

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia dan Proses Menua

2.1.1 Definisi Lansia dan Proses Menua

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan.

Seseorang dikatakan lansia ialah apabila berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial (Nugroho, 2012).

Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ. Perubahan tersebut pada umumnya mengaruh pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang pada akhirnya akan berpengaruh pada ekonomi dan sosial lansia. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada *activity of daily living* (Fatimah, 2010).

2.1.2 Teori Proses Menua

Menurut Depkes RI (2016) tentang proses menua yaitu:

1. Teori – teori biologi

a. Teori genetik dan mutasi (*somatic mutatie theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul – molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel.

b. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak).

c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*auto immune theory*)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

d. Teori “immunology slow virus” (*immunology slow virus theory*)

Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

e. Teori stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat

mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

f. Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

g. Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

h. Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2. Teori kejiwaan sosial

a. Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia berupa mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil.

b. Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

c. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni: (1) Kehilangan peran; (2) Hambatan kontak sosial; (3) Berkurangnya kontak komitmen.

2.1.3 Batasan Lanjut Usia

Menurut Nugroho (2008) ada beberapa pendapat para ahli mengenai batasan lanjut usia diantaranya :

1. Menurut *World Health Organization* (WHO), ada empat tahapan lanjut usia yaitu:
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

2. Menurut Koesoemanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) yaitu usia 18/20-25 tahun
- b. Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas (usia 25-60/65 tahun)
- c. Lanjut usia (*geriatric age*) yaitu usia lebih dari 65/70 tahun, terbagi:
 - 1) Usia 70-75 tahun (*young old*)
 - 2) Usia 75-80 tahun (*old*)
 - 3) Usia lebih dari 80 tahun (*very old*)

3. Menurut Hurlock, perbedaan lanjut usia terbagi dalam dua tahap yaitu:

- a. *Early old age* (usia 60-70 tahun)
- b. *Advanced old age* (usia 70 tahun ke atas)

2.1.4 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik yang berusia lebih dari 60 tahun, kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif (Maryam, 2008).

2.1.5 Klasifikasi Lansia

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia terdiri dari:

1. Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
2. Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
3. Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun lebih dengan masalah kesehatan

4. Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
5. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain

2.1.6 Ciri-Ciri Lansia

Menurut Depkes RI (2016), ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

1. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkankan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.7 Perubahan-perubahan pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011).

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Indra

Sistem pendengaran: *Prebiakusis* (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b. Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami *atrofi*, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudorifera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

c. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

1) Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata.

Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

2) Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

- 3) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
- 4) Sendi: pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fasci mengalami penuaan elastisitas.

d. Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan *lipofusin*, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun

(kepekaan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju *filtrasi*, *ekskresi*, dan *reabsorpsi* oleh ginjal.

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan *atrofi* yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya *ovary* dan *uterus*. Terjadi *atrofi* payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Kognitif: (1) Daya Ingat (*Memory*); (2) IQ (*Intellegent Quotient*); (3) Kemampuan Belajar (*Learning*); (4) Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*); (5) Pemecahan Masalah (*Problem Solving*); (6) Pengambilan Keputusan (*Decision Making*); (7) Kebijakan (*Wisdom*); (8) Kinerja (*Performance*); (9) Motivasi (*Motivation*)

3. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- a. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditas)
- e. Lingkungan
- f. Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- g. Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.
- h. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri,perubahan konsep diri. Perubahan spiritual agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakinmatang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir danbertindak sehari-hari.

4. Perubahan Psikososial

a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jikalansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat,gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

b. Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangandapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah

rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

d. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. Parafrenia

Suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. *Sindroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinya, sering

menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.1.8 Tujuan Pelayanan Kesehatan pada Lansia

Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia menurut Depkes RI (2016) terdiri dari :

1. Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.
2. Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas-aktifitas fisik dan mental.
3. Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal.
4. Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian pada lansia yang berada dalam fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat. Fungsi pelayanan dapat dilaksanakan pada pusat pelayanan sosial lansia, pusat informasi pelayanan sosial lansia, dan pusat pengembangan pelayanan sosial lansia dan pusat pemberdayaan lansia.

2.2 Konsep Penyakit Gout Arthritis

2.2.1 Pengertian Gout Arthritis

Gout adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi, sangat sering ditemukan pada kaki bagian atas, pergelangan dan kaki bagian tengah (Merkie, Carrie. 2005).

Gout Arthritis merupakan penyakit inflamasi sendi yang ditandai dengan penumpukan kristal monosodium urat di dalam ataupun di sekitar persendian. Monosodium urat ini berasal dari metabolisme purin. Hal penting yang mempengaruhi penumpukan kristal adalah hiperurisemia dan saturasi jaringan tubuh terhadap urat. Apabila kadar asam urat di dalam darah terus meningkat dan melebihi batas ambang saturasi jaringan tubuh, penyakit ini akan memiliki manifestasi berupa penumpukan kristal monosodium urat secara mikroskopis maupun makroskopis berupa tophi (Zahara, 2013).

2.2.2 Etiologi

Penyebab terjadinya gout adalah karena adanya deposit/penimbunan kristal asam urat dalam sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolisme asam urat abnormal dan kelainan metabolik dalam pembentukan *purin* dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal (Aspiani, 2014). Faktor pencetus terjadinya endapan kristal urat yaitu :

1. Diet tinggi purin dapat memicu terjadinya *gout* pada orang yang mempunyai kelainan bawaan dalam metabolisme *purin* sehingga terjadi peningkatan produksi asam urat.
2. Penurunan *filtrasi glomerulus* merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang paling sering dan mungkin disebabkan oleh banyak hal.

3. Pemberian obat diuretik seperti *tiazid* dan *furosemid*, salisilat dosis rendah dan etanol juga merupakan penyebab penurunan ekskresi asam urat yang sering dijumpai.
4. Produksi yang berlebihan dapat disebabkan oleh adanya defek primer pada jalur penghematan *purin* (mis, defisiensi *hipoxantin fosforibosil transferase*), yang menyebabkan peningkatan pergantian sel (mis, *sindrom lisis tumor*) menyebabkan *hiperurisemia* sekunder.
5. Minum alkohol dapat menimbulkan serangan gout karena alkohol meningkatkan produksi urat. Kadar laktat darah meningkat akibat produk sampingan dari metabolisme normal alkohol. Asam laktat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga terjadi peningkatan kadarnya dalam serum.
6. Sejumlah obat-obatan dapat menghambat ekskresi asam urat oleh ginjal sehingga dapat menyebabkan serangan *gout*. Yang termasuk diantaranya adalah *aspirin* dosis rendah (kurang dari 1 sampai 2 g/hari), *levodopa*, *diazoksid*, asam *nikotinat*, *asetazolamid*, dan *etambutol*.

2.2.3 Patofisiologi

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat, ataupun keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme *purin*. Secara normal, metabolisme *purin* menjadi asam urat dapat diterangkan sebagai berikut: Sintesis *purin* melibatkan dua jalur, yaitu jalur *de novo* dan jalur penghematan (*salvage pathway*) (Aspiani, 2014).

1. Jalur *de novo* melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui *prekursor nonpurin*. Substrat awalnya adalah *ribosa-5-fosfat*, yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asam *inosinat*, asam *guanilat*, asam *adenilat*). Jalur ini dikendalikan oleh rangkaian mekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu: *5-fosforibosilpirofosfat* (PRPP), *sintetase* dan *amido-fosforibosiltransferase* (*amido-PRT*). Terdapat suatu mekanisme inhibisi umpan balik oleh *nukleotida purin* yang terbentuk, yang fungsinya untuk mencegah pembentukan yang berlebihan.
2. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan *nukleotidapurin* melalui basa *purin* bebasnya, pemecahan asam *nukleat*, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur *de novo*. Basa *purin* bebas (*adenin*, *guanin*, *hipoxantin*) berkondensasi dengan PRPP untuk membentuk *prekursor nukleotida purin* dan asam urat. Reaksi ini dikatalisis oleh dua enzim: *hipoxantin guanin fosforibosiltransferase* (HGPRT) dan *adenin fosforibosiltransferase* (APRT).

Asam urat yang terbentuk dari hasil metabolisme *purin* akan difiltrasi secara bebas oleh *glomerulus* dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian diekskresikan di *nefron distal* dan dikeluarkan melalui urin.

Pada penyakit Gout, terdapat gangguan kesetimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dan asam urat tersebut, meliputi:

1. Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
2. Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
3. Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan *cellular turnover*) atau peningkatan sintesis *purin* (karena defek enzim-enzim atau mekanisme umpan balik inhibisi yang berperan).
4. Peningkatan asupan makanan yang mengandung *purin*.
5. Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi akan meningkatkan asam urat dalam tubuh. Asam urat ini merupakan suatu zat yang kelarutannya sangat rendah sehingga cenderung membentuk kristal. Penimbunan asam urat paling banyak terdapat di sendi dalam bentuk kristal monosodium urat.

Adanya kristal mononatrium urat ini akan menyebabkan inflamasi melalui beberapa cara:

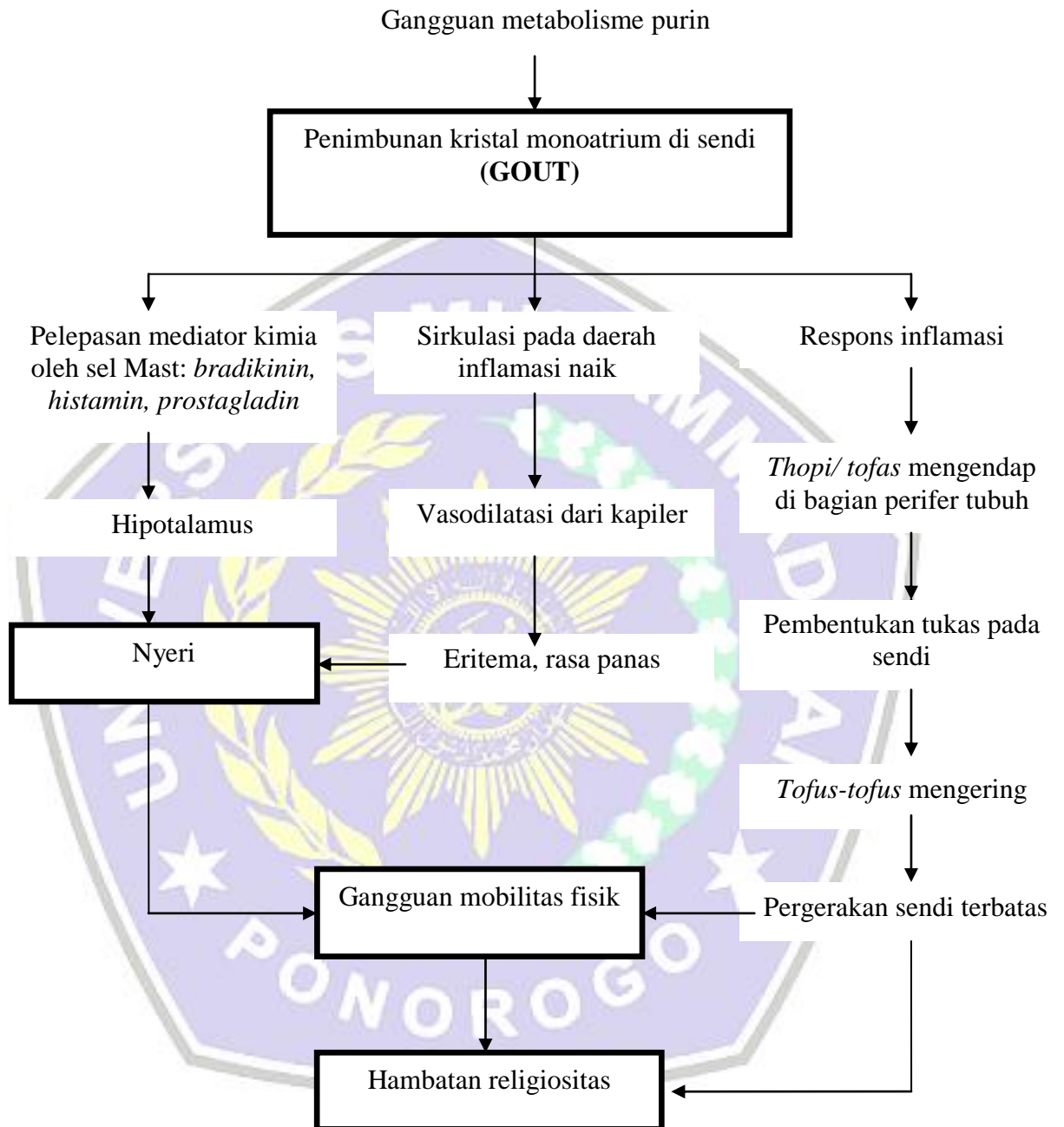
1. Kristal bersifat mengaktifkan sistem komplemen terutama C3a dan C5a. Komplemen ini bersifat *kemotaktik* dan akan merekrut neutrofil ke jaringan (sendi dan membran *sinovium*). Fagositosis terhadap kristal memicu pengeluaran radikal bebas toksik dan *leukotrien*, terutama *leukotrien B*. Kematian *neutrofil* menyebabkan keluarnya enzim *lisosom* yang destruktif.
2. Makrofag yang juga terekrut pada pengendapan kristal urat dalam sendi akan melakukan aktivitas *fagositosis*, dan juga mengeluarkan berbagai *mediator proinflamasi* seperti IL-1, IL-6, IL-8, dan TNF. *Mediator-mediator* ini akan memperkuat respons peradangan, di

samping itu mengaktifkan sel *sinovium* dan sel tulang rawan untuk menghasilkan *protease*. *Protease* ini akan menyebabkan cedera jaringan.

3. Penimbunan kristal urat dan serangan yang berulang akan menyebabkan terbentuknya endapan seperti kapur putih yang disebut tofi/tofus (*tophus*) di tulang rawan dan kapsul sendi. Di tempat tersebut endapan akan memicu reaksi peradangan granulomatososa, yang ditandai dengan massa urat amorf (kristal) dikelilingi oleh *makrofag*, *limfosit*, *fibroblas*, 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*.



2.2.4 Pathway Gout



Gambar 2.1 Pathway Gout

2.2.5 Manifestasi klinis

Pada keadaan normal kadar urat serum pada laki-laki mulai meningkat setelah pubertas. Pada perempuan kadar urat tidak meningkat sampai setelah menopause karena estrogen meningkatkan ekskresi asam urat melalui ginjal. Setelah menopause, kadar urat serum meningkat seperti pada pria. Ada *prevalensi familial* dalam penyakit yang mengesankan satu dasar genetik dari penyakit ini. Namun, ada beberapa faktor yang agaknya memengaruhi timbulnya penyakit ini, termasuk diet, berat badan, dan gaya hidup (Aspiani, 2014). Menurut Aspiani (2014) terdapat empat stadium perjalanan klinis dari penyakit gout yaitu:

1. Stadium I

Stadium I adalah *hiperuresemia asimtomatik*. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah $5,1 \pm 1,0$ mg/dl, dan pada perempuan adalah $4,0 \pm 1,0$ mg/dl. Nilai-nilai ini meningkat sampai 9-10 mg/dl pada seseorang dengan gout. Dalam tahap ini pasien tidak menunjukkan gejala-gejala selain dari peningkatan asam urat serum.

2. Stadium II

Stadium II adalah *arthritis gout* akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi *metatarsofalangeal*. *Arthritis* bersifat *monoartikular* dan menunjukkan tanda-tanda peradangan lokal. Mungkin terdapat demam dan peningkatan jumlah leukosit. Serangan dapat dipicu oleh pembedahan, trauma, obat-obatan,

alkohol, atau stress emosional. Sendi-sendi lain dapat diserang, termasuk sendi jari-jari tangan, dan siku. Serangan *gout* akut biasanya pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat makan waktu 10 sampai 14 hari.

Perkembangan dari serangan akut gout, mula-mula terjadi *hipersaturasi* dari urat plasma dan cairan tubuh. Selanjutnya diikuti oleh penimbunan di dalam dan sekeliling sendi-sendi. Serangan gout seringkali terjadi sesudah trauma lokal atau *rupture tofi* (timbunan natrium urat). Tubuh mungkin tidak dapat mengatasi peningkatan ini dengan baik sehingga terjadi pengendapan asam urat di luar serum. Kristalisasi dan penimbunan asam urat akan memicu serangan gout dan memicu respon fagositik oleh leukosit, sehingga leukosit memakan kristal-kristal urat dan memicu mekanisme respon peradangan lainnya. Respon peradangan ini dapat dipengaruhi oleh lokasi dan banyaknya timbunan kristal asam urat, serta peradangan dapat meluas dan bertambah sendiri.

3. Stadium III

Stadium III adalah serangan gout akut (*gout interitis*), adalah tahap interkritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.

4. Stadium IV

Stadium IV adalah gout kronik, dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri, sakit, dan juga kaku, juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak. Serangan akut *arthritis gout* dapat terjadi dalam tahap ini. *Tofi* terbentuk pada masa *gout* kronik akibat insolubilitas asam urat. Awotan dan ukuran *tofi* secara proposional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. *Bursa olekranom*, *tendon Achilles*, permukaan ekstensor lengan bawah., *bursa infrapatelar*, dan *heliks* telinga adalah tempat-tempat yang sering diinggapi *tofi*. Secara klinis *tofi* ini mungkin sulit dibedakan dengan nodul reumatik. Pada masa kini *tofi* jarang terlihat dan akan menghilang dengan terapi yang tepat.

Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat akan bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam *interstitium medulla*, *papilla*, dan *pyramid*, sehingga timbul proteinuria dan hipertensi ringan. Batu ginjal asam urat juga dapat terbentuk sebagai sekunder dari *gout*. Batu biasanya berukuran kecil, bulat, dan tidak terlihat pada pemeriksaan *radiografi*.

2.2.6 Tanda dan Gejala

Menurut Aspiani (2014) adapun tanda dan gejala berupa:

1. Gejala Klinis

- a. Nyeri tulang sendi.

- b. Kemerahan dan bengkak pada tulang sendi
 - c. *Tofi* pada ibu jari, mata kaki dan pinna telinga
 - d. Peningkatan suhu tubuh
2. Gangguan akut:
 - a. Nyeri hebat.
 - b. Bengkak dan berlangsung cepat pada sendi yang terserang.
 - c. Sakit kepala.
 - d. Demam
 3. Gangguan kronis:
 - a. Serangan akut.
 - b. Hiperurisemia yang tidak diobati.
 - c. Terdapat nyeri dan pegal.
 - d. Pembengkakan sendu membentuk noduler yang disebut tofi (penumpukan monosodium urat dalam jaringan)

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

1. Serum asam urat

Umumnya meningkat, diatas 7,5 mg/dl. Pemeriksaan ini mengindikasi hiperurisemia, akibat peningkatan produksi asam urat atau gangguan ekskresi.

2. Leukosit

Menunjukkan peningkatan yang signifikan mencapai 20.000/mm³ selama serangan akut. Selama periode asimtomatik angka leukosit masih dalam batas normal yaitu 5000-10000/mm³.

3. Eusinofil Sedimen Rate (ESR)

Meningkat selama serangan akut. Peningkatan kecepatan sedimen rate mengindikasikan proses inflamasi akut, sebagai akibat deposit asam urat di persendian.

4. Urin spesimen 24 jam

Jumlah normal seorang mengekskresikan 250-750 mg/24 jam asam urat di dalam urin. Ketika produksi asam urat meningkat maka level asam urat urin meningkat. Kadar kurang dari 800 mg/24 jam mengindikasikan gangguan ekskresi pada pasien dengan peningkatan serum asam urat.

5. Analisis cairan aspirasi sendi

Analisis cairan aspirasi dari sendi yang mengalami inflamasi akut atau material aspirasi dari sebuah tofi menggunakan jarum krisal urat yang tajam, memberikan diagnosis definitif gout.

6. Pemeriksaan radiografi

Pada sendi yang terserang, hasil pemeriksaan menunjukkan tidak dapat perubahan pada awal penyakit, tetapi setelah penyakit berkembang progresif maka akan terlihat jelas/area terpukul pada tulang yang berada di bawah sinavial sendi.

2.2.8 Penatalaksanaan

Tujuan untuk mengakhiri serangan akut secepat mungkin, mencegah serangan berulang, dan pencegahan komplikasi. Menurut Aspiani (2014) pengobatan gout bergantung pada tahap penyakitnya:

1. Pada stadium 1 (Hiperuresemia asimtomatik)

- a. Biasanya tidak membutuhkan pengobatan.
- b. Turunkan kadar asam urat dengan obat-obat urikosurik dan penghambat *xanthin oksidase*.

2. Stadium 2 (*Arthritis Gout* akut)

Serangan akut arthritis gout dapat diobati dengan obat-obatan *antiinflamasi nonsteroid* atau *kolkisin*. Obat-obatan ini diberikan dalam dosis tinggi atau dosis penuh untuk mengurangi peradangan akut sendi, kemudian dosis ini diturunkan secara bertahap dalam beberapa hari.

- a. *Kalkisin* di berikan 1 mg (2 tablet) kemudian 0,5 mg (1 tablet) setiap 2 jam sampai serangan akut menghilang.
- b. *Indometasin* 4 x 50 mg sehari.
- c. *Fenil butazon* 3 x 100-200 mg selama serangan, kemudian turunkan.
- d. Penderita di anjurkan untuk diet rendah *purin*, hindari alkohol dan obat-obat yang menghambat ekskresi asam urat.

3. Stadium 3 (tahap Inter kritis)

Obat *alopurinol* menghambat pembentukan asam urat dari prekursornya (*xantin* dan *hipoxantin*) dengan menghambat enzim *xantin oksidase*. Obat ini dapat diberikan dalam dosis yang memudahkan yaitu sekali sehari.

- a. Hindari faktor pencetus timbulnya serangan seperti banyak makan lemak, alkohol dan protein, trauma dan infeksi.

b. Berikan obat profilatik (Kalkisin 0,5-1 mg) indometasin tiap hari.

4. Stadium 4 (*Gout kronik*)

a. *Alopurinol* menghambat enzim *xantin oksidase* sehingga mengurangi pembentukan asam urat.

b. Obat-obat urikosurik yaitu *probenesid* dan *sulfinpirazon*.

c. *Tofi* yang besar atau tidak hilang dengan pengobatan konservatif perlu dieksisi.

Terapi pencegahan dengan meningkatkan ekskresi asam urat menggunakan *probenesid* 0,5 g/hari atau *sulfinpirazone* (*Anturane*) pada pasien yang tidak tahan terhadap benemid atau menurunkan pembentukan asam urat dengan *Alopurinol* 100 mg 2 kali/hari.

2.2.9 Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan menurut Aspiani (2014) yaitu:

1. Pembatasan purin

Apabila telah terjadi pembengkakan sendi maka penderita gangguan asam urat harus melakukan diet bebas purin. Namun karena hampir semua bahan makanan sumber protein mengandung nukleoprotein maka hal ini hampir tidak mungkin dilakukan.

Maka yang harus dilakukan adalah membatasi asupan purin menjadi 100-150 mg purin per hari (diet normal biasanya mengandung 600-1000 mg purin per hari). Makan-makanan yang mengandung purin antara lain: jeroan (jantung, hati, lidah, ginjal,

usus), sarden, kerang, ikan kering, kacang-kacangan, bayam, udang, daun melinjo.

2. Kalori sesuai kebutuhan tubuh

Jumlah asupan kalori harus benar disesuaikan dengan kebutuhan tubuh berdasarkan pada tinggi dan berat badan. Penderita gangguan asam urat yang kelebihan berat badan, badannya harus diturunkan dengan tetap memperhatikan jumlah konsumsi kalori. Asupan kalori yang terlalu sedikit juga bisa meningkatkan kadar asam urat karena adanya bahan keton yang akan mengurangi pengeluaran asam urat melalui urin.

3. Tinggi karbohidrat

Karbohidrat kompleks seperti nasi, singkong, roti dan ubi sangat baik dikonsumsi oleh penderita gangguan asam urat karena akan meningkatkan pengeluaran asam urat melalui urin. Konsumsi karbohidrat sederhana jenis fruktosa seperti gula, permen, arum manis, gulali, dan sirup sebaiknya dihindari karena fruktosa akan meningkatkan kadar asam urat dalam darah.

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 hati, ginjal, otak, pari dan limpa. Asupan protein yang dianjurkan bagi penderita gangguan asam urat adalah sebesar 50-70 gram/hari atau 0,8-1

gram/kg berat badan/hari. Sumber protein yang disarankan adalah protein nabati yang berasal dari susu, keju, dan telur.

5. Rendah lemak

Lemak dapat menghambat ekskresi asam urat melalui urin. Makanan yang digoreng, bersantan, serta margarin dan mentega sebaiknya dihindari. Konsumsi lemak sebaiknya sebanyak 15 persen dari total kalori.

6. Tinggi cairan

Konsumsi cairan yang tinggi dapat membantu membuang asam urat melalui urin. Karena itu, disarankan untuk menghabiskan minum minimal sebanyak 2,5 liter atau 10 gelas sehari. Air minum ini bisa berupa air putih masak, teh, atau kopi. Selain dari minuman, caoram bisa diperoleh melalui buah-buahan segar mengandung banyak air. Buah-buahan yang disarankan adalah semangka, melon, blewah, nanas, belimbing manis, dan jambu air. Selain buah-buahan tersebut, buah-buahan yang lain juga boleh dikonsumsi karena buah-buahan sangat sedikit mengandung purin. Buah-buahan sebaiknya dihindari adalah alpukat dan durian, karena keduanya mempunyai kandungan lemak yang tinggi.

7. Tanpa alkohol

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa kadar asam urat mereka yang mengonsumsi alkohol lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengonsumsi alkohol. Hal ini adalah karena alkohol akan

meningkatkan asam laktat plasma. Asam laktat ini akan menghambat pengeluaran asam urat dari tubuh.

2.2.10 Komplikasi

Menurut Aspiani (2014), komplikasi yang dapat terjadi: (1) Deformitas pada persendian yang terserang; (2) Urolitiasis akibat deposit kristal urat pada saluran kemih; (3) Nephropathy akibat deposit kristal urat dalam interstisial ginjal; (4) Hipertensi ringan; (5) Proteinuria; (6) Hiperlipidemia; (7) Gangguan parenkim ginjal dan batu ginjal.

2.2.11 Masalah Yang Lazim Muncul

1. Nyeri akut b.d agen cidera biologis pembengkakan sendi, melaporkan nyeri secara verbal pada area sendi
2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri persendian (kaku sendi)
3. Gangguan rasa nyaman b.d gejala terkait penyakit (nyeri pada sendi)
4. Resiko ketidakseimbangan volume cairan b.d perubahan kadar elektrolit pada ginjal (disfungsi ginjal)
5. Hambatan religiositas b.d gejala terkait penyakit (nyeri pada sendi)
6. Gangguan pola tidur b.d nyeri pada pembengkakan.

2.3 Konsep Spiritualitas dan Religiositas

2.3.1 Pengertian Spiritualitas dan Religiositas

Spiritualitas adalah konsep dua dimensi dengan dimensi vertikal dan horizontal. Dimensi vertikal mewakili hubungan dengan Tuhan sedangkan dimensi horizontal mewakili hubungan dengan orang lain. Spiritual adalah hubungan transenden antara manusia dengan yang Maha Tinggi, sebuah kualitas yang berjalan diluar afiliasi

agama, yang berjuang keras mendapatkan penghormatan, kekaguman, inspirasi, dan memberikan jawaban mengenai sesuatu yang tak terbatas (Mickey & Beare, 2007).

Religiositas merupakan sebuah perangkat kepercayaan yang merujuk pada aktifitas yang didasarkan atas keyakinan dan keimanan, baik yang dilakukan dengan kasat mata maupun tidak kasat mata. Religiositas merupakan hal penting yang mana memiliki tiga focus utama yaitu sebagai alat untuk mengidentifikasi praktek keagamaan seseorang termasuk kegiatan ibadah, dan kepercayaan terhadap agama yang dianutnya. (Bjarnason, 2012).

2.3.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Religiositas

Beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan sikap keagamaan menurut Sari (2014) adalah:

1. Pengaruh pendidikan atau pengajaran dan berbagai tekanan sosial (faktor sosial).
2. Berbagai pengalaman yang membantu sikap keagamaan, terutama pengalaman-pengalaman mengenai keindahan, kekerasan, kebaikan di dunia lain, konflik moral, dan pengalaman emosional keagamaan.
3. Faktor-faktor yang selutuhnya atau sebagian timbul dari kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi, terutama kebutuhan terhadap keamanan, cinta kasih, harga diri, dan ancaman kematian.
4. Berbagai ptoses pemikiran verbal (faktor intelektual).

2.3.3 Karakteristik Spiritual

Karakteristik spiritual menjadi bagian misterius terkait upaya seseorang untuk memahami makna dan tujuan hidup, keterkaitan yang harmonis atau hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Esa, hubungan dengan orang lain, serta kekuatan dari batin yang berkaitan dengan spiritualitas yang muncul dari dalam diri individu dan rasa suci (Marry, 2011)

1. Hubungan seseorang dengan diri sendiri

Kekuatan yang berasal dari dalam diri individu atau kepercayaan pada diri sendiri dengan menyadari identitas dirinya sehingga mampu menjawab siapa dirinya, apa perannya dalam kehidupan dan sikap pada diri sendiri terkait percaya dengan masa depan, ketenangan pikiran sehingga memiliki kepuasan dalam menjalani hidup dan melihat pengalaman maupun kejadian dalam hidup sebagai hal yang positif.

2. Hubungan individu dengan orang lain

Hubungan yang lahir dari kebutuhan dihargai dan diperhatikan orang lain, keadilan dan kebaikan, rasa takut akan kesepian. Hubungan dengan orang lain dapat dilakukan dengan cara berbagi ilmu, waktu dan melakukan aktivitas bersama-sama seperti peduli terhadap orang sakit, peduli pada anak jalanan dan bertakziah pada tetangga yang meninggal dunia.

3. Hubungan individu dengan alam

Harmonisasi dengan alam meliputi pengetahuan dan interaksi seseorang dengan alam. harmonisasi dengan alam dapat dimanifestasikan dengan pengetahuan tentang ikan, cuaca, musim, berbagai tanaman, satwa sehingga mendorong seseorang untuk peduli dan ikut serta memelihara alam.

4. Hubungan individu dengan Tuhan

Hubungan dengan Tuhan dapat dilihat dari sisi religius maupun tidak religius yang tampak dari aktivitas keagamaan seperti beribadah, membaca kitab suci, dan mengikuti ritual keagamaan.

2.3.4 Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Pemenuhan kebutuhan spiritual individu dilakukan dengan cara:

1. Pemenuhan kebutuhan vertikal

Pemenuhan kebutuhan vertikal merupakan pemenuhan kebutuhan spiritual yang berhubungan dengan Tuhan (Utami & Supratman, 2009). Pemenuhan kebutuhan spiritual dilakukan dengan cara berdoa dan ritual agama.

2. Pemenuhan kebutuhan horizontal

Menurut Utami & Supratman (2009) pemenuhan kebutuhan horizontal meliputi:

a. Hubungan dengan diri sendiri

Pemenuhan kebutuhan spiritual yang bersumber pada kekuatan diri sendiri untuk mengatasi atau menyelesaikan

masalah yang dihadapinya. Kekuatan spiritual yang muncul dapat berupa kepercayaan, harapan, dan makna hidup.

b. Hubungan dengan orang lain

Manusia diciptakan sebagai makhluk sosial. Maka dari itu setiap individu harus dapat menjalin hubungan antar individu harus dapat menjalin hubungan antar individu ataupun kelompok secara harmonis untuk memenuhi kebutuhan spiritualitasnya. Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilakukan melalui cinta kasih dan dukungan sosial. Cinta kasih dan dukungan sosial dapat memberikan efek yang positif pada setiap individu karena dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk membantu dalam menghadapi penyakitnya.

c. Hubungan dengan alam

Lingkungan atau suasana yang tenang dan nyaman dapat memberikan kedamaian pada setiap individu dalam memenuhi kebutuhan spiritualitasnya. Kedamaian tersebut dapat meningkatkan status kesehatan individu karena sikap *caring* dan empatinya.

2.3.5 Kesehatan dan Kesejahteraan Spiritual

Kesehatan spiritual atau disebut juga kesejahteraan spiritual adalah rasa keharmonisan, saling adanya kedekatan antara diri sendiri dengan orang lain, alam, dan dengan kehidupan yang tertinggi. Rasa keharmonisan ini tercapai ketika seseorang menemukan adanya

keseimbangan antara nilai, tujuan, dan keyakinan mereka akan hubungannya dengan diri sendiri dan orang lain (Potter & Perry, 2004).

Ellison (1983) dan Pilch (1988) dalam Kozier, 2004) mendefinisikan kesehatan spiritual adalah suatu cara hidup yang penuh makna, berguna, menyenangkan dan bebas untuk memilih setiap ada kesempatan yang sesuai dengan nilai-nilai spiritual. Manusia memelihara dan meningkatkan spiritualnya dengan berbagai cara, ada yang memfokuskan pada pengembangan dirinya sendiri yaitu dialognya dengan Tuhan melalui doa, meditasi, melalui mimpi, berkomunikasi dengan alam, atau melalui ekspresi dibidang seni seperti drama, musik dan menari, sementara yang lain lebih memfokuskan pada dunia luar yaitu dengan mencintai orang lain, melayani orang lain, gembira, tertawa, terlibat dalam pelayanan keagamaan, persahabatan dan aktivitas bersama, rasa haru, empati, pengampunan, dan harapan (Kozier, 2004).

2.3.6 Peran Keperawatan Dalam Spiritualitas

Peran keperawatan dalam meningkatkan spiritualitas harus bersifat individual dimana perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam berhubungan dengan Tuhan atau agama yang dianutnya. Dalam hal ini peran perawat menurut Yusuf (2013) antara lain:

1. Pengkajian

Merupakan fungsi perawat yang terpenting. Data yang diperoleh digunakan sebagai dasar bagi intervensi keperawatan. Pengkajin yang terampil mencangkup mendengarkan dengan penuh perhatian, mengajukan pertanyaan-pertanyaan dengan terampil, mengobservasi dengan penuh pemikiran dan berpikir kritis.

2. Teman

Perawat yang mengasuh harus menyediakan waktu untuk lansia, membiarkan mereka menjadi diri mereka sendiri dan mengenal nilai mereka. Keterampilan yang diperlukan adalah menunjukkan kasih Tuhan, mendengarkan dengan penuh perhatian, memulai percakapan yang mengarah pada topik spiritual adan menyediakan diri secara teratur.

3. Advokat

Peran advokasi perawat dapat mencangkup menulis surat, menelepon, atau melakukan pendekatan tentang sebab-sebab yang mempengaruhi kesejahteraan klien

4. Pemberi asuhan

Keterampilan perawat meliputi bersifat sensitive terhadap kebutuhan yang tidaak terungkap, meningkatkan sikap membantu, mendengarkan adanya distress spiritual dan memeberikan perawatan fisik dan spiritual secara bersamaan.

5. Manager kasus

Keterampilan keperawatan khusus yang diperlukan mencakup mengelola sumber-sumber yang terbatas untuk mendapatkan manfaat yang maksimal mengelola bantuan untuk klien guna meminimalkan keletihan akan kecemasan, meningkatkan penerimaan terhadap bantuan tanpa menjadi ketergantungan dan meningkatkan ikatan asasi? Komunitas agama seseorang.

6. Peneliti

Penyelidikan secara prinsip melibatkan sikap religious organisasi, sikap religious pribadi dan korelasi aktivitas religious dengan kesehatan, penyesuaian pribadi dan praktik-praktik lain. Lebih lanjut lagi upaya penelitian spiritualitas belum sepenuhnya dibantu oleh pemerintah atau sumber pendanaan swasta.

2.2.12 Ekspresi Kebutuhan Spiritual Adaptif Dan Maladaptif

Ekspresi kebutuhan spiritual adaptif dan maladaptif menurut Yani (2009) yaitu:

1. Rasa percaya dengan perilaku adaptif berupa percaya pada diri sendiri dan kesabaran, menerima bahwa yang lain akan mampu memenuhi kebutuhan, percaya terhadap kehidupan walau terasa berat, dan keterbukaan terhadap Tuhan. Perilaku maladaptif berupa tidak nyaman dengan kesadaran diri mudah tertipu, tidak mampu untuk terbuka dengan orang lain, merasa bahwa orang dan tempat tentang yang aman, mengharapkan orang yang tidak berbuat baik dan tidak tergantung, ingin

kebutuhan terpenuhi segera, tidak bisa menunggu, tidak terbuka kepada Tuhan, dan takut terhadap maksud Tuhan.

2. Kemauan memberi maaf dengan perilaku adaptif berupa menerima diri dan orang lain dapat membuat salah, tidak mendakwa dan berprasangka buruk, memandang penyesalan sebagai sesuatu yang nyata, memanfaatkan diri sendiri, memberi maaf orang lain, menerima pengampunan dari Tuhan, dan pandangan yang realistic terhadap masa lalu. Perilaku maladaptif berupa merasakan penyesalan sebagai suatu hukuman, merasa Tuhan sebagai penghukum, tidak mampu menerima diri sendiri, menyalahkan diri dan orang lain, dan merasa bahwa maaf hanya diberikan berdasarkan perilaku.
3. Keyakinan dengan perilaku adaptif berupa ketergantungan dengan anugrah Tuhan, termotivasi untuk tumbuh, mampu puas menjelaskan kehidupan setelah kematian, dan mengekspresikan kebutuhan spiritual. Perilaku maladaptif berupa perasaan ambivalens dg Tuhan, tidak percaya dengan kekuasaan Tuhan, takut kematian dan kehidupan setelah mati, merasa terisolasi dengan kepercayaan masyarakat, merasa pahit, frustrasi dan marah dengan Tuhan, keyakinan dan tujuan hidup yang tidak jelas, konflik nilai, dan tidak punya komitmen.
4. Mencintai dan tertarik dengan perilaku adaptif berupa mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain dan Tuhan,

mampu menerima bantuan, menerima diri sendiri, dan mencari kebaikan dari orang lain. Perilaku maladaptif berupa takut untuk tergantung oranglain, menolak kerjasama dengan tenaga kesehatan, cemas berpisah dengan keluarga, menolak diri, angkuh atau mementingkan diri, tidak percaya bahwa diri dicintai Tuhan, tidak mempunyai hubungan rasa cinta dengan Tuhan, dan merasa jauh dengan Tuhan

5. Kreatifitas dan harapan dengan perilaku adaptif berupa minta info tentang kondisi, bicara kondiri secara realistic, menggunakan waktu secara konstruktif, mencari cara untuk mengekspresikan diri, mencari kenyamanan batin dari pada fisik, dan mengekspresikan harapan tentang masa depan. Perilaku maladaptif berupa mengekspresikan rasa takut kehilangan kendali, ekspresi kebosanan, tidak mempunyai visi alternative, takut terhadap terapi, putus asa, tidak dapat menolong/menerima diri, tidak dapat menikmati apapun, dan menunda keputusan.

6. Arti dan tujuan dengan perilaku adaptif berupa mengekspresikan kepuasan hidup, menjalankan kehidupan sesuai dengan system nilai, menggunakan penderitaan sebagai cara untuk memahami diri sendiri, mengekspresikan arti kehidupan/kematian, mengekspresikan komitmen dan orientasi hidup, dan jelas tentang apa yang penting. Perilaku maladaptif berupa mengekspresikan tidak ada alasan untuk bertahan

hidup, tidak dapat menerima arti penderitaan yang dialami, mempertanyakan arti kehidupan, bertanya tujuan penyesalan, penyalahgunaan obat/alcohol, dan bercanda tentang hidup setelah kematian

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita GoutArthritis Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Religiositas

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito dan Moyet 2007, dalam Haryanto 2008).

a. Identitas

Nama, umur, agama, jenis kelamin (laki-laki lebih mudah terserang), pendidikan, pekerjaan terakhir, identitas penanggung jawab, dll.

b. Keluhan utama

Pada umumnya klien merasakan nyeri yang luar biasa pada sendi ibu jari kaki ataupun sendi yang lain.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain serta pengobatan yang telah diberikan dan bagaimana perubahannya. Disertai lokasi, kualitas, area yang sakit, skala, dan waktu timbulnya sakit.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit yang lalu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya, riwayat pekerjaan yang dapat berhubungan dengan penyakit musculoskeletal, penggunaan obat, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keturunan keluarga atau apakah keluarga pernah menderita penyakit yang sama karena faktor genetik.

f. Pengkajian psikososial dan spiritual

- 1) Psikologi: biasanya mengalami peningkatan stress
- 2) Sosial : cenderung menarik diri dari lingkungan
- 3) Spiritual : kaji agama terlebih dahulu, bagaimana cara pasien menjalankan ibadah menurut agamanya, adakah risiko/hambatan pasien dalam menjalankan ibadahnya

g. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

- 1) Kebutuhan nutrisi
 - a) Makan : Kaji frekuensi, jenis makanan, dan jenis pantangan
 - b) Minum : Kaji frekuensi, jenis makanan, dan jenis pantangan
- 2) Kebutuhan eliminasi
 - a) BAK : Frekuensi, jumlah, warna, bau
 - b) BAB : Frekuensi, jumlah, warna, bau

3) Kebutuhan aktivitas

Biasanya klien kurang atau tidak dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari secara mandiri akibat dari nyeri dan pembengkakan.

2. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Klien lansia (≥ 60 tahun) yang mengalami gangguan muskuloskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, apakah ada gangguan penyakit karena obesitas atau malnutrisi.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis dan apatis.

c. Tanda-tanda vital

- 1) Suhu meningkat ($>37^{\circ}\text{C}$)
- 2) Nadi meningkat
- 3) Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal
- 4) Pernafasan biasanya normal atau terjadi peningkatan

d. Pemeriksaan head to toe

1. Pemeriksaan kepala dan muka

Pemeriksaan ini meliputi bentuk wajah, benjolan pada kepala maupun muka, ada tidaknya lesi, penyebaran rambut, dan kerontokan rambut.

2. Mata

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu pemeriksaan konjungtiva, sklera, strabismus, penglihatan, peradangan, katarak, dan penggunaan kacamata.

3. Hidung

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi bentuk hidung, peradangan dan penciuman.

4. Mulut, Tenggorokan, Telinga

Terdapat kebersihan mukosa bibir, peradangan/stomatitis, gigi, radang gusi, kesulitan mengunyah, pendengaran. Pada lansia biasanya terdapat penurunan pendengaran.

5. Leher

Pemeriksaan kelenjar thyroïd, JVD, dan kaku kuduk.

6. Dada

Pemeriksaan yang dilakukan pemeriksaan bentuk dada normal, retraksi, suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan, tidak ada suara jantung tambahan, pemeriksaan ictus cordis, dan tidak ada keluhan yang dirasakan.

7. Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, nyeri tekan, kembung, bising usus, dan massa keluhan yang dirasakan.

8. Genetalia

Pemeriksaan kebersihan emoroid, hernia, dan keluhan yang dirasakan.

9. Ekstremitas

Pemeriksaan kekuatan otot (skala 1-5)

0) : Lumpuh

1) : Ada kontraksi

2) : Melawan gravitasi dengan sokongan

3) : Melawan gravitasi tetapi tidak ada tahanan

4) : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5) : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

Biasanya penderita gout akan mengalami kelemahan otot karena terdapat nyeri pada persendian, selain itu bisa juga terdapat pembengkakan pada persendian seperti pada jari kaki/tangan,

10. Integument

Biasanya terdapat luka atau edema pada bagian yang terserang dengan warna kulit yang kemerahan.

11. Pemeriksaan penunjang

Serum asam urat umumnya meningkat, diatas 7,5 mg/dl. Leukosit mencapai 20.000/mm³. Urine spesimen meningkat lebih dari 750 mg/24 jam.

e. Pola fungsi kesehatan

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri pada persendian, ketidakmampuan mobilisasi, kurangnya pengetahuan mengenai diet untuk mencegah terjadinya serangan ulang, akibat dan penanganan tentang masalah terkait penyakit.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

2) Pola nutrisi

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

3) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur *insomnia*.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi irama, dan kedalaman pernafasan. Pengkajian indeks KATZ.

6) Pola hubungan dan peran

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

7) Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori data kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pengkajian status mental menggunakan tabel *Short Portable Mental Questionnaire (SPMQ)*

8) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan Tabel Inventaris Depresi *Back*.

9) Pola seksualitas dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas.

10) Pola mekanisme penanganan stress dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spiritual.

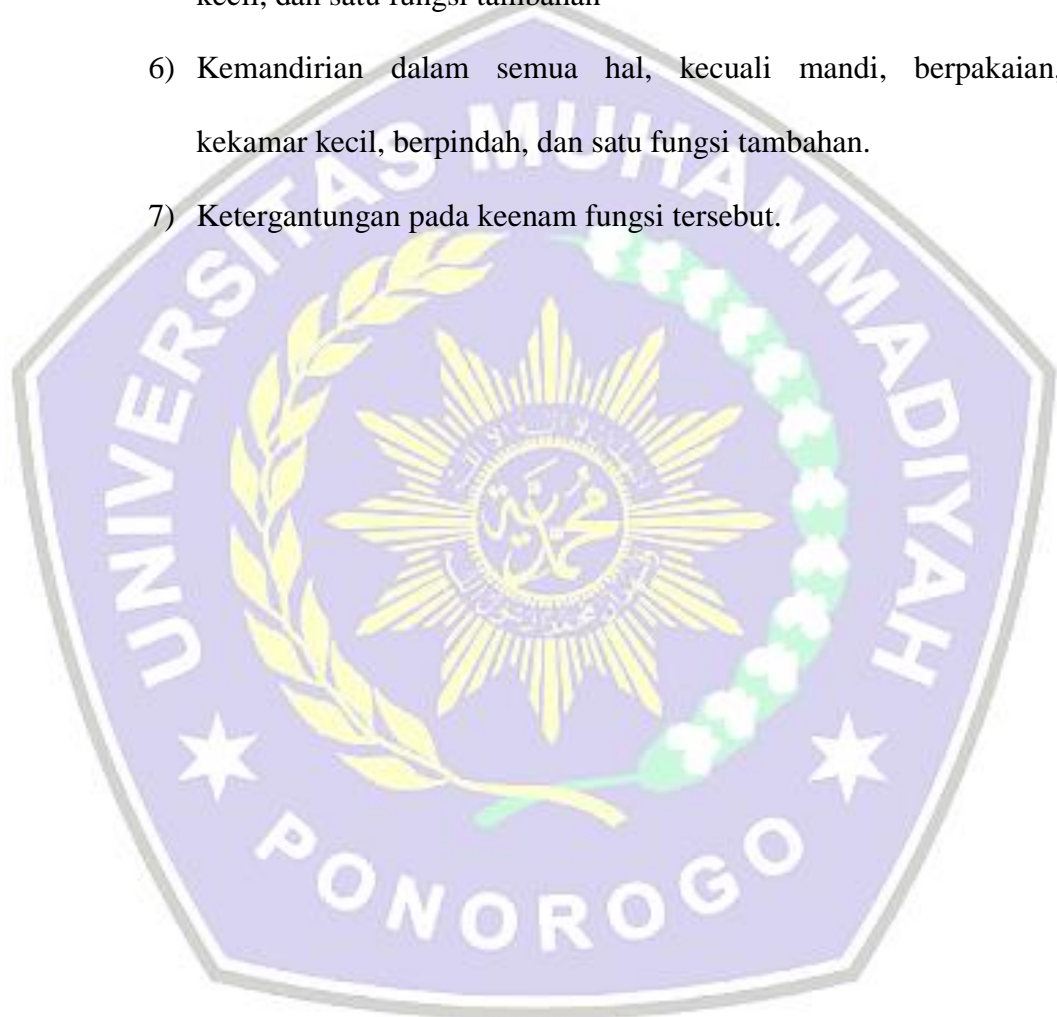
3. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian ini meliputi pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, penentuan kemandirian, mengidentifikasi kemampuan, dan keterbatasan klien, serta menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Instrument yang biasa digunakan dalam pengkajian status fungsional adalah Indeks Katz, Barthel Indeks, dan Sullivan Indeks Katz. Alat ini digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan roknosis pada lansia dan penyakit kronis. Lingkuppengkajian meliputi keadekuatan 6 fungsi, yaitu mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen dan makan, yang hasilnya untuk mendeteksi tingkat fungsional klien (mandiri atau dilakukan sendiri atau tergantung) (Nursa, 2008).

Indeks Katz

- 1) Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, kamar mandi kecil, berpakaian, dan mandi.
- 2) Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut

- 3) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
- 4) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- 5) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi berpakaian, kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
- 6) Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan.
- 7) Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.



Tabel 2.1 Kemandirian Lansia menurut Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Aktivitas ke toilet	5	10
3	Berpindah dari kursi roda atau sebaliknya, termasuk duduk ditempat tidur	5-10	15
4	Kebersihan diri mencuci muka, menyisir rambut dan menggosok gigi	0	5
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar	10	25
7	Naik turun tangga	5	10
8	Berpakaian	5	10
9	Mengontrol defekasi	5	10
10	Mengontrol berkemih	5	10
	Total		100

Sumber: fik-ump/ format-askep-lansia

Penilaian:

0-20 : ketergantungan

21-61 : ketergantungan berat/sangat tergantung

62-90 : ketergantungan berat

91-99 : ketergantungan ringan

100 : mandiri

Tabel 2.2 Posisi dan Keseimbangan Lansia (*Sullivan Indeks Kats*)

No	Tes Koordinasi	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		
2	Berdiri dengan postur normal menutup mata		
3	Berdiri dengan kaki rapat		
4	Berdiri dengan satu kaki		
5	Berdiri fleksi trunk dan berdiri ke posisi netral		
6	Berdiri lateral dan fleksi trunk		
7	Berjalan tempatkan tumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain		
8	Berjalan sepanjang garis lurus		
9	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		
10	Berjalan menyamping		
11	Berjalan mundur		

12	Berjalan mengikuti lingkaran		
13	Berjalan pada tumit		
14	Berjalan dengan ujung kaki		
	Jumlah		

Sumber: fik-ump/ format-askep-lansia

Keterangan :

4 : mampu melakukan aktivitas dengan lengkap
3 : mampu melakukan aktivitas dengan bantuan
2 :mampu melakukan aktivitas dengan bantuan maksimal
1 : tidak mampu melakukan aktivitas

Nilai : 42-54 : mampu melakukan aktivitas
28-41 :mampu melakukan sedikit bantuan
14-27 :mampu melakukan bantuan maksimal
15 : tidak mampu melakukan

4. Pengkajian status kognitif/afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual. Pengkajian status mental bisa digunakan untuk klien yang beresiko delirium. Pengkajian ini meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), Skala *Depresi Beck* (IDB), Skala *Depresi Geriatrik Yesavage*(Husna, 2014).

Tabel 2.3 *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Dimana alamat anda?
		5	Berapa anak anda?
		6	Kapan anda lahir?
		7	Siapakah presiden Indonesia saat ini?

		8	Siapakah presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapakah nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari angka baru semua secara menurun.
Jumlah			

Sumber: fik-ump/ format-askep-lansia

Interpretasi:

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh
 Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan
 Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang
 Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

Tabel 2.4 *Mini-Mental State Exam (MMSE)*

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan 1) Tahun 2) Musim 3) Tanggal 4) Hari 5) Bulan
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? 1) Negara 2) Provinsi 3) Kabupaten
	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas), kemudian tanya kan kepada klien, menjawab: 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat 1. 100, 92, ..., ..., ...
4	Mengingat	3		Meminta klien untuk menyebutkan objek pada point 3. 1. Kursi

				<p>2. Meja</p> <p>3.</p>
5	Bahasa	9		<p>Menanyakan kepada klien tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jendela 2. Jam dinding <p>Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab ..., dan, atau, tetapi.</p> <p>Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah.</p> <p>Ambil pulpen di tangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil pulpen 2. Ambil kertas 3. <p>Perintahkan klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin): “tutup mata anda”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menutup mata <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar (2 buah segi 5).</p>
Total		30		

Sumber: fik-ump/ format-askep-lansia

Skor:

24-30 : Normal

17-33 : Probable gangguan kognitif

0-16 : Definitif gangguan kognitif

4. Pengkajian Spiritual

Keterkaitan spiritualitas dengan proses penyembuhan dapat dijelaskan dengan keperawatan holistik berupa biologis, psikologis, sosial, kultural bahkan spiritual (Dossey, 2005). Fokus pengkajian pada spiritualitas adalah bersifat terapeutik yang menunjukkan sesuatu bentuk pelayanan dan dukungan. Evaluasi kesehatan spiritual klien dalam beberapa cara yang berbeda. Salah satu cara adalah menanyakan pertanyaan langsung. Untuk menggunakan pendekatan ini, anda harus merasa nyaman saat bertanya pada orang lain tentang spiritualitas mereka (McEvoy, 2003)..

Alat pengkajian B-E-L-I-E-F membantu perawat mengevaluasi klien, serta kebutuhan spiritual dan keagamaan keluarga (McEvoy, 2003).

Akrinim memiliki arti sebagai berikut :

B- *Belief system* (system kepercayaan)

E- *Ethics or values* (etika atau nilai-nilai)

L- *Lifestyle* (gaya hidup)

I- *Involvement in a spiritual community* (keterlibatan dalam komunitas spiritual)

E- *Education* (pendidikan)

F- *Future events* (kejadian-kejadian yang akan datang)

Skala spiritual Well-Being (SWB) memiliki 20 hal yang menjadi pengkajian pandangan pada individu tentang kehidupan dan hubungan dengan kekuatan tertinggi (Gray, 2006).

Alat pengkajian spiritual yang efektif seperti B-E-L-I-E-F dan skala SWB mudah digunakan dan membantu perawat mengingat hal penting yang dikaji. Respons terhadap alat pengkajian biasanya akan menunjukkan hal yang memerlukan investigasi segera. Sebagai contoh, setelah menggunakan alat pengkajian, seorang perawat menemukan bahwa seorang klien memiliki kesulitan untuk menerima perubahan, perawat akan memerlukan waktu untuk memahami bagaimana klien menerima dan mengatasi penyakit baru. Perawat menggunakan pengkajian dengan pertanyaan yang berdasarkan prinsip spiritual. Hal ini biasanya tepat untuk dilakukan ketika nilai-nilai dan kepercayaan klien sama dengan perawat. Ketika perawat memahami keseluruhan pendekatan terhadap pengkajian spiritual, mereka dapat masuk kedalam diskusi yang mendalam dengan klien mereka, mendapatkan kesadaran terbesar tentang sumber daya personal klien membawa kepada suatu kondisi, dan menggabungkan sumber daya kedalam rencana keperawatan yang efektif.

Pengkajian aspek spiritual memerlukan hubungan interpersonal yang baik dengan pasien. Pengkajian sebaiknya dilakukan setelah perawat dapat membentuk hubungan yang baik dengan pasien atau dengan orang terdekat pasien, atau perawat telah merasa nyaman untuk membicarakannya. Pengkajian yang perlu dilakukan meliputi :

a. Pengkajian data subyektif

Pedoman pengkajian ini disusun oleh Stoll (dalam Kozier, 2005), yang mencakup konsep ketuhanan, sumber kekuatan dan harapan, praktek agama dan ritual, dan hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.

b. Pengkajian data obyektif

Pengkajian data obyektif dilakukan melalui pengkajian klinik yang meliputi pengkajian afek dan sikap, dan perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal, dan lingkungan. Pengkajian data obyektif terutama dilakukan melalui observasi.

Pengkajian tersebut meliputi :

- 1) Afek dan sikap. Apakah pasien tampak kesepian, depresi, marah, cemas, agitasi, apatis, atau preokupasi?
- 2) Perilaku. Apakah pasien tampak berdoa sebelum makan, membaca kitab suci atau buku keagamaan? Apakah pasien seringkali mengeluh, tidak dapat tidur, bermimpi buruk, dan berbagai bentuk gangguan tidur lainnya, serta bercanda yang tidak sesuai atau mengekspresikan kemarahannya terhadap agama?
- 3) Verbalisasi. Apakah pasien menyebut Tuhan, doa, rumah ibadah, atau topik keagamaan lainnya? Apakah pasien pernah minta dikunjungi oleh pemuka agama? Apakah pasien mengekspresikan rasa takutnya terhadap kematian?

- 4) Hubungan interpersonal. Siapa pengunjung pasien?
Bagaimana pasien berespons terhadap pengunjung?
Apakah pemuka agama datang mengunjungi pasien?
Bagaimana pasien berhubungan dengan pasien lain dan juga dengan perawat?
- 5) Lingkungan. Apakah pasien membawa kitab suci atau perlengkapan ibadah lainnya? Apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsure keagamaan dan apakah pasien memakai tanda keagamaan (misalnya memakai jilbab).

5. Pengkajian Fungsi Sosial

Pengkajian fungsi sosial ini lebih ditekankan pada hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Pengkajian aspek fungsi sosial dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi social lanjut usia, yaitu APGAR keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*)(Husna, 2014). Instrument APGAR adalah :

- a. Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya (adaptasi).
- b. Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dang mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan).

- c. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan).
- d. Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan efek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai (afek).
- e. Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.

Penilaian: Pertanyaan yang dijawab: selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hampir tidak pernah (poin 0).

6. Intervensi Hambatan Religiositas

Tabel 2.4 Intervensi Hambatan Keperawatan

Masalah Keperawatan	NOC	NIC
Hambatan Religiositas Batasan karakteristik: 1. Distres tentang perpisahan 2. Keinginan untuk berhubungan kembali dengan pola keyakinan dan adat istiadat sebelumnya 3. Kesulitan mematuhi	-Status kenyamanan: psikospiritual -Harapan -Otonom Pribadi Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien dapat mencapai batasan karakteristik: 1. Menyatakan status kenyamanan 2. Dapat mengontrol risiko komunitas: tradisi budaya yang tidak sehat 3. Terjadi peningkatan harapan	1. Mengurangi kecemasan 2. Meningkatkan coping 3. Manajemen lingkungan 4. Memberikan inspirasi harapan 5. Meningkatkan ritual keagamaan 6. Memfasilitasi pengembangan spiritual 7. Memberikan dukungan spiritual

<p>keyakinan agama yang dianut</p> <p>Faktor yang berhubungan dengan:</p> <p>Krisis akhir kehidupan, penuaan, transisi kehidupan, nyeri, penyakit, ansietas, dukungan sosial tidak cukup, krisis personal, strategi koping, tidak efektif.</p>		
--	--	--

7. Implementasi Hambatan Religiositas

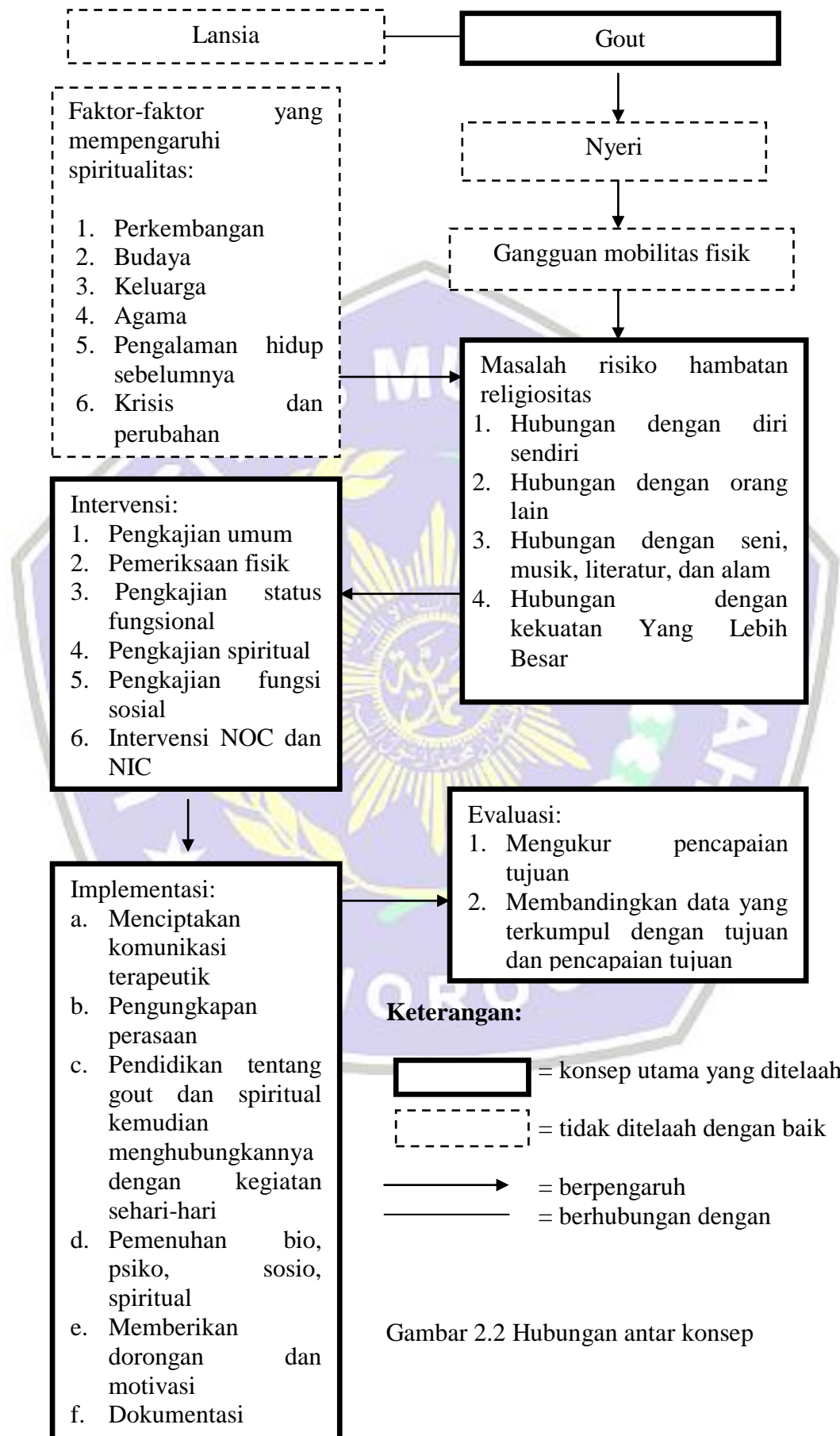
Tindakan yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan hambatan religiositas:

- a. Menciptakan komunikasi terapeutik
- b. Pengungkapan perasaan
- c. Pendidikan tentang gout dan spiritual kemudian menghubungkannya dengan kegiatan sehari-hari
- d. Pemenuhan bio, psiko, sosio, spiritual
- e. Memberikan dorongan dan motivasi
- f. Dokumentasi

8. Evaluasi
 - a. Mengukur pencapaian tujuan
 - b. Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan



2.5 Hubungan antar konsep



Gambar 2.2 Hubungan antar konsep