

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP LANSIA

1. Pengertian lansia

Menjadi menua merupakan suatu proses menghilang secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diterima. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alami. Proses menua dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho, 2008).

2. Batasan umur lanjut usia

Menurut WHO (World Health Organization)

- a. Usia pertengahan (middle age) yaitu 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) yaitu 60-74 tahun
- c. Lanjut usia Tua (old) yaitu 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (Very Old) yaitu 90 tahun lebih

3. Teori Proses Penuaan

a. Teori Biologi

Penuaan merupakan proses perubahan yang kumulatif secara berangsur-angsur dimulai dari perubahan struktur sel akibat lingkungan maupun dikarenakan degeneratif (Mubarak, 2011).

1) Teori jam genetik

Menurut teori ini, secara genetik sudah terprogram bahwa material didalam inti sel dikatakan bagaimana memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-sel nya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi (Mubarak, 2011).

2) Teoricross-linkage (rantai silang)

Kolagen yang merupakan unsur penyusunan tulang diantara nya susunan molekular, lama kelamaan akan meningkat kekakuanya (tidak elastis). Hal ini disebabkan oleh karena sel-sel yang sudah tua dan reaksi kimia nya menyebabkan jaringan yang sangat kuat (Mubarak, 2011).

3) Teori stress-adaptasi

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasanya digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai (Mubarak, 2011).

b. Teori psikososial

1) Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas – tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya.

Hasilakhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusasaan adalah kebebasan (Mubarak, 2011).

2) Teori stabilitas personal

Kepribadian seseorang terbentuk pada masa kanak - kanak dan tetap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi mengindikasikan penyakit otak (Mubarak, 2011).

3) Teori Sosiokultural

Teori yang merupakan teori sosiokultural adalah sebagai berikut:

a. Teori pembebasan (disengagement theory)

Teori menurut Nugroho ini menyatakan bahwa dengan bertambah nya usia, seseorang berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya, atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi :

- a). Kehilangan peran
- b). Hambatan kontra sosial
- c). Berkurangnya komitmen

4. Permasalah - Permasalahan pada Lansia

Menurut Fatimah tahun 2010 permasalahan pada lansia adalah :

- a. Kulit keriput, kulit kering, kurang elastis, rambut menipis, warna rambut kelabu.

- b. Fungsi proteksi kulit menurun, Temperatur menurun akibat rendahnya aktivitas otot.
- c. Kecepatan kontraksi otot menurun
- d. Katub jantung menebal dan kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun dan berkurangnya curah jantung. Berkurangnya *heart rate* terhadap stres, tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer.
- e. Ginjal mengecil, nefron atrofi dan kemampuan ginjal untuk mengencerkan urine menurun.
- f. Berkurangnya oksigen intake dan berkurangnya refleks batuk.
- g. Kehilangan gigi, peristaltik melemah, kemampuan absorpsi menurun
- h. Lensa keruh, berkurangnya daya akomodasi
- i. Osteoarthritis, hilangnya zat pembentuk tulang
- j. Presbiakusis, degeneratif tuba eustachi
- k. Berkurangnya berat otak 1-20%, reaksi menjadi lambat, menurunnya saraf otonom
- l. Produksi hormon menurun
- m. Menopause atau penurunan seksualitas

B. KONSEP GOUT ATHRITIS

1. Definisi Gout Arthritis

Gout adalah yang diakibatkan gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan hiperurikemi dan serangan sinovitis akut berulang-ulang.

(Choiridin) penyakit ini paling sering menyerang pria usia pertengahan sampai usia lanjut dan wanita menopause (Nurarif, 2015).

Teori Indriawan asam urat adalah asam yang berbentuk kristal-kristal yang merupakan hasil akhir dari metabolisme purin (bentuk turunan nukleoprotein), yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat pada inti sel-sel tubuh. Secara alamiah, purin terdapat dalam tubuh kita dan dijumpai pada semua makanan dari sel hidup, yakni makanan dari tanaman (sayur, buah, dan kacang-kacangan) ataupun hewan (daging, jeroan, ikan sarden, dan lain sebagainya) (Sharif, 2012).

Gout Arthritis adalah suatu peradangan sendi sebagai manifestasi dari akumulasi endapan kerystal monosodium urat. Yang berkumpul didalam sendi sebagai akibat dari tingginya kadar asam urat didalam darah (Helmi, 2012).

2. Etiologi

Gangguan metabolic dengan meningkatnya konsentensi asam urat ini di timbulkan dari penimbunan kristal di sendi otot monosodium urat (MSU, gout) dan kalsium pirofosfat (CPPD, pseudogout, dan pada tahap yang lebih lanjut terjadi degenerasi tulang rawan sendi. Klasifikasi gout dibagi 2 yaitu:

1. Gout primer:

dipengaruhi oleh faktor genetik, terhadap produksi atau sekresi asam urat yang berlebihan dan tidak diketahui penyebabnya.

2. Gout sekunder

- a) Pembentukan asam urat yang berlebih.
 - Kelainan mieloproliferatif (polisitemia, leukemia, myeloma retikularis)
 - Sindroma lech-nyhan yaitu suatu kelainan akibat defisiensi hipoxantin guanine fosforibosil yaitu terjadi pada anak-anak dan pada sebagian orang dewasa
 - Gangguan penyimpanan glukogen
 - Pada pengobatan anemia pernisiiosa oleh karena maturasi sel megaloblastik menstimulasi pengeluaran asam urat
- b) Sekresi asam urat yang berkurang misalnya pada:
 - Kegagalan ginjal kronik
 - Pemakaian obat salisilat, tiazid, beberapa macam diuretic dan sulfonamide
 - Keadaan-keadaan alkoholik, hiperparatiroidisme dan pada miksedema.

Faktor predisposisi penyakit gout yaitu, umur, jenis kelamin lebih sering terjadi pada pria, iklim, herediter dan keadaan-keadaan yang menyebabkan timbulnya hiperurekemia (Nurarif, 2015).

3. Patofisiologi

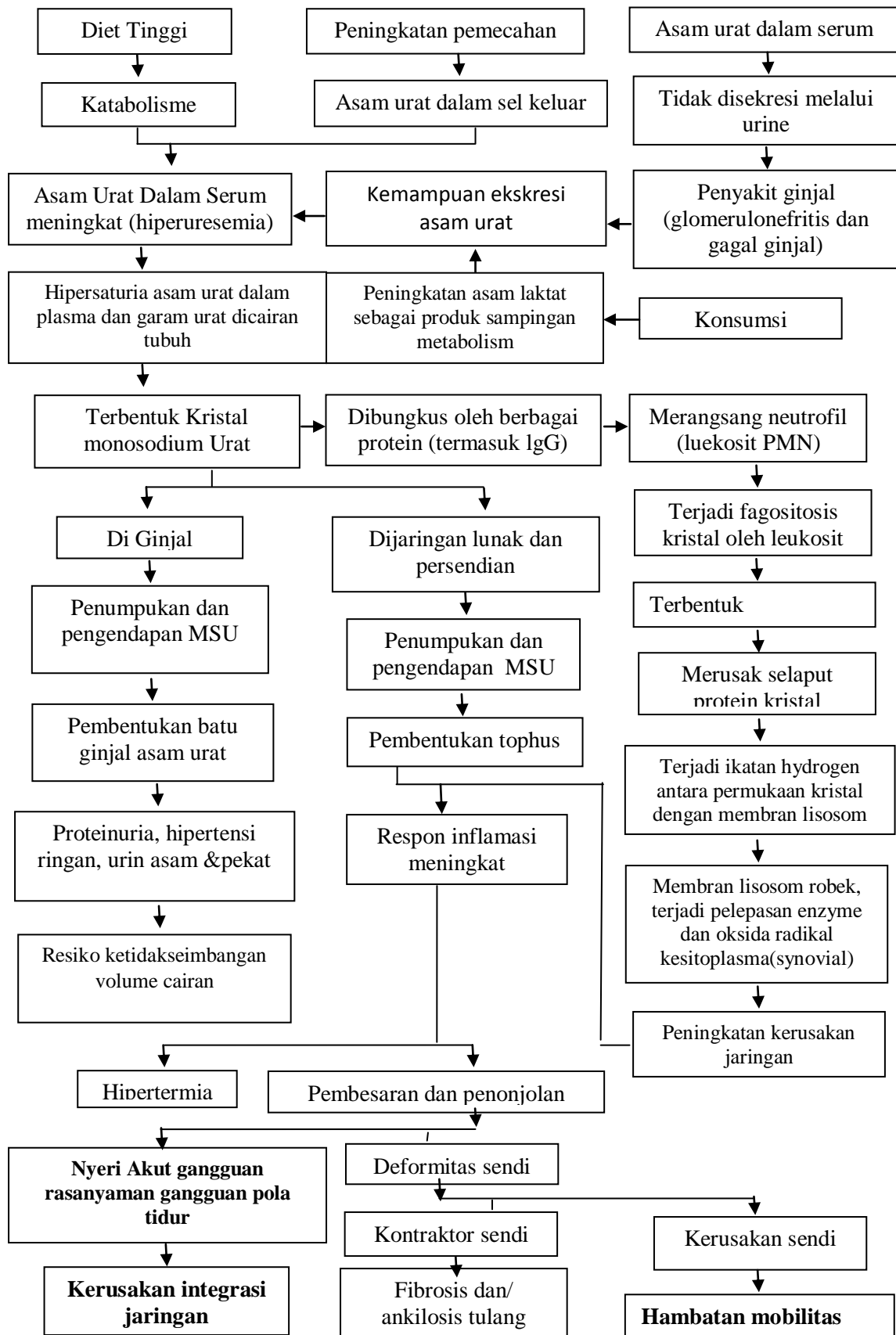
Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat, ataupun keduanya. Asam urat adalah metabolisme purin. Penimbunan kristal urat dan serangan yang

berulang akan menyebabkan terbentuknya endapan seperti kapur putih yang disebut tofo / tofus (*tophus*) ditulang rawan dan kapsul sendi. Pada tempat tersebut endapan akan memicu reaksi peradangan granulomatosa, yang ditandai dengan masa urat amorf (*Kristal*) dikelilingi oleh *makrofag*, *limfosit*, *fibroblast*, dan sel raksasa benda asing. Peradangan kronis yang persisten dapat menyebabkan *fibrosis sinovium*, erosi tulang rawan, dan dapat diikuti oleh fusi sendi (*ankilosis*). Tofus dapat terbentuk di tempat lain (misalnya: tendon, bursa, jaringan lunak). Pengendapan kristal asam urat dalam tubulus ginjal dapat mengakibatkan penyumbatan dan nefropati gout (Helmi, 2012).

Menurut depkes nilai normal asam urat

Laki laki : 3,4-7,0 mg/dl.

Wanita : 2,4 – 6,0 mg/dl.



Gambar 2.1
(Pathway Gout Arthritis)

4 Manifestasi klinis

Terdapat empat stadium perjalanan klinis gout yang tidak diobati:

- a. Stadium pertama adalah hiperurisemia asimtomatik. Pada stadium ini asam urat serum laki laki meningkat dan tanpa gejala selain dari peningkatan asam urat serum.
- b. Stadium kedua arthritis gout akut terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal.
- c. Stadium ketiga setelah serangan gout akut adalah tahap interkritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada tahap ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
- d. Stadium ke empat adalah tahap gout kronik, dengan timbunana sam urat yang terus meluas selama beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibat Kristal – kristal asam urat menyebabkan nyeri, sakit, dan kaku, juga pembekaan dan penonjolan sendi bengkak.

5. Penatalaksanaan

Penanganan gout biasanya dibagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan hiperurisemia pada pasien atritis kronik. Ada 3 tahap dalam terapi penyakit ini yaitu:

1. Mengatasi serangan akut.
2. Mengurangi kadar asam urat untuk mencegah penimbunan kristal asam urat pada jaringan, terutama persendian

3. Terapi pencegahan menggunakan terapi hiperurisemik.

a. Terapi non farmakologi

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

b. Terapi farmakologi

Serangan akut

Istirahat dan terapi cepat dengan cepat dapat dengan pemberian NSAID, misalnya indometasin 200 mg/hari atau diklofenak 150 mg/hari, merupakan terapi pertama dalam menangani serangan akut gout, asalkan tidak ada kontraindikasi terhadap NSAID. Aspirin harus di hindari karna ekresi aspirin berkompetisi dengan asam urat dan dapat memperparah serangan akut gout. Keputusan memilih NSAID atau kolkisin tergantung pada keadaan pasien, misalnya ada penyakit penyerta lain / komorbid, obat lain yang juga di berikan pada pasien pada saat yang sama, dan fungsi ginjal. Kolkisin merupakan obat pilihan jika pasien menderita penyakit kardiovaskular, termasuk hipertensi, pasien juga mendapat untuk gagal jantung dan pasien yang mengalami toksisitas gastrointestinal, kecenderungan pendarahan atau gangguan fungsi ginjal. Obat yang menurunkan kadar asam urat serum (allopurinol dan obat urikosurik seperti probenesid dan sulfinpirazon) tidak boleh di gunakan pada

saat serangan akut. Penggunaan NSAID, inhibitor cyclooxygenase-2 (COX-2), kolkisin dan kortikosteroid untuk serangan akut di bicarakan pada saat berikut ini.

1) NSAID: NSAID merupakan terapi lini pertama yang efektif untuk pasien yang mengalami serangan gout akut. Hal terpenting yang menentukan keberhasilan terapi bukanlah pada NSAID yang di pilih melainkan dengan dosis sepenuhnya (full dose) pada pada 24-48 jam pertama atau sampai rasa nyeri hilang, indometasin banyak di resepkan untuk serangan akut artritis gout, dengan dosis awal 75-100mg/hari. Dosis ini kemudian di turunkan setelah 5 hari bersamanya dengan meredanya serangan akut. Efek samping indometasin antara lain pusing dan gangguan saluran cerna, efek ini akan sembuh pada saat dosis obat di turunkan. NSAID lain yang umum di gunakan untuk mengatasi episode gout akut adalah:

- a) Naproxen – awal 750 mg , kemudian 250 mg 3 kali sehari
- b) Piroxicam – awal 40 mg , kemudian 10-20 mg/hari
- c) Diclofenac – awal 100 mg, kemudian 100 mg, kemudian 50 mg 3 kali/ hari selama 48 jam kemudian 50 mg selama 8 jam 2 kali sehari (Nurarif, 2015).

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Kadar asam urat serum meningkat
- b. Laju sedimentasi eritrosit (SLE) meningkat
- c. Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat

- d. Analisis cairan sinovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan Kristal urat monosodium yang membuat diagnosis
- e. Sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan Perubahan sendi

C. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Gangguan Muskuloskeleta

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2011).

1) Identitas

Identitas klien yang bisa di kaji pada penyakit system muskuloskeletal adalah usia, karena ada beberpa penyakit muskuloskeletal banyak terjadi pada klien di atas usia 60 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit gout artritis adalah klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena, adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Berupa uraian untuk mengenal penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai ke layanan di bawa kerumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit, serta pengobatan yang pernah di lakukan.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit kesehatan yang dulu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/ keturunan.

a. Pemeriksaan fisik

1). Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan musculoskeletal biasanya lemah

2). Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis dan apatis

3). Tanda- tanda vital

a) Suhu meningkat ($\geq 37^{\circ}\text{C}$)

b) Nadi (70-82x/menit)

c) Tekanan darah meningkat atau dalam rentan normal

d) Pernapasan biasanya meningkat atau normal

4). Pemeriksaan Review Of System

a) System pernafasan (B1 : Breathing)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

b) System sirkulasi (B2 : Bleeding)

Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apikal, sirkulasi perifer, warna dan kehangatan.

c) System persarafan (B3 : Brain)

Kaji adanya hilangnya gerakan/sensai, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil.

d) System perkemihan (B4 : Bleder)

Perubahan pola perkemihan, seperti disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin.

e) Sitem pencernaan (B5 : Bowel)

Konstipasi, konsistensi feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

f) System musculoskeletal (B6 : Bone)

kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin, terlokasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan, otot, kontraktur, atrofi oto, laserasi kulit dan perubahan warna.

1) Pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana pola hidup sehat

b) Pola nutrisi

Mengambarkan masukan nutrisi, balance cairan, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah dan makanan kesukaan.

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi.

d) Pola istirahat tidur

menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap energi, jumlah tidur malam dan siang, masalah tidur

e) Pola hubungan dan peran

Mnggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, masalah keuangan. Pengkajian APGAR gerontik.

f) Pola sensori kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian pengelihatn, pendengaran, perasaan, pembau.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai

system terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio, kultural, spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit.

h) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas

i) Pola mekanisme coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress

j) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spiritual (Aspiani, 2014)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam, 2011).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis pembengkakan sendi, melaporkan nyeri secara verbal pada area sendi) (Nurarif,2015).
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kaku sendi dan kontraktur.
- c. Kerusakan integritas jaringan b.d kelebihan cairan (peradangan kronik akibat adanya kristal urat)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu dan mencapai criteria hasil (Nursalam,2011).

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria	Intervensi
<p>1. Nyeriakut Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat keruakan jaringan yang akut atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan tiba –tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6bulan.</p> <p>Batasankarakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) perubahan tekanan darah b) perubahan selera makan c) perubahan frekwensi jantung d) perubahan frekwensi pernapasan e) laporan isyarat f) diforesis g) prilaku distraksi (berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas orang lain, aktivitas yang berulang) h) mengepresikan prilaku (gelisa, merengek, menangis) i) masker wajah kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis) j) sikap melindungi area nyeri k) fokus menyempit (gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan intraksi dengan orang dan lingkungan) l) indikasi nyeri yang dapat diamati m) perubahan posisi untuk menghindari nyeri n) sikap tubuh melindungi o) dilatasi pupil p) melaporkan nyeri secara verbal q) gangguan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> a) Pain Level b) Pain control c) Control level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b) melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c) mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d) menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Manajemen Nyeri (Pain management)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitas b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui engalaman nyeri pasien d) kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri e) evaluasi pengalaman nyeri masa lampau f) evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau g) bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan h) kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan i) kurangi faktor presipitasi nyeri j) pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi dan inter personal) k) kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi l) ajarkan tentang teknik non farmakologi (kompres hangat) m) berikan analgetik untuk mengurangi nyeri n) evaluasi keefektifan kontrol nyeri o) tingkatkan istirahat p) kalaborasi dengan dokter jika ada keluhan tindakan nyeri tidak berhasil r) monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri (Nurarif, 2015)

<p>Hambatan mobilitas fisik</p> <p>Definisi: Keterbatasan pada penggerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> penurunan waktu reaksi kesulitan membolak-balik posisi melakukan aktivitas lain sebagai pengganti penggerakan (peningkatkan perartian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku fokus pada ketunadayaan/aktivitas sebelum sakit) dispnea setelah beraktivitas perubahan setelah cara berjalan gerakan bergetar keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar keterbatasan rentang pergerakan sendi tremor akibat penggerakan ketidakstabilan postur pergerakan lambat 	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien meningkat dalam aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah mengerakan menggunakan alat bantu untuk mobilitas (walker) 	<p>Exercisetherapy: ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> monitoring vital sign sebelum / sesudah melatih dan lihat respon pasien saat latihan konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain dengan teknik ambulasi kaji kemampuan pasien dalam mobilitas latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan dampingi dan bantu pasien saat mobilitas dan bantu penuhi kebutuhan ADLs berikan alat bantu jika klien memerlukan ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan <p style="text-align: right;">(Nurarif, 2015)</p>
<p>Kerusakan integritas jaringan</p> <p>Definisi : kerusakan jaringan membran mukosa,kornea,intgumen atau subkutan</p> <p>Batas karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> Kerusakan jaringan(mis.,kornea,membran mukosa ,kornea,integumen,atau subkutan) Kerusakan jaringan <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan sirkulasi Iritan zat kimia Defisit cairan Kelebihan cairan hambatan mobilitas fisik Kurang pengetahuan Faktor mekanik Faktor nutrisi Radiasi Suhu eksterm 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> Tissue integrity : skin and mucous Wound healing : primary and secondary intention <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> Perfusi jaringan normal Tidak ada tanda-tanda infeksi ketebalan dan teksture jaringan normal menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang pus dan bau berkurang menunjukkan terjadinya proses ppenyembuhan luka 	<p>NIC</p> <p>Perssure ulcer prevention wound care</p> <ol style="list-style-type: none"> anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar jaga kulit agar tetap bersih dan kering mobilisasi pasien setiap dua jam sekali monitor kulit akan adanya kemerahan oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan monitor aktivitas dan mobilisasi pasien monitor status nutrisi pasien memandikan pasien dengan sabun dan air hangat observasi luka : lokasi,dimensi,kedalaman luka,jaringan nekrotik,tanda-tanda infeksi lokal,formasi traktus ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka terapi komplementer

		penggunaan madu l) kolaborasi ahli gizi pemberian diit m) cegah kontaminasi fase dan urine n) lakukan tehnik perawatan luka dg steril o) berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka p) hindari kerutan pada tempat tidur
--	--	--

(Nurarif, 2015)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam,2011).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya (Nursalam,2011).

Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akat

- a. Klien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c. Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Diagnosa keperawatan : Hambatan mobilitas fisik

- a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- b. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- c. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

Diagnosa keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

- a. Perpusi jaringan normal
- b. Tidak ada tanda-tanda infeksi
- c. Ketebalan dan tekstur jaringan normal
- d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
- e. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka

D. Konsep Nyeri

1. Definisi

Mc Caferi (1979), nyeri didefinisikan sebagai suatu fenomena yang sulit dipahami, kompleks, dan bersifat misteri yang mengaruhi seseorang, serta eksistensinya diketahui bila seorang mengalaminya. Kozier dan Erb (1983), nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai suatu penderitaan yang di akibatkan oleh persepsi yang nyata, ancaman, dan fantasi luka. International association for the study of pain (IASP) (1979), nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau

digambarkan dalam ragam menyangkut kerusakan, atau sesuatu yang digambarkan dengan terjadinya kerusakan. (Ana Zakiyah, 2015).

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut

Menurut federation of state medical boards of united states, nyeri akut adalah respons fisiologi normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut.

b. Nyeri kronis

The international association for study of pain (IASP) mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal enam bulan, karakteristik penyembuhan nyeri kronis tidak dapat diprediksi meskipun penyebabnya mudah ditentukan, namun pada beberapa kasus, penyebabnya kadang sulit ditentukan.

3. Tingkat Nyeri

Alat ukur nyeri skala wajah (wong baker) direkomendasikan untuk usia dewasa. Setiap gambar menggunakan kata-kata yang melukiskan intensitas nyeri yang dialami. Anjurkan pada pasien memilih gambar wajah yang menjelaskan rasa nyeri yang dialaminya. Wajah 0 menggambarkan tidak ada rasa nyeri, wajah 2 menggambarkan nyeri ringan, wajah 4 menggambarkan nyeri yang mengganggu, wajah 6 menggambarkan nyeri yang menyusahkan, wajah 8 menggambarkan nyeri hebat, wajah 10 menggambarkan nyeri sangat hebat.