahan, bengkak, pada luka dibuktikan dengan data subjektif: keluarga pasien mengatakan belum bisa membersihkan bagian luka di kaki sebelah kiri, luka akibat pecah penumpukan asam urat. Data objektif: pasien tampak lemah, tampak meringis, tanda-tanda vital : TD: 110/70 mmhg, N: 109x/menit, R: 20x/menit, SB: 36°C, SPO2: 95% (Spaetgens et al., 2023).

5. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Diagnosa keperawatan ini yang di angkat karena kurang control tidur karena faktor yang pasien rasakan yaitu nyeri pada area sendi dibuktikan dengan data subjektif: pasien mengatakan tidak bisa tidur karena pasien merasa nyeri, pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari, pasien mengatakan merasa waktu istirahat berkurang, pasien mengatakan tidur hanya 1 jam pada malam hari. Data objektif: pasien tampak sulit tidur, tampak gelisah, tampak lemah, meringis kesakitan, tanda-tanda vital : TD:

110/70 mmhg, N: 109x/menit, R: 20x/menit, SB: 36°C, SPO2: 95% (Park et al., 2025).

5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah tahapan ke tiga setelah pengkajian dan diagnosis berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan keluhan dari pasien dalam tinjauan kasus maka penulis mengangkat lima diagnosa serta intervensi yang telah diberikan keperawatan yaitu:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)
Intervensi yang diberikan identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054)
Intervensi yang diberikan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi kemampuan pasien beraktifitas, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat) (D.0129)
Intervensi yang dilakukan meliputi memantau karakteristik luka (seperti drainase, warna, ukuran, dan bau), melepas balutan dan plester secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl atau sesuai kebutuhan, mengajarkan cara perawatan luka secara mandiri, serta bekerja sama dalam memberikan obat pereda nyeri.
4. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh kerusakan integritas kulit (D.0142)
Intervensi yang diberikan monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, kolaborasi pemberian analgetik
5. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Intervensi yang diberikan identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan psikologis), tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat dan pengaturan posisi), sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan dan mencapai kondisi yang lebih baik. Saat melaksanakan rencana perawatan, perawat fokus pada diagnosa yang ada. Tujuannya adalah membantu pasien dari keadaan yang kurang sehat menuju yang lebih baik sesuai dengan harapan hasil yang diinginkan. Dengan mengikuti proses perawatan ini perawat juga dapat merasa bertanggung jawab dan menghindari tindakan yang bisa berakibat hukum. Dalam setiap praktik keperawatan, penting untuk mencatat pengamatan, perawatan yang diberikan, dan respon pasien (Manullang, 2020).

1. Implementasikan yang diberikan untuk diagnosa nyeri yaitu memberikan teknik non farmakologi dengan memberikan kompres air hangat karena dengan memberikan kompres air hangat, karena dengan memberikan kompres air hangat dapat membantu melancarkan aliran darah, sehingga bisa meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan, menurunkan kontraksi otot, serta meningkatkan kenyamanan di area persendian.
2. Implementasikan yang diberikan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur dan pindah dari tempat tidur ke kursi. Dengan memberikan mobilisasi sederhana dapat memperlancar peredaran fungsi tubuh, dan mempertahankan kekuatan otot.
3. Implementasikan yang diberikan untuk diagnosa Gangguan integritas kulit dan jaringan memonitor tanda- tanda vital dengan mengukur tekanan darah, nadi, respirasi, saturasi oksigen, suhu badan, memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, tatalaksana pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr (2x1).

4. Implementasikan yang diberikan untuk diagnosa Risiko infeksi memonitor tanda dan gejala sistemik, membatasi jumlah pengunjung agar kebersihan dan lingkungan pasien tetap terjaga, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar dengan teknik 6 langkah, tatalaksana pemberian obat antibiotik ceftriaxone 1 gr (2x1).
5. Implementasikan yang diberikan untuk diagnosa gangguan pola tidur yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti, sebelum pasien beristirahat diberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi rasa nyeri pada bagian kaki. Dengan meningkatkan kenyamanan, pasien dapat beristirahat dengan baik.

5.5 Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam dan evaluasi selama 1 hari maka evaluasi yang diperoleh yaitu nyeri kronis teratasi dimana pasien mengatakan nyeri berada di skala 2.
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam dan evaluasi selama 1 hari maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah gangguan mobilitas teratasi dimana pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri dan pasien mengatakan sudah bisa berdiri dan berjalan.
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat), setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam dan evaluasi selama 1 hari maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah integritas kulit dan jaringan teratasi dimana pasien mengatakan kerusakan jaringan pada kaki sebelah kiri sudah mulai membaik, pasien sudah mulai beraktifitas seperti biasa.
4. Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh kerusakan integritas kulit setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam dan evaluasi selama 1 hari maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah infeksi teratasi dimana Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang di

kaki sebelah kiri, Pasien mengatakan paham apa yang diedukadi tentang tanda-tanda infeksi.

5. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam dan evaluasi selama 1 hari maka evaluasi yang diperoleh yaitu gangguan pola tidur teratasi dimana pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari, pasien mengatakan sudah tidak terbangun pada malam hari.

