

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia atau lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Pada lansia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Sunaryo Dkk, 2016).

Lansia adalah seseorang yang mengalami perubahan pada biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial karena usianya. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh kehidupan lansia termasuk kesehatannya. Oleh karena itu lansia perlu perhatian khusus dan tetap dipelihara serta ditingkatkan agar dapat hidup secara produktif sesuai kemampuan lansia (Fatimah, 2010).

2.1.2 Batasan Lansia

Pendapat tentang patokan usia untuk lansia berbeda-beda, umumnya antara usia 60-65 tahun. Beberapa pendapat tentang batasan lanjut usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut UU no 13 Tahun 1998 yang dimaksud lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun
2. Menurut WHO lansia dapat dibagi menjadi kriteria berikut:
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

3. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat tahap yang dialami oleh lansia yaitu :

- a. Tahap pertama (*fase inventus*) 25-40 tahun
- b. Tahap kedua (*fase virilities*) 40-55 tahun
- c. Tahap ketiga (*fase presenium*) 55-65 tahun
- d. Tahap keempat (*fase senium*) diatas 65 tahun

4. Menurut Depkes RI Pada tahun 2006, umur lansia digolongkan menjadi :

- a. Kelompok lansia dini (55 – 64 tahun)
- b. Kelompok lansia (65-70 tahun)
- c. Kelompok lansia beresiko tinggi (didas 70 tahun) (Effendy, 2009).

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Menurut ahli gerontologi lansia dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Lansia kronologis yaitu lansia yang ditentukan dengan cara menghitung jumlah tahun sejak seseorang dilahirkan.
2. Lansia biologis yaitu lansia yang ditentukan berdasarkan perubahan fungsi organ tubuh seseorang.
3. Lansia Psikologis yaitu lansia yang ditentukan berdasarkan perubahan psikososial yang dialami oleh seseorang (Fatmah, 2010).

2.1.4 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia diatas 60 tahun.
2. Terjadi perubahan-perubahan baik secara fisik, sosial, psikologis maupun spiritual.

2.1.5 Tipe-Tipe Lansia

Adapun tipe-tipe lansia yang ada di sekitar kita secara umum dapat dibagi menjadi 5 tipe yaitu:

1. Tipe Arif Bijaksana: yaitu lansia yang mempunyai banyak pengalaman, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, menjadi panutan bagi orang-orang disekitarnya.
2. Tipe Mandiri: yaitu lansia yang bersifat selektif terhadap pekerjaan, dan mempunyai kegiatan sendiri.
3. Tipe Tidak Puas: yaitu lansia yang mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, jabatan, teman.
4. Tipe Pasrah: yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik.
5. Tipe Bingung: yaitu lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, pasif, dan kaget (Sunaryo Dkk, 2016).

2.1.6 Perubahan-Perubahan pada Lansia

Banyak sekali perubahan pada saat orang bertambah tua. Dari ujung rambut sampai ujung kaki mengalami perubahan dengan makin bertambahnya umur perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut:

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Persyarafan

Berat otak pada lansia umumnya mengalami penurunan antara 10-20%. Penurunan berat otak terjadi pada usia 30-70 tahun. Selain penurunan berat otak, juga terjadi penebalan meningen pada otak lansia. Hal ini menyebabkan konduksi saraf perifer yang lebih lambat yang mengakibatkan lansia mengalami resiko sindrom demensia dan Alzheimer.

b. Sistem Penglihatan.

Pada lansia terjadi Penurunan kemampuan penglihatan. Perubahan kemampuan ini terjadi karena perubahan struktur jaringan didalam bola mata akibat semakin bertambahnya usia, lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, pupil timbul sklerosis, daya membedakan warna menurun.

c. Sistem Pendengaran.

Hilangnya atau turunnya daya pendengaran, terutama pada bunyi suara atau nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.

d. Sistem Kardiovaskuler.

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, Kemampuan jantung menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, kehilangan sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah: kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) dapat menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg dan tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistole normal ± 170 mmHg, diastole normal ± 95 mmHg.

e. Sistem Respirasi.

Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman nafas turun. Kemampuan batuk menurun (menurunnya aktifitas silia), O₂ arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO₂ arteri tidak berganti.

f. Sistem Gastrointestinal.

Banyak gigi yang tanggal, sensitifitas indra pengecap menurun, pelebaran esophagus, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun, peristaltik lemah, dan sering timbul konstipasi, fungsi absorpsi menurun.

g. Sistem Genitourinaria.

Otot-otot pada vesika urinaria melemah dan kapasitasnya menurun sampai 200 mg, frekuensi BAK meningkat, pada wanita sering terjadi atrofi vulva, selaput lendir mengering, elastisitas jaringan menurun dan disertai penurunan frekuensi seksual intercourse berefek pada seks sekunder.

h. Sistem Endokrin.

Produksi hampir semua hormon menurun (ACTH, TSH, FSH, LH), penurunan sekresi hormone kelamin misalnya: estrogen, progesterone, dan testoteron.

i. Sistem Intergumen.

Kulit menjadi keriput dan mengkerut karena kehilangan proses keratinisasi dan kehilangan jaringan lemak, berkurangnya elastisitas akibat penurunan cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, perubahan pada bentuk sel epidermis.

j. Sistem Muskuloskeletal.

Tulang kehilangan cairan dan rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon mengkerut dan mengalami sclerosis, atrofi serabut otot sehingga gerakan menjadi lamban, otot mudah kram dan tremor.

2. Perubahan Mental

Selain perubahan pada fisik lansia juga mengalami perubahan pada mental atau kejiwaan. Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perubahan mental pada lansia adalah:

a. Perubahan Fisik.

Fisik lansia yang mengalami perubahan membuat lansia merasa kurang percaya diri dan merasa kurang menerima dengan perubahan pada tubuhnya. Hal ini dapat memicu terjadinya stres pada lansia.

b. Kesehatan Umum

Lansia mengalami penurunan pada sistem imunitas yang menyebabkan lansia mudah terserang berbagai macam penyakit.

c.. Lingkungan.

Lansia membutuhkan suasana yang tenang, Lingkungan yang tenang dan nyaman dapat mengurangi stres pada lansia.

3. Perubahan Psikososial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaannya, Bila mengalami pensiun seseorang akan mengalami kehilangan antara lain:

a. Kehilangan finansial atau pendapatan

b. Kehilangan status atau jabatan

c. Kehilangan teman atau relasi

d. Kehilangan pekerjaan.

2.1.7 Aspek Medis pada Lansia

Banyak sekali perubahan-perubahan yang dialami seseorang ketika memasuki masa tua seperti

1. Menurunnya daya penglihatan pada mata sehingga sulit memfokuskan bayangan dan melihat pada pencahayaan yang redup.
2. Menurunnya daya pendengaran sehingga tidak dapat menangkap pembicaraan secara utuh.
3. Menurunnya kemampuan indra penciuman sehingga tidak dapat merasakan aroma atau bau.
4. Terjadi pengapuran pada tulang belakang sehingga gerakan menjadi kaku ,mudah nyeri dan penurunan tinggi badan.
5. Kulit menjadi keriput,dan mudah terkelupas karena mengalami penipisan pada lapisan bawah kulit.
6. Otot dinding kandung kemih mengalami pengenduran sehingga sulit untuk menahan buang air kecil atau sebaliknya sulit untuk mengeluarkan air seni.

2.1.8 Teori-teori Proses Penuaan

a. Teori Biologi

1. Teori Genetik

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang terprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

2. Teori Radikal Bebas

Tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan organik yang menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

3. Teori Autoimun

Penurunan sistem limfosit T dan B mengakibatkan gangguan pada keseimbangan regulasi system imun. Sel normal yang telah menua dianggap benda asing, sehingga sistem bereaksi untuk membentuk antibody yang menghancurkan sel tersebut. Selain itu atipis timus juga turut sistem imunitas tubuh, akibatnya tubuh tidak mampu melawan organisme patogen yang masuk kedalam tubuh. Teori meyakini menua terjadi berhubungan dengan peningkatan produk autoantibodi.

4. Teori Stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kesetabilan lingkungan internal, dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1. Teori Aktifitas

Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak kegiatan sosial.

2. Teori Keperibadian

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi tipe personality yang dimilikinya.

3. Teori Pembebasan

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas.

2.2 Konsep Dasar Osteoarthritis

2.2.1 Definisi

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif pada sendi akibat pemecahan biokimia artikular tulang rawan di sendi sinovial lutut sehingga kartilago sendi rusak .gangguan ini berkembang secara lambat tidak simetris dan non inflamasi ditandai dengan pembentukan osteofit pada bagian pinggir sendi yang mengakibatkan sendi mengalami kekakuan (Theresia Titin Marlina, 2015).

Osteoarthritis adalah penyakit degeneratif pada sendi yang umumnya terjadi pada dewasa pertengahan hingga lansia dengan gangguan pada sendi dan mempunyai gejala utama nyeri dan kaku pada sendi (Bruner & Sudart ,2010).

Osteoarthritis adalah gangguan pada sendi yang bergerak penyakit ini bersifat kronik berjalan progresif lambat, tidak meradang ditandai oleh abrasi pada rawan sendi dan adanya pembentukan tulang baru pada permukaan persendian yang mengakibatkan nyeri dan kaku pada sendi (Harrison, 2014).

2.2.2 Etiologi

Osteoarthritis merupakan penyakit yang terjadi karena degradasi pada tulang rawan sendi, Beberapa faktor yang dapat menyebabkan osteoarthritis antara lain:

a. Umur

Prevalensi dan beratnya osteoarthritis semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Osteoarthritis jarang terjadi pada usia dibawah 40 tahun tetapi sering terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b. Jenis kelamin

Wanita lebih sering terkena osteoarthritis pada lutut dan sendi. Sedangkan pria lebih sering terkena osteoarthritis pada paha, pergelangan tangan dan leher. secara keseluruhan pada usia dibawah 45 tahun frekuensi osteoarthritis sama antara laki-laki dan perempuan tetapi diatas 50 tahun wanita lebih banyak menderita osteoarthritis daripada pria.

c. Pekerjaan

Beberapa jenis pekerjaan yang kegiatannya sering memberikan tekanan pada sendi sehingga beresiko terjadi osteoarthritis seperti pada tukang jahit osteoarthritis lebih sering terjadi pada lutut. Sedangkan pada kuli bangunan osteoarthritis terjadi pada pinggang.

d. Gaya hidup

Beberapa gaya hidup yang kurang sehat seperti merokok dapat menyebabkan jaringan kekurangan oksigen sehingga pembentukan tulang rawan sendi menjadi terhambat.

e. Genetik

Faktor heriditer juga dapat mempengaruhi timbulnya osteoarthritis seperti pada anak perempuan yang mempunyai ibu dengan osteoarthritis akan beresiko tiga kali lebih besar terkena osteoarthritis.

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya osteoarthritis dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu:

a. Osteoarthritis primer

Merupakan Osteoarthritis yang disebabkan karena adanya faktor genetik yaitu adanya abnormalitas pada kolagen sehingga pembentukan tulang rawan sendi menjadi terganggu.

b. Osteoarthritis sekunder

Merupakan osteoarthritis yang disebabkan oleh kelainan seperti inflamasi suatu penyakit, kegemukan, ataupun trauma.

2.2.4 Patofisiologi

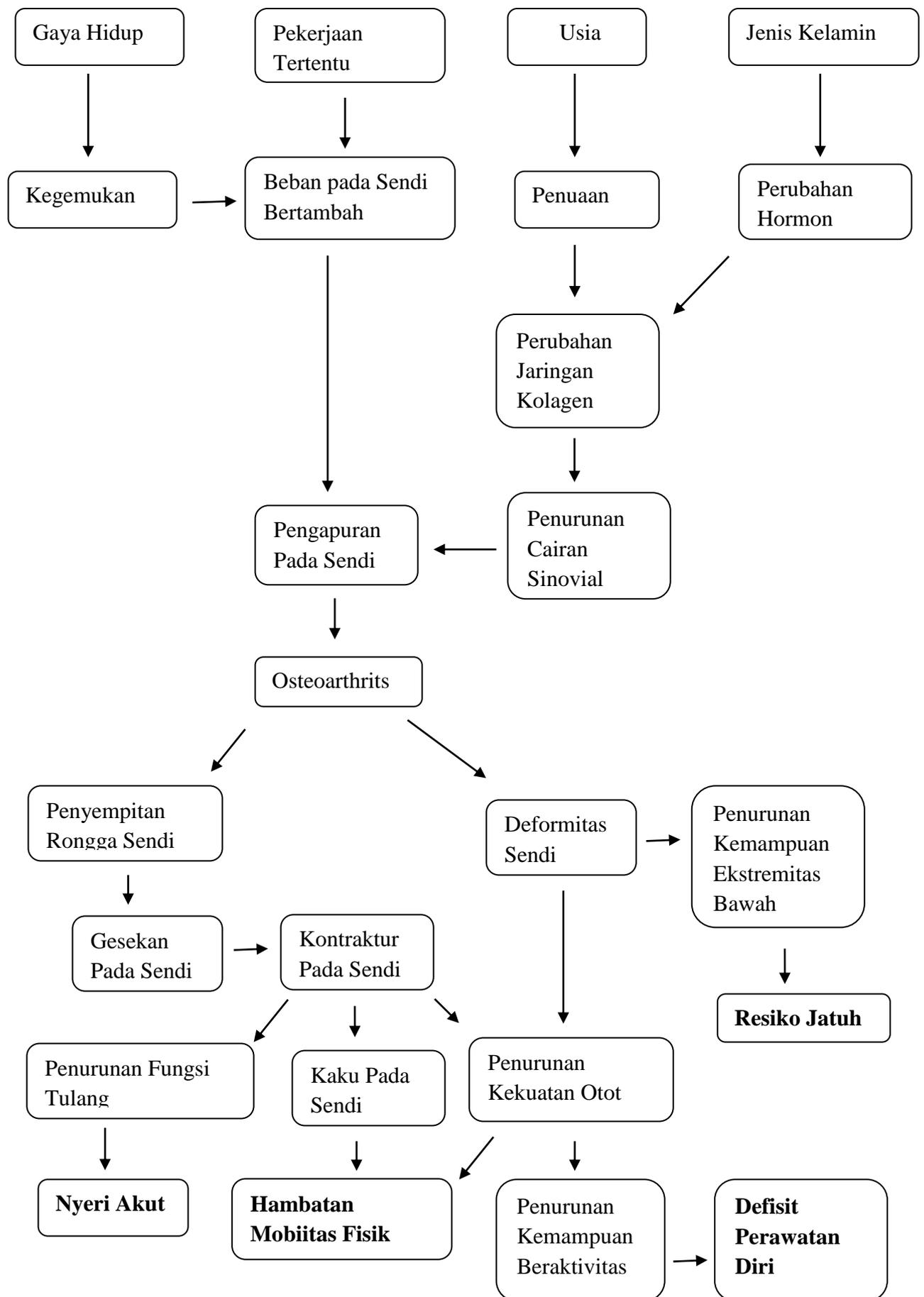
Tulang rawan sendi dibentuk oleh sel tulang rawan sendi atau kondrosit dan matriks rawan sendi. Kondrosit berfungsi memelihara matriks pada tulang rawan sehingga fungsi bantalan rawan sendi terjaga dengan baik, matriks rawan sendi terdiri atas proteoglikan dan kolagen. Perubahan yang paling mencolok pada osteoarthritis biasanya dijumpai pada darah tulang rawan sendi yang mendapat beban. Pada stadium awal tulang rawan lebih tebal daripada normal, tetapi seiring dengan perkembangan osteoarthritis permukaan sendi menipis, tulang rawan melunak, integritas permukaan tulang rawan terputus, dan terbentuk pada celah vertikal (Harrison, 2012).

Proses degenerasi tulang disebabkan oleh proses pemecahan kondrosit yang diawali oleh stress biomekanik tertentu. Pengeluaran enzim lisosom menyebabkan terpecahnya polisakarida protein yang membentuk matriks disekitar kondrosit sehingga mengakibatkan kerusakan tulang rawan pada sendi, sendi yang

paling sering terkena adalah sendi yang menanggung berat badan seperti sendi panggul, lutut dan kolumna vertebralis

Perubahan-perubahan degenetatif diakibatkan kejadian tertentu seperti cedera sendi, infeksi sendi dan penyakit peradangan sendi lainnya dapat menyebabkan trauma pada kartilago yang bersifat intrinsik dan ekstrinsik sehingga menyebabkan kerusakan pada ligamen ditambah juga dengan perubahan metabolisme pada seni yang akhirnya dapat mengakibatkan tulang rawan mengalami erosi dan pengapuran, tulang menjadi tebal dan terjadi penyempitan pada rongga sendi yang menyebabkan nyeri pada sendi, bengkak, krepitasi.

2.2.5 WOC



2.2.6 Manifestasi klinis

Adapun gejala-gejala dari osteoarthritis meliputi:

a. Nyeri Sendi

Nyeri sendi merupakan keluhan yang sering dialami oleh penderita, nyeri dapat bertambah jika banyak bergerak serta dapat berkurang jika beristirahat.

b. Hambatan Gerakan Sendi

Hambatan gerak pada sendi disebabkan oleh nyeri pada sendi, inflamasi, perubahan bentuk pada sendi. Hambatan gerak biasanya terjadi pada saat berdiri, bangun dari tempat tidur, berbaring, berjalan hingga sekedar menulis sesuatu.

c. Kaku Pada sendi

Pada beberapa penderita kaku pada sendi dapat timbul setelah duduk lama di kursi, di dalam mobil atau setelah bangun tidur.

d. Krepitasi

Krepitasi atau suara gemertak yang timbul pada sendi yang sakit. Umumnya krepitasi dijumpai pada pasien yang mengalami osteoarthritis di bagian lutut. Pada awalnya hanya perasaan penderita akan adanya sesuatu yang remuk.

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa osteoarthritis antara lain :

a. Foto Rotgent

Pada Foto Rotgent Menunjukkan penurunan progresif massa kartilago sendi sebagai penyempitan pada rongga sendi, Adanya osteofit atau tonjolan-tonjolan kecil yang timbul pada tulang, dan Perubahan bentuk sendi.

b. Pemeriksaan Cairan Sendi

Pada Pemeriksaan cairan sendi dapat ditemukan peningkatan kekentalan pada cairan sendi

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium digunakan apabila ada sinovitis yang meluas da pada osteoarthritis yang disertai peradangan dijumpai peningkatan jumlah protein pada darah.

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan osteoarthritis brdasarkan sendi yang terkena serta berat ringannya osteoarthritis yang diderita oleh pasien.adapun penatalaksanaan pada osteoarthritis adalah sebagai berikut:

a. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang timbul.mengoreksi gangguan yang timbul serta mengidentifikasi gejala-gejala klinis dari ketidakstabilan sendi.

b. Terapi non Farmakologi

Selain Terapi obat, terapi lain juga penting untuk penderita osteoarthritis diantaranya:

1. Rehabilitasi

Osteoarthritis dapat menyebabkan kekakuan pada sendi dan menyebabkan penderitanya tidak dapat bergerak secara sempurna.oleh karena itu rehabilitasi dilakukan untuk mengembalikan fungsi alat gerak yang hilang akibat kekakuan pada sendi.

2. Kontrol Berat Badan

Mengontrol berat badan sangat penting untuk pencegahan osteoarthritis. Berat badan yang terlalu berlebihan membuat bantalan sendi terutama sendi bagian lutut semakin tertekan hal ini dapat memicu terjadinya perapuhan pada sendi.

3. Diet

Penderita osteoarthritis wajib memperhatikan asupan makanan agar tidak terjadi penambahan berat badan yang mengakibatkan beban pada bantalan sendi lutut terlalu besar.

2.3 Konsep Mobilitas dan Imobilitas

2.3.1 Definisi

Mobilitas atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Lyndon S, 2013).

Sedangkan imobilitas merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas, mengingat kondisi yang mengganggu pergerakan. seperti mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat yang disertai dengan fraktur pada ekstremitas (A. Aziz Alimul H, 2012).

Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA, 2014).

2.3.2 Klasifikasi

Mobilisasi dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. Mobilisasi Penuh.

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya.

b. Mobilisasi Sebagian.

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas, tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Hal ini dapat kita jumpai pada kasus cedera atau patahtulang dengan pemasangan traksi, pasien paraplegi dapat menjadi mobilisasi sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik.

Ada 2 jenis mobilisasi sebagian yaitu:

1. Mobilisasi Sebagian Temporer.

Mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang bersifat sementara, hal ini dapat disebabkan adanya trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal seperti pada dislokasi sendi dan tulang.

2. Mobilisasi Sebagian Permanen.

Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang bersifat menetap, hal ini disebabkan adanya kerusakan pada sistem saraf yang reversibel misalnya pada penderita stroke, dