

Penatalaksanaan Gout Arthritis pada Seorang Lansia Usia 63 Tahun dengan Pola Makan yang Tidak Teratur

Mia Trihasna Asrizal¹, Khairun Nisa Berawi²

¹Mahasiswa Profesi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Fisiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Indonesia merupakan negara berkembang dengan penduduk berusia 60 tahun ke atas semakin meningkat dari tahun ke tahun. Lansia menurut definisi WHO adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas, baik pria ataupun wanita. Masalah kesehatan yang paling banyak dialami pada lansia adalah penyakit tidak menular yaitu penyakit kronis yang paling banyak menyerang pada lanjut usia adalah gout arthritis. Berdasarkan data WHO, penduduk yang mengalami gout arthritis di Indonesia tercatat 8,1% dari total penduduk. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan penatalaksanaan secara holistic pada pasien lansia dengan gout arthritis dan pola makan tidak teratur. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny. S, 63 tahun, keluhan pegal dan nyeri pada jari-jari tangan serta lutut kanan, hilang timbul. Pasien sering mengonsumsi makanan tinggi purin. Regio genu dextra/sinistra, teraba hangat, nyeri tekan +/- . Kadar asam urat: 7,39 mg/dl, kolesterol: 165,2 mg/dl. Sehingga didiagnosa dengan gout arthritis. Dilakukan intervensi terhadap pasien dan keluarga tentang penyakitnya, pola makan dan pentingnya tindakan preventif mencegah komplikasi penyakit. Setelah evaluasi didapatkan penurunan kadar asam urat dan pengetahuan yang cukup mengenai penyakit. Gout arthritis pada perempuan lansia disebabkan pengetahuan tentang gout arthritis dan asuhan keluarga yang kurang.

Kata Kunci: gout arthritis, lanjut usia, pelayanan dokter keluarga.

Treatment of Gout Arthritis in An Elderly Age 63 Years with Irregular Dietary

Abstract

Indonesia is a developing country in which population of age 60 years and older is increasing year by year. According to WHO, elderly is someone which aged 60 years or above, both male or female. It can be associated with the most common health problems which is non infectious diseases, such as chronic disease and the most common in elderly age is gout arthritis. Based on WHO, in Indonesia the population with gout arthritis was 8.1% of the total population. The implementation of family medicine based on evidence based medicine in patients with holistic management in elderly patients with gout arthritis and irregular dietary. This study is a case report. The primary data obtained through anamnesis (autoanamnesis and alloanamnesis of family members), physical examination and home visits, to complete the family information, also psychosocial and environmental information. Assessment is based on a holistic diagnose from the beginning, the process, and the end of quantitative and qualitative studies. Mrs. S, 63 years, complaining intermittent pain of the fingers and right knee. Patients often consume high-purine diet. Dextra / sinistra of the knee, feel warm, tender + / +. Uric acid levels: 7.39 mg / dl, cholesterol: 165.2 mg / dl. Diagnosed with gout arthritis. Interventions for patients and families are carried out about their illness, diet and the importance of prevention complications of the disease. After evaluation, there was a decrease in uric acid levels and sufficient knowledge about the disease. Gout arthritis in elderly women is due to lack of knowledge about gout arthritis and lack of family care.

Keywords: gout arthritis, elderly, family medicine

Korespondensi: Mia Trihasna Asrizal, alamat: Jl. Sisingamangaraja No. 4, Gedong Air. No. HP: 081271111713, e-mail: miatrihasnaasrizal@gmail.com

Pendahuluan

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas, baik pria atau wanita yang masih aktif beraktifitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri. Pandangan bahwa lansia merupakan kelompok usia yang mendapat stigma tanpa harapan, miskin, merepotkan, dan tidak berdaya sangat meresahkan petugas

kesehatan. Terlebih di Indonesia yang mendapat penambahan prevalensi lansia sebesar 414% pada dekade mendatang.¹

Seiring meningkatnya derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk akan berpengaruh pada peningkatan UHH (Usia Harapan Hidup) di Indonesia. Berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-bangsa 2011, pada tahun 2004-2005 UHH adalah 66,4 tahun. Angka ini akan

meningkat pada tahun 2045-2050 yang diperkirakan UHH akan menjadi 77,6 tahun dengan presentasi populasi lansia tahun 2045 adalah 28,68 %. Di Indonesia pada tahun 2000 UHH adalah 64,5 tahun dengan presentase populasi lansia adalah 7,18%. Angka ini meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 dengan presentase populasi lansia adalah 7,56% dan pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun dengan populasi lansia adalah 7,58%.² Tentu saja berbagai sumber daya harus dipakai untuk menyediakan pelayanan kesehatan terbaik bagi kelompok usia ini. Hal tersebut merupakan pekerjaan bagi para dokter, pemerintah, dan masyarakat semuanya.

Salah satu penyakit yang sering diderita oleh lansia adalah gout arthritis. Penyakit gout arthritis (GA) menurut *American Collage of Rheumatology* merupakan suatu penyakit dan potensi ketidakmampuan akibat radang sendi yang sudah lama dikenal, gejalanya biasanya terdiri dari episodik berat dari nyeri inflamasi satu sendi. Gout adalah bentuk inflamasi arthritis kronis, bengkak dan nyeri yang paling sering di sendi besar jempol kaki, namun dapat mempengaruhi sendi-sendi yang lain dan dapat menjadi semakin parah. Gout merupakan istilah yang dipakai sekelompok gangguan metabolik yang ditandai oleh peningkatan kadar asam urat.³

Di Indonesia, GA merupakan penyakit reumatik yang sering ditemui. Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia (WHO), penduduk yang mengalami gangguan GA di Indonesia tercatat 8,1% dari total penduduk. Sebanyak 29% di antaranya melakukan pemeriksaan dokter, dan sisanya atau 71% mengonsumsi obat bebas pereda nyeri. Di Kabupaten Malang dan Kota Malang ditemukan prevalensi GA sebesar 10% dan 13,5%. Di Jawa Tengah, kejadian penyakit GA sebesar 5,1% dari semua penduduk.⁴

Keadaan geriatri pada perempuan yang sudah menopause serta memiliki masalah utama goutarthritis merupakan masalah kompleks pada pasien dan keluarganya. Hal ini tentu didukung oleh masalah internal dan eksternal dari pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, dibutuhkan partisipasi dan dukungan pelaku rawat keluarga yang optimal dalam memotivasi, mengingatkan, serta memperhatikan pasien dalam penatalaksanaan penyakitnya.¹

Kasus

Pasien Ny. S, 63 tahun, datang ke Puskesmas Simpur pada tanggal 10 Februari 2018 diantar oleh anaknya untuk berobat karena sering terasa pegal dan nyeri pada jari-jari tangan serta lutut kanan. Nyeri sendi dirasakan hilang timbul dan menghilang dengan sendirinya. Biasanya nyeri akan dirasakan bertambah setelah sebelumnya pasien mengonsumsi sayur-sayur berwarna hijau tua seperti daun singkong. Nyeri juga dirasakan bertambah apabila cuaca sedang dingin, terasa seperti kesemutan. Nyeri dirasakan hilang timbul sejak 2 bulan yang lalu dan semakin memberat sejak 1 minggu sebelum ke puskesmas. Sebelumnya 1 bulan yang lalu pasien mengeluhkan nyeri sendi di jari-jari (ibu jari dan jari telunjuk) kaki kanan dan lutut kanan sampai susah untuk berjalan. Pasien juga mengatakan sebelumnya nyeri terjadi hilang timbul pada sendi lain, tetapi tidak pernah disertai bengkak ataupun kemerahan. Pasien mengaku pernah diperiksa asam urat dan hasilnya tinggi. Pasien masih dapat bekerja dan tidak mengonsumsi obat-obatan untuk mengurangi keluhannya. Riwayat merokok aktif maupun pasif disangkal oleh pasien. Riwayat memiliki penyakit kencing manis dan hipertensi tidak pernah dialami pasien. Riwayat penyakit keluarga yang pernah dialami tidak diketahui oleh pasien.

Pasien mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang menderita keluhan berupa bengkak dan nyeri sendi yang serupa seperti pasien. Pasien biasanya makan 2-3 kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Namun pasien suka mengonsumsi makanan yang berlemak, seperti daging dan kuning telur, jeroan, melinjo, dan makanan bersantan. Pasien mengaku sehari-hari kurang minum air putih, hanya 3 – 4 gelas kecil air putih. Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol ataupun jamuan, dan pasien jarang berolahraga.

Pasien seorang lansia yang sudah menikah dan tidak bekerja, tinggal bersama dengan suami, anak perempuannya, menantu, dan kedua cucunya. Sehingga jumlah anggota keluarga yang tinggal dirumah adalah enam orang. Dalam kegiatan sehari-hari pasien hanya di rumah saja, setiap pagi pasien berjualan nasi uduk di rumahnya untuk mengisi kekosongan agar tidak menganggur. Semua kegiatan rumah tangga dikerjakannya bersama dengan anak dan cucu yang tinggal serumah dengannya.

Kebutuhan sehari-hari keluarga pasien dicukupi oleh suaminya, umumnya menggunakan uang dari gaji Tn.S sebagai buruh ± Rp 1,2jt/bulan dan dengan uang dari menantunya Tn. W ± 1,5jt/bulan.

Data Klinis

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36 °C; tekanan darah: 130/80 mmHg; frek. nadi: 94 x/menit; frek. nafas: 20 x/menit; berat badan: 58 kg; tinggi badan: 155 cm; status gizi: overweight (IMT : 24,1).

Status generalis : kepala, mata, telinga, hidung, mulut, leher, paru, jantung, abdomen semua dalam batas normal.

Status lokalis :

Regio genu dextra/sinistra

L (look): Deformitas (-/-), warna dalam batas normal

F (feel): Warm (+/+), bony tenderness (-/-), nyeri tekan +/+

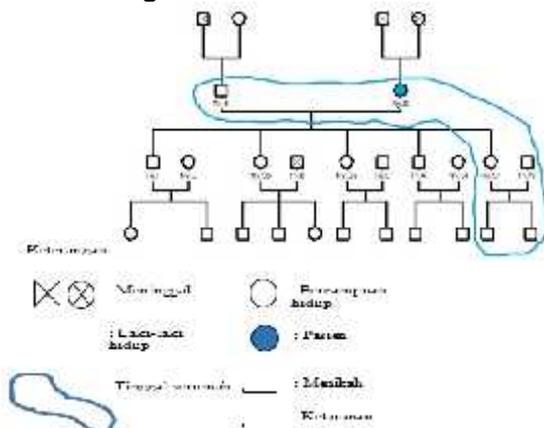
M (move): Krepitasi (-/-), ROM baik/baik (ekstensi 90° tidak terbatas)

Pemeriksaan Penunjang :

1. Laboratorium (7 Februari 2018)

- a. Asam urat : 7,39 mg/dl
- b. Kolesterol : 165,2 mg/dl

Data Keluarga

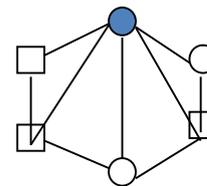


Gambar 1. Genogram keluarga Ny.S dibuat Februari 2018 oleh Mia

Pasien adalah anak kedua dari lima bersaudara. Memiliki 2 saudara perempuan dan 2 saudara laki-laki. Pasien memiliki 5 orang anak, 2 anak laki-laki dan 3 anak perempuan. Semua anaknya sudah menikah dan berbeda rumah dengan pasien, hanya anak bungsu beserta keluarganya yang masih tinggal serumah dengan pasien. Bentuk

keluarga pasien adalah keluarga besar yaitu terdiri dari pasien, suami pasien, anak bungsu pasien dan dua cucu nya. Pasien seorang perempuan berusia 63 tahun. Pasien berkerja sebagai ibu rumah tangga yang berjualan nasi uduk di rumahnya setiap pagi. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga.

