

BAB III

LAPORAN KELOLAN KASUS UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. H

Usia : 60 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Alamat : Desa Miruek Lamreudeup

Pekerjaan : Buruh

Pendidikan terakhir : SD

Suku : Aceh

Status perkawinan : Menikah

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut.

3. Riwayat Kesehatan Saat Ini

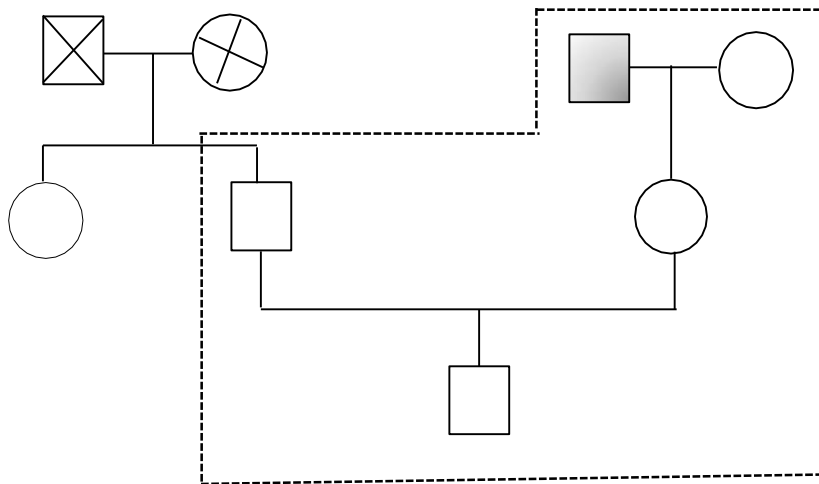
Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 September 2025, klien mengeluh nyeri pada persendian kaki. Nyeri dirasakan seperti di tusuk tusuk jarum serta linu. Nyeri dirasakan di persendian kaki sebelah kanan, dengan skala nyeri 5

dari 0-10. Klien mengatakan nyeri dirasakan 2 hari yang lalu dan nyeri sering dirasakan pada malam hari.

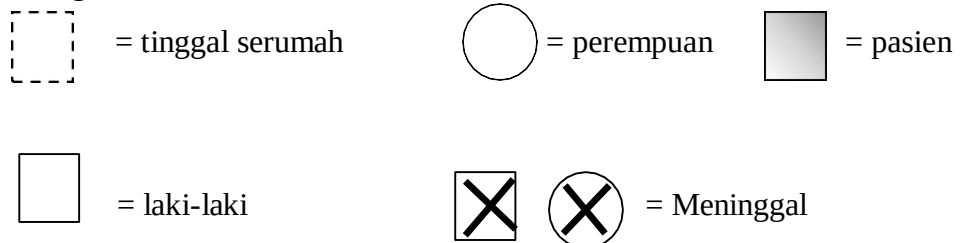
4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan mempunyai Riwayat penyakit rematik 2 tahun yang lalu dan sekarang sudah sembuh.

5. Genogram



Keterangan:



6. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit seperti klien akan tetapi istrinya memiliki penyakit hipertensi dan klien pun mengatakan di keluarganya tidak memiliki penyakit menular.

7. Riwayat Pekerjaan

Klien mengatakan bekerja sebagai buruh.

8. Riwayat Lingkungan Hidup

Klien mengatakan dari dulu tinggal di lingkungan rumah tersebut dan tidak pernah pindah rumah.

9. Riwayat Rekreasi

Klien mengatakan pasien kadang melakukan rekreasi pada saat hari libur, klien terkadang pergi ke pantai bersama dengan keluarganya.

10. Sistem Pendukung

Klien mengatakan rumahnya lumayan dekat dengan Puskesmas.

11. Spiritual

a. Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan rutin melakukan kegiatan ibadah shalat

b. Keyakinan tentang kesehatan .

Klien mengatakan percaya bahwa setiap penyakit yang dialaminya pasti sembuh dan pasti ada obatnya.

12. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Klien dengan keadaan baik.

b. Tanda-Tanda Vital

- 1) Suhu : 36,5 C
- 2) Nadi: 80 x/menit
- 3) Tekanan darah: 110/100 mmHg
- 4) Pernafasan : 20x/menit

c. Tinggi Badan : 170 cm

d. Berat Badan : 65 kg

e. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut berwarna hitam dan putih beruban, rambut lebat, rambut bersih tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, tidak ada peradangan atau perdarahan dikepala, tidak ada benjolan, wajah bentuk bulat.

2) Mata

Kedua mata simetris, Konjungtiva berwarna merah muda, tidak anemis, mata bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema.

3) Hidung Hidung tampak bersih, tidak ada bengkak, tidak ada nyeri tekan.

- 4) Telinga Fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan yang keluar, telinga bersih tidak menggunakan alat bantu dengar.
- 5) Mulut dan tenggorokan Kemampuan bicara baik, mukosa bibir kering, tidak menggunakan gigi palsu, warna lidah putih, klien dapat makan dan menelan yang baik.
- 6) Leher Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfa serta getah bening, tidak ada pembesaran vena jugularis dan tidak ada nyeri tekan.
- 7) Dada/pernafasan Tidak ada pembekakan atau lesi, frekuensi nafas 20 x/menit, suara nafas vesikuler, tidak nyeri tekan.
- 8) Payudara Payudara tampak simetris antara kanan kiri, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, dan tidak nyeri tekan
- 9) Abdomen Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, bising usus terdengar 10 x/menit dan tidak ada lesi.
- 10) Integumen warna kulit coklat/sawo matang, kulit teraba hangat, tidak ada gatal-gatal, turgor kulit elastis <2 detik, CRT <2 detik.
- 11) Genetalia Pada genetalia alat kelamin perempuan, kelamin bersih, tidak ada kelainan, ada bulu pubis, tidak ada nyeri tekan, tidak berbau dan tidak ada edema
- 12) Ekstremitas Atas : anggota gerak simetris, anggota gerak lengkap tidak ada kelainan

13. Pengkajian Fungsional

Tabel 3.1 ADL (Activity Daily Living)

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (Feeding)	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan memotong, mengoles mentega, dll 2= Mandiri	2
2	Mandi (Bathing)	0= Tergantung dengan orang lain 1= Mandiri	1
3	Perawatan diri (Grooming)	0= Membutuhkan bantuan orang lain 1= Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	1
4	Berpakaian (Dressing)	0= Tergantung dengan orang lain 1= Sebagian dibantu (misal. mengancing baju) 2= Mandiri	2
5	Buang air kecil (Bladder)	0= Inkontinensia atau memakai kateter dan tidak terkontrol 1= Kadang inkontinensia 2= Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	2
6	Buang air besar (bowel)	0= Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1= Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2= Kontinensia (teratur)	2
7	Penggunaan toilet	0= Tergantung bantuan orang lain 1= Membutuhkan bantuan orang lain 2= Mandiri	2
8	Transfer	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2= Bantuan kecil (1 orang) 3= Mandiri	3
9	Mobilitas	0= Imobilitas (tidak mampu) 1= Menggunakan kursi roda 2= Berjalan dengan bantuan satu orang 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	3
10	Naik turun tangga	0= Tidak mampu 1= Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2= Mandiri	2

Interpretasi hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

Kesimpulan:

Skor klien yaitu 20, menunjukkan ADL dilakukan secara mandiri.

14. Pengkajian Kognitif

- a. Identifikasi tingkat intelektual dengan *Short Protable Mental Status Questioner* (SPMSQ)

Tabel 3.2 *Short Protable Mental Status Questioner* (SPMSQ)

SPSMQ			
No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?	√	
2	Hari apa sekarang?	√	
3	Apa nama tempat ini?	√	
4	Dimana alamat anda?	√	
5	Berapa umur anda	√	
6	Kapan anda lahir?	√	
7	Siapa nama Presiden Indonesia sekarang?	√	
8	Siapa nama Presiden sebelumnya?	√	
9	Siapa nama Ibu anda?	√	
10	Berapa 30 dikurangi 3? (Begitu seterusnya sampai bilangan terkecil)	√	

Keterangan:

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Kesalahan 8-10: Kerusakan intelektual berat

Kesimpulan:

Jumlah kesalahan 0, menunjukkan fungsi intelektual utuh.

- b. Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE)

Tabel 3.3 Mini Mental Status Exam (MMSE)

MMSE				
No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Pertanyaan
1	Orientasi	5	5	(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?
2	Orientasi	5	5	Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) (rumah sakit) (lantai)?
3	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek: 1 detik untuk mengatakan masing-masing. Beri 1 poin untuk setiap jawaban paling benar
4	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (93, 86, 79, 72, 65)
5	Mengingat	3	3	Meminta untuk mengulang ketiga objek diatas. Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
6	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien (misal. jam tangan atau pensil). Minta klien untuk mengurangi kata berikut “tidak

				ada, jika, dan, atau, tetapi, maka nilai 1 poin. Minta klien untuk mengikuti perintah yang terdiri dari 3 langkah: “ambil kertas dilantai” - Ambil kertas - Lipat 2 - Taruh dilantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) - Tutup mata anda Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar
	Total Nilai	30	30	

Keterangan:

Nilai maksimal 30, nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut.

Kesimpulan:

Dari hasil yang didapat nilai klien 30, menunjukkan tidak terjadi kerusakan kognitif.

15. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

Klien aktif melakukan sosialisasi dengan tetangga, klien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maupun tetangga.

b. Identifikasi Masalah Emosional

1) Apakah klien mengalami kesulitan tidur?

Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur.

2) Apakah klien sering merasa gelisah?

Klien mengatakan gelisah ketika lutut nya sakit, pasien selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya.

3) Apakah klien sering murung dan menangis sendiri?

Klien mengatakan ketika sakit dan ada masalah selalu cerita kepada keluarga.

4) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Klien mengatakan khawatir apabila sakit di lututnya berlangsung lama.

5) Apakah klien banyak pikiran atau ada masalah?

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami stress atau banyak pikiran.

- 6) Ada masalah atau gangguan dengan keluarga lain?

Klien mengatakan tidak ada masalah atau gangguan dengan keluarganya.

- 7) Apakah klien ada menggunakan obat tidur/ penenang sesuai anjuran dokter?

Klien mengatakan tidak menggunakan obat tidur atau obat penenang saat penyakitnya kambuh.

- 8) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Klien mengatakan tidak pernah mengurung diri apabila terjadi masalah baik dalam keluarga maupun masyarakat .

c. Spiritual

Klien mengatakan aktif dalam melakukan ibadah sholat 5 waktu.

16. Pengkajian Depresi

Menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3.4 Pengkajian GDS

No	Item Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Bapak/ Ibu sekarang merasa puas dengan kehidupannya?	√	
2	Apakah Bapak/ Ibu telah meninggalkan banyak kegiatan atau kesenangan akhir-akhir ini?		√
3	Apakah Bapak/ Ibu sering merasa hampa/ kosong di dalam hidup ini?		√
4	Apakah Bapak/Ibu merasa bosan?		√
5	Apakah Bapak/ Ibu merasa mempunyai harapan yang baik di masa depan?	√	
6	Apakah Bapak/ Ibu merasa mempunyai pikiran jelek yang mengganggu terus menerus?		√
7	Apakah Bapak/ Ibu memiliki semangat yang baik setiap saat?	√	
8	Apakah Bapak/ Ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		√
9	Apakah Bapak/ Ibu merasa bahagia sebagian besar waktu?	√	
10	Apakah Bapak/Ibu sering merasa tidak mampu berbuat apa-apa?		√
11	Apakah Bapak/Ibu sering merasa resah dan gelisah?		√
12	Apakah Bapak/Ibu lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu?		
13	Apakah Bapak/ Ibu sering merasa khawatir tentang masa depan?		
14	Apakah Bapak/Ibu akhir-akhir ini sering pelupa?		
15	Apakah Bapak/Ibu pernah berpikir bahwa hidup Bapak/Ibu sekarang menyenangkan?	√	
16	Apakah Bapak/Ibu sering merasa sedih dan putus asa?		√
17	Apakah Bapak/Ibu merasa tidak berharga akhir-akhir ini?		
18	Apakah Bapak/Ibu sering merasa khawatir tentang masa lalu?		√

19	Apakah Bapak/Ibu merasa hidup ini mengembirakan?	√	
20	Apakah sulit Bapak/Ibu untuk memulai kegiatan yang baru?	√	
21	Apakah Bapak/Ibu merasa penuh semangat?	√	
22	Apakah Bapak/Ibu merasa situasi sekarang ini tidak harapan?		√
23	Apakah Bapak/Ibu berpikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada Bapak/ Ibu?		√
24	Apakah Bapak/Ibu sering marah karena hal-hal yang spele?		√
25	Apakah Bapak/Ibu sering merasa ingin menangis?		√
26	Apakah Bapak/Ibu sulit berkonsentrasi?		√
27	Apakah Bapa/Ibu merasa senang waktu bangun tidur di pagi hari?	√	
28	Apakah Bapak/Ibu tidak suka berkumpul di pertemuan sosial?	√	
29	Apakah mudah bagi Bapak/Ibu membuat suatu keputusan?	√	
30	Apakah pikiran Bapak/ Ibu masih tetap mudah dalam memikirkan sesuatu seperti dulu?		√

Keterangan : Setiap jawaban yang sesuai diberikan skor 1

Skor 0-10 : Tidak depresi

Skor 11-20 : Depresi ringan

Skor 21-30 : Depresi sedang/ berat

Kesimpulan : Klien menjawab sesuai dengan jawaban yang ada pada pertanyaan yaitu 2 jawaban nomor 14 dan 25. Skor pasien 2, pasien menunjukkan skor 0-10 menunjukkan tidak depresi.

17. APGAR Keluarga

Tabel 3.5 Apgar Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A: Adaptasi Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu apabila saya mengalami kesulitan (adaptasi)	√		
2	P: Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan)	√		
3	G: Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan)	√		
4	A: Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	√		
5	R: Resolve Saya puas dengan cara teman atau keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon		√	

Keterangan:

Total nilai < 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Total nilai 4-6 : Sedang

Total 7-10 : Tidak ada disfungsi keluarga

Kesimpulan : Total nilai 9 (Tidak Ada Disfungsi Keluarga).

B. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi Hipertensi	Problem
1	DS: klien mengatakan nyeri pada bagian lutut sebelah kanan. P: klien mengatakan nyeri pada saat berjalan Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: klien mengatakan nyeri pada bagian lutut sebelah kanan S: Klien mengatakan skala nyeri 5 T: Nyeri dirasakan hilang timbul sudah 3 hari dan sering di rasakan pada malam hari DO: - Klien tampak meringis saat lututnya di tekukkan - Klien tampak memegang lututnya - TTV: TD: 130/90 mmHg Suhu: 36 °C Nadi: 88x/menit RR: 20x/menit	Katabolisme purin ↓ Hiperurisemia ↓ Menumpuk dalam plasma dan organ dalam tubuh ↓ Terbentuk kristal monosodium urat di jaringan lunak dan persendian ↓ Penumpukan dan pengendapan msu membentuk kronik deformitas ↓ Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis
2	DS: Klien mengatakan kurang mengetahui tentang tanda dan gejala asam urat DO: - Klien tampak bingung	Reaksi Peradangan ↓ Kurangnya Informasi tentang Proses penyakit ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan

	- Klien bertanya tentang penyakit Asam urat - Klien bertanya cara sembuh dari penyakit gout arthritis (asam urat)		
3	DS : - Klien mengatakan tidurnya kurang nyeyak - Klien mengatakan sering terbangun saat tidur DO: - Wajah klien tampak sayu - Klien tidur 5 jam/ hari	Respon inflamasi meningkat ↓ Pembesaran dan penonjolan sendi ↓ Merangsang mediator nyeri ke hipotalamus ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

DS :

klien mengatakan nyeri pada bagian lutut sebelah kanan.

DO :

- Klien tampak meringis saat lututnya di tekukkan
- Klien tampak megang lututnya
- Skala nyeri 5 (0-10)
- TD : 130/90 mmHg
- N : 85 x/m
- S : 36,5 °C

- b. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, ditandai dengan:

DS :

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang tanda dan gejala asam urat.

DO :

- Klien tampak bingung
- Klien bertanya tentang penyakit gout arthritis (Asam urat)
- Klien bertanya cara sembuh dari penyakit gout arthritis (asam urat)

- c. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan tidurnya kurang nyenyak - Klien mengatakan sering terbnagun saat tidur

DO :

- Klien tampak anemis
- Klien tidur 5 jam/ hari

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	SLKI: Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 3. Meringis menurun 4. Frekuensi nadi membaik (60-100x/menit)	SIKI: Manajemen Nyeri 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	1. Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan 2. Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien 3. Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri 4. Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat pengetahuan pasien meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	SIKI: Edukasi Kesehatan 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi 2. Materi dan media Pendidikan untuk membantu mempermudah klien dalam menerima informasi kesehatan

	3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan	3. Untuk membuat kontrak waktu dengan klien yang terjadwal 4. Untuk memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya hal yang belum dipahami 5. Untuk meningkatkan pemahaman klien mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, dan cara terapi non farmakologis untuk menurunkan tekanan darah
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan tidak puas tidur meningkat 3. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat	1. Lakukan pengkajian masalah gangguan tidur klien, karakteristik dan penyebab tidur 2. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 3. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Diskusikan dengan klien tentang teknik tidur klien	1. Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan 2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien 3. Memberikan tentang tidur yang adekuat kepada klien 4. Mengurangi gangguan saat tidur dan supaya klien nyaman 5. Supaya klien tahu teknik tidur yang baik

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
08-09-2025 Pukul 10:00	1	- Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik nonfarmakologis - Memonitor TTV - Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri - Kontrak waktu dengan klien untuk teknik nonfarmakologis	S: klien mengatakan masih nyeri O : - Klien masih tampak meringis - Skala nyeri 5 - Klien sesekali memegang lutut kanannya - TTV TD: 130/85 mmHg N : 85 x/menit RR: 24x/menit S: 36,2 °C A: Masalah belum teratasi P:Lanjutkan Intervensi
09-09-2025 Pukul 10:30	2	- Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	S: klien mengatakan tidak tau mengenai penyakit asam urat O: - Klien tampak terus bertanya tentang penyakitnya - Klien tampak bertanya apa saja makanan yang dapat di konsumsi A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi
	3	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Mengidentifikasi makanan/minuman yang sering dikonsumsi/menyebabkan sulit tidur - Membatasi waktu tidur siang - Menerapkan jadwal tidur rutin - Memodifikasi lingkungan	S: - Klien mengeluh terganggu tidurnya karena nyeri sendi kaki O: - Klien tidur 5 jam /hari - TD: 130/85 mmHg A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

		- Melakukan Prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	
--	--	--	--

F. Catatan Perkembangan

Hari/tanggal : Selasa/09 September 2025

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Catatan Perkembangan
1	Nyeri akut	S : klien mengatakan nyeri di bagian lutut bagian kanan dan pergelangan tangan kanannya berkurang dan merasa lebih nyaman O : - Meringis menurun - Skala nyeri 3(0-10) - TTV TD: 125/80 mmHg N : 85 x/menit RR: 23x/menit S: 36,4 °C A : Nyeri akut P : lanjutkan intervensi - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Berikan kompres hangat rebusan air jahe - Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan - Jelaskan prosedur penggunaan kompres hangat I: - Mengajarkan teknik nonfarmakologis Respon: membuat rebusan air jahe - Memberikan teknik nonfarmakologis Respon: kompres hangat air rebusan jahe - Menjelaskan prosedur penggunaan kompres hangat Respon: Klien memahami cara membuatnya dan cara mengompres E: Klien bisa mempraktekan ulang cara kompres hangat dengan jahe Klien mengatakan akan mencoba rajin untuk menggunakan kompres hangat dengan jahe ketika merasa nyeri.
2	Defisit pengetahuan	S : klien mengatakan cukup mengerti tentang penyakitnya O :

		- Klien tampak tidak banyak bertanya - Klien memperhatikan selama penkes dimulai A : Defisit pengetahuan P : lanjutkan intervensi - Berikan kesempatan tuk bertanya - Ajarkan prilaku hidup dan sehat - Jelaskan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan I: - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Memberikan kesempatan klien tuk bertanya E: Masalah teratasi sebagian
3	Gangguan pola tidur	S : Klien mengatakan sesekali masih meras nyeri pada bagian kakinya dan tidurnya cukup terganggu O: - Klien tampak segar - Klien tidur 7 jam /hari - TD: 125/85 mmHg A: Nyeri akut P: lanjutkan intervensi - Identifikasi pola aktivitas tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Terapkan jadwal tidur rutin I: - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Menerapkan jadwal tidur rutin E: Masalah teratasi sebagian

Hari/tanggal : Rabu 10 September 2025

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Catatan Perkembangan
1	Nyeri akut	S : klien mengatakan sesekali nyeri pada bagian lutut kanan terasanyaman dan pergelangan tangan kanan pun terasanyaman O : - Klien tampak tenang dan nyaman - Klien tampak lebih segar - Skala nyeri 1 (0-10) - TTV TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit RR : 21x/menit S : 36,5 °C A : nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi
2	Defisit pengetahuan	S : klien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya O : - Klien tampak tidak banyak bertanya - Klien menjawab dengan tepat saat diberikan pertanyaan tentang penkes penyakit asam urat - Klien tampak paham A : Defisit Pengetahuan teratasi P : Hentikan intervensi
3	Gangguan pola tidur	S: Klien mengatakan tidurnya nyenyak O: - Klien tidur 8 jam /hari - Klien tampak segar A: Gangguan Pola tidur teratasi P: Hentikan intervensi