Family Map



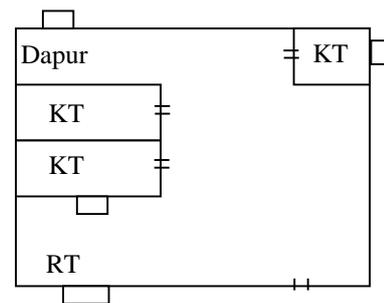
Keterangan gambar :

- Hubungan dekat
- Hubungan tidak dekat

Gambar 2. Family Map

Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan sudah terasa mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ± 1 kilometer.

Data Lingkungan Rumah



Keterangan gambar :

- II = pintu
- = jendela

Gambar 3. Denah Rumah

Pasien tinggal bersama dengan anak perempuannya Ny. SR berikut suami dan dua anak dari Ny.SR, Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah 6 orang. Rumah memiliki halaman yang cukup luas yang dipakai

untuk berjualan nasi uduk. Rumah berukuran 8 x 6 meter dengan lantai keramik dan tembok dari batu bata serta beratap genteng. Semua ventilasi di rumah pasien tertutup dengan alasan berhubungan langsung dengan rumah tetangga disamping rumah. Terdapat selokan besar di belakang rumah yang kotor dan sering menimbulkan bau yang tidak sedap. Nyamuk cukup banyak ditempat tinggal pasien. Kondisi dalam rumah cukup lembab karena pencahayaan yang kurang. Penataan barang masih kurang sesuai pada tempatnya sehingga terkesan sempit. Lingkungan tempat tinggal pasien sangat padat. Jalan untuk masuk kerumah juga sempit berupa gang. Selokan disekitar rumah juga cukup kotor dan berbau tidak sedap.

Sumber air minum dan air cuci/masak dari PAM, limbah dialirkan ke selokan, memiliki dua kamar mandi. Lantai kamar mandi licin dan tidak terdapat pegangan.

Dilakukan intervensi terhadap faktor eksternal dan internal, dengan melakukan sebanyak 3x kunjungan rumah. Intervensi meliputi konseling dengan menggunakan media brosur bergambar terhadap pasien dan anggota keluarga rumah.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

-) Alasan kedatangan: nyeri sendi pada jari-jari kaki dan tangan
-) Kekhawatiran: Khawatir nyeri sendi terus bertambah parah sehingga tidak bisa berjalan lagi.
-) Harapan: Nyeri sendi hilang sehingga bisa beraktivitas dengan baik.
-) Persepsi: Nyeri sendi yang dirasakan sulit untuk hilang disebabkan karena faktor usia yang sudah lanjut.

2. Aspek Klinik

Gout arthritis (ICD 10-M10.0 , ICPC: E79.0)

3. Aspek Risiko Internal

-) Wanita usia 63 tahun, lansia menopause.
-) Pengetahuan yang kurang tentang gout arthritis
-) Kurangnya perilaku untuk memeriksakan kesehatan
-) Faktor stressor keadaan ekonomi yang kurang

) Aktivitas fisik tergolong ringan

) Perilaku konsumsi makanan dengan tinggi purin

4. Aspek Psikososial Keluarga

) Pelaku rawat dalam keluarga yang kurang optimal.

) Kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga pola makannya.

) Kurangnya pengetahuan keluarga tentang cara untuk mengurangi keluhan yang dirasakan pasien.

) Kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien, komplikasinya, dan cara pencegahan komplikasi lanjutan.

) Keadaan ekonomi keluarga yang kurang.

5. Derajat Fungsional

2 yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah)

Penatalaksanaan

Non medikamentosa :

1. Konseling pasien bahwa dengan penatalaksanaan yang tepat maka nyeri sendi yang dirasakan dapat berkurang dan komplikasi akibat goutarthritis dapat dicegah.
2. Konseling pasien mengenai makanan yang dianjurkan berupa diet rendah purin. Menginformasikan segala hal tentang penyakit goutarthritis, serta aktifitas yang dianjurkan untuk pasien.
3. Konseling kepada anggota serumah tentang pentingnya memberi dukungan pada pasien dan mengawasi pengobatan seperti diet pasien, kapan harus kontrol kembali, dan latihan olahraga.
4. Konseling tentang rumah sehat.

Medikamentosa :

Piroksikam 2 x 50 mg

Allopurinol 1x100 mg (malam)

Vitamin B kompleks 1 kali sehari

Diagnostik Holistik Akhir Studi

1. Aspek Personal

-) Alasan kedatangan: Nyeri sendi pada jari-jari tangan dan kedua kaki sudah

berkurang jika dibandingkan sebelumnya.

-) Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien sudah berkurang.
-) Harapan: Belum tercapai maksimal.
-) Persepsi: Nyeri sendi yang dirasakan masih sulit untuk hilang disebabkan karena faktor usia yang sudah lanjut dan memberat saat cuaca dingin.

2. Aspek Klinik

Lansia dengan gout arthritis (ICD 10-M10.0)

3. Aspek Risiko Internal

-) Pengetahuan yang lebih baik tentang pengaruh usia terhadap kesehatan saat ini yang mungkin terjadi.
-) Pola berobat mengutamakan preventif daripada kuratif.
-) Pengetahuan yang cukup tentang Gout arthritis.
-) Pengetahuan yang cukup tentang gizi seimbang dan mulai membiasakan makan dengan pola makan yang teratur

4. Aspek Psikososial Keluarga

-) Keluarga sudah mulai menjadi pelaku rawat
-) Kondisi rumah sehat sudah mulai berjalan (ventilasi sudah mulai dibuka setiap hari dan rumah tampak lebih rapih dari sebelumnya)

5. Derajat fungsional: 1

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang wanita lansia berusia 63 tahun yang menderita gout arthritis sejak 1 tahun yang lalu. Kunjungan pertama kali yang dilakukan adalah pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *mandala of health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita. Lingkungan psikososial, pasien merasa sedih karena jauh dari anak-anaknya yang sudah berkeluarga. Ekonomi, kebutuhan rumah tangga sangat banyak karena dalam satu rumah tinggal 6 orang, namun menantu pasien yang tinggal serumah dengan pasien sudah bekerja sehingga cukup untuk

memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dalam lingkungan rumah, pasien cukup mengenal tetangganya meskipun pasien jarang ikut perkumpulan-perkumpulan di daerah rumahnya. Lingkungan fisik, pemukiman sangat padat penduduk dan jarak selokan dengan rumah terlalu dekat, selokan sering menguap dan mengeluarkan bau yang tidak sedap. Hal ini sangat memungkinkan mudahnya penyakit masuk ke dalam tubuh. Gaya hidup, pola makan sudah sesuai dengan anjuran dokter, dalam sehari pasien makan maksimal 3 kali namun dengan porsi sedikit dan pasien juga tidak suka susu. Perilaku olahraga ringan tiap harinya belum dijalani karena khawatir nyeri pada kakinya semakin bertambah. Keadaan rumah kurang ideal, cukup sempit, kurang rapi, tidak memiliki *septic tank* serta ventilasi dan pencahayaan yang sangat kurang. Sistem pelayanan kesehatan terjangkau baik dari segi biaya maupun lokasi. Biasanya menggunakan becak untuk ke Puskesmas. Pekerjaan, sudah tidak produktif, sehari – hari hanya duduk menunggu warung dan tidur di rumah. Dari hasil scoring menggunakan *mini mental state examination* didapatkan adanya gangguan ringan sampai berat terhadap fungsi kognitif sehingga keluarga tentunya sangat berperan guna kelangsungan hidup pasien.

Penegakan diagnosis klinik utama pada pasien sudah benar, yaitu gout arthritis. Gout arthritis biasanya terjadi pada wanita periode post menopause dan adanya peningkatan kadar asam urat yang melebihi normal, dalam hal ini pasien sudah menopause sehingga sangat memungkinkan terjadinya hiperurisemia. Hormon wanita dapat menurunkan estradiol serum asam urat, tetapi urat serum meningkat setelah menopause.⁵ Kondisi ketika kelebihan asam urat dalam tubuh (hiperurisemia) mengarah pada pembentukan berbagai jaringan kristal monosodium urat. Hasilnya adalah serangan gout, nefropati urat. Terlepas dari gangguan herediter ekskresi asam urat dan metabolisme purin, penyebab utama asam urat adalah makanan kaya purin, konsumsi alkohol, dan kelebihan berat badan. Insiden gout berkorelasi kuat dengan konsentrasi serum asam urat, meningkat ketika melebihi 480 μ mol/L (8,0 mg / dL). Dalam kasus ini pasien penderita gout arthritis yang berjenis kelamin perempuan dan berusia lanjut lebih beresiko pada hipertensi, dislipidemia, penyakit jantung kronik, penyakit arteri perifer, diabetes dan

gagal ginjal. Oleh sebab itu sebaiknya dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya seperti EKG, Gula darah, ureum kreatinin, dan kolesterol.⁷

Gambaran klinis terbagi menjadi dua yaitu tipikal dan atipikal. Dalam hal ini pasien termasuk dalam tipe atipikal dan termasuk dalam fase akut karena adanya tanda inflamasi nyeri tekan. Jenis atipikal ini jarang ditemukan. Dalam menghadapi kasus gout yang atipikal, diagnosis harus dilakukan secara cermat. Untuk hal ini diagnosis dapat dipastikan dengan melakukan punksi cairan sendi dan selanjutnya secara mikroskopis dilihat kristal urat. Sendi yang paling sering terkena adalah sendi MTP-1 (75%). Gold standard dalam menegakkan gout arthritis adalah ditemukannya kristal urat MSU (Monosodium Urat) di cairan sendi atau tofus.⁷ Pada kasus ini sendi yang terkena adalah MTP-1 yang jelas terlihat gejala inflamasi.

Pemberian obat antiinflamasi non steroid (OAINS) berupa piroxicam sudah tepat pada pasien ini yaitu sebagai analgetik yang direkomendasikan oleh *American Rheumatism Association*, obat analgetik lainnya yang dapat diberikan yaitu kortikosteroid sistemik ataupun probenecid. Golongan OAINS sebagai analgetik bekerja dengan cara menghambat enzim siklooksigenase sehingga tidak tersintesisnya prostaglandin sebagai mediator inflamasi yang menimbulkan rasa nyeri, hal ini dapat memberikan efek pada lambung dimana diketahui bahwa prostaglandin merupakan salah satu barier pertahanan mukosa lambung terhadap asam lambung. Pemberian ranitidin sudah tepat karena digunakan untuk mengurangi efek samping dari OAINS di lambung penderita yang mengkonsumsi obat tersebut.³

Sebuah studi prospektif jangka panjang didapatkan pasien dengan arthritis dengan usia diatas 65 tahun, yang secara teratur menggunakan aspirin (OAINS) pada dosis rendah beresiko menderita dyspepsia apabila berhenti menggunakan OAINS. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan OAINS harus dikurangi.⁸ Bagi pasien yang kontraindikasi menggunakan OAINS, maka sebaiknya dapat digunakan kortikosteroid.⁹ Tidak diperkenankan penggunaan kortikosteroid bersama OAINS karena

mempunyai potensi untuk menimbulkan tukak gaster.⁸

Pada kasus ini pasien tidak diberikan steroid. Tujuan dari penatalaksanaan pasien yang mengalami goutarthritis adalah pengendalian rasa sakit, memperbaiki fungsi sendi yang terserang dan menghambat penyakit supaya tidak menjadi lebih parah. Pedoman pengobatan arthritis gout saat ini yang disarankan adalah OAINS oral atau colchicine sebagai lini pertama pengobatan sistemik untuk serangan akut. Namun, OAINS dan colchicine mengurangi peradangan yang tidak spesifik, dan tindakan sistemik obat ini diketahui menyebabkan efek samping parah pada beberapa pasien. Sebagai contoh, OAINS berhubungan dengan pencernaan yang merugikan ginjal, dan efek kardiovaskular, dan pada dosis terapi, colchicine dikaitkan dengan masalah keamanan seperti diskrasia darah, interaksi obat-obat, toksisitas neuromuskuler, dan gangguan gastrointestinal.⁹

Menurut *American College Rheumatology* tahun 2012 serangan akut dapat diterapi secara farmakologi. Untuk kasus ringan hingga menengah (dengan nilai visual analogue scale ≤ 6 dari skala 0-10) direkomendasikan terapi tunggal dengan menggunakan antiinflamasi nonsteroid (OAINS), kortikosteroid sistemik atau colchine oral. Bila nyeri dirasakan sangat berat (skor 7-10), dapat digunakan terapi kombinasi dari obat diatas. Obat penurun asam urat tetap diberikan dalam keadaan akut. Penurun asam urat yang dapat diberikan adalah allopurinol dengan dosis awal tidak melebihi 100 mg/hari. Dosis selanjutnya dititiasi atau disesuaikan setiap 2-5 minggu untuk mencapai target yang diinginkan.¹⁰

Selain dengan pengobatan farmakologi, pengobatan pada gout akut juga dapat dilakukan secara nonfarmakologi. Kompres dengan menggunakan es dapat dilakukan untuk menenangkan persendian yang sedang meradang. Pada beberapa kasus gout akut yang terasa sangat nyeri, mengistirahatkan persendian sangat dianjurkan.¹¹

Pada pasien yang tidak dapat mentolerir OAINS atau colchicine dan pada pasien dengan arthritis gout polyarticular atau CKD, glukokortikoid direkomendasikan untuk pengelolaan serangan arthritis gout akut.¹² Namun, bahkan dengan menggunakan jangka pendek, glukokortikoid telah dikaitkan dengan hipertensi dan diabetes mellitus. Pada pasien

dengan gangguan toleransi glukosa yang sudah ada sebelumnya, efek diabetogenic terkait dengan glukokortikoid dapat sangat besar.

Tiga hari setelah kunjungan pertama, maka dilanjutkan dengan kunjungan kedua untuk melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media brosur dan poster bergambar tentang gizi seimbang dan makanan rendah purin. Dipilih media gambar agar pasien lebih tertarik untuk melihat dan mendengarkan edukasi yang diberikan. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah pola makan pasien yang tidak teratur meskipun untuk merubah hal tersebut bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat. Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah *awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.¹³ Ketika intervensi dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien.

Agar terhindar dari penyakit gout, salah satu caranya adalah menjaga kadar asam urat dalam darah di posisi normal, yaitu 5-7 mg%. Batasan tertinggi untuk pria adalah 7,5 mg% sedangkan untuk wanita 6,5 mg%. Di atas batas ini, biasanya akan terjadi pengkristalan. Diet normal biasanya mengandung 600-1.000 mg purin per hari. Namun bagi penderita gout, asupan purin harus dibatasi sekitar 100-150 mg purin per hari. Kita susah menghilangkan sama sekali asupan purin ke dalam tubuh karena hampir semua bahan pangan terutama sumber protein mengandung purin. Namun kita bisa mengontrol asupan purin dengan cara memilih bahan pangan yang rendah kandungan purinnya. Sedangkan karbohidrat sebaiknya dari karbohidrat kompleks seperti nasi, singkong, ubi dan roti.¹⁴

Hindari karbohidrat sederhana seperti gula, sirup atau permen. Fruktosa dalam karbohidrat sederhana dapat meningkatkan kadar asam urat serum. Penderita asam urat

harus menjalani diet rendah protein karena protein dapat meningkatkan asam urat, terutama protein hewani. Protein diberikan 50-70 g per hari. Sedangkan sumber protein yang dianjurkan adalah sumber protein nabati dan protein yang berasal dari susu, keju dan telur. Sangat disarankan untuk membatasi konsumsi lemak. Lemak dapat menghambat ekskresi asam urat melalui urin. Batasi makanan yang digoreng, penggunaan margarin, mentega dan santan. Ambang batas lemak yang boleh dikonsumsi adalah 15 % dari total kalori/hari. Dan juga disarankan untuk banyak minum air putih, minimal 2.5 liter/hari. Konsumsi cairan yang tinggi dapat membantu mengeluarkan asam urat melalui urin. Sedangkan alkohol, tape dan brem harus di jauhi. Bahan pangan mengandung alkohol ini dapat meningkatkan asam laktat plasma, asam yang dapat menghambat pengeluaran asam urat dari dalam tubuh melalui urin.¹⁰

Kunjungan ketiga dilakukan satu minggu setelah kunjungan kedua, dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa pasien sudah mulai membiasakan makan sehari 3 kali dengan beberapa selingan berupa biskuit dan buah. Namun untuk porsi jumlahnya masih sangat sedikit kira-kira setengah sendok nasi. Keluarga pasien juga lebih memperhatikan makanan yang dimakan pasien seperti melarang pasien untuk mengkonsumsi makanan kaya purin. Olahraga rutin setiap pagi masih sulit dilakukan mengingat kondisi kaki pasien yang masih sakit. Pasien mengatakan bahwa nyeri sendi kakinya masih terasa sakit namun sudah mulai berkurang. Rumah masih terlihat berantakan namun jendela yang biasanya tertutup sudah mulai dibuka setiap hari.

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah pasien dan seluruh anggota keluarga yang harus menerapkan pola hidup sehat. Sedangkan faktor penghambatnya adalah pelaku rawat yang serumah dengan pasien masih belum optimal karena kesibukan masing-masing dan beberapa anggota keluarga yang lain berada pada usia yang terlalu dini untuk menjadi pelaku rawat terhadap pasien.

Prognosis pada pasien ini dalam hal *quo ad vitam*: dubia *ad bonam* dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya masih baik; *quo ad functionam*: dubia *ad bonam* karena pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri; dan *quo ad sanationam*: dubia *ad*

bonam karena pasien masih bisa melakukan fungsi sosial kepada masyarakat sekitar.

Kesimpulan

1. Diagnosis gout arthritis pada kasus ini sudah ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.
2. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik, *pasien centered*, *family appropriated* dengan sebagian pengobatan arthritis gout sudah sesuai secara literatur berdasarkan EBM.
3. Proses perubahan perilaku pada Ny. S untuk mengontrol kadar asam uratnya terlihat setelah pasien diberikan intervensi dan mencoba mengubah gaya hidupnya dengan mengurangi makanan mengandung tinggi purin, dan makanan berlemak.
4. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien dalam mengendalikan penyakitnya.

Daftar Pustaka

1. Jurnal Medika. Kegiatan temu ilmiah geriatri dan kepedulian terhadap lansia indonesia. 2011. Edisi No 07 Vol XXXVII.
2. Departemen Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI; 2013.
3. Hidayat R. Gout dan hiperurisemia. *Medicinus*. 2009; 22(2):47-50.
4. Nainggolan, O. Prevalensi dan determinan penyakit rematik di indonesia. *Maj Kedokt Indon*. 2009; 59(12): 588-94.
5. Chumacher HR, Hunsche E, Wertheimer A, Kong S. A literature review of epidemiology and treatment in acute gout. *Clin Ther*. 2003; 25:1593–1617. doi: 10.1016/S0149-2918(03)80158-3. [PubMed] [Cross Ref]
6. Harrold LH, Andrade SE, Briesacher BA, Raebel MA, Fouayzi H, Yood RA, et al. Adherence with urate-lowering therapies

for the treatment of gout. 2009. Published: 27 Mar 2009.

7. Raka PT. Hiperurisemia. In: Aru W. Sudoyo, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K, Siti Setiati (Ed): Buku ajar ilmu penyakit dalam Jilid II, p.2250. Interna Publishing, Jakarta; 2009.
8. Anand BS, Katz J, Peptic ulcer disease, Medscape Reference, Professor. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Baylor College of Medicine [internet]. 2011. Available from: <http://emedicine.medscape.com/> (Accessed 26 Februari 2018)
9. Fourrier-Réglat A, Bazin F, et al. Cardiovascular and gastrointestinal safety of OAINSs: a systematic review of meta-analyses of randomized clinical trials. *Clin Pharmacol Ther*. 2011; 89:855–866
10. Mulyatno KC. Intitute of tropical disease (ITD). Uiversitas Airlangga. 2014.
11. James PA. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5):507-20.
12. Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) *Ann Rheum Dis*. 2006; 65:1312–1324. [PMC free article] [PubMed]
13. Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2005.
14. Khanna D, Fitz Gerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh M, Neogi T, et al. American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout Part I: Systematic Non-pharmacologic and Pharmacologic Therapeutic Approaches to Hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012; 64(10):1431–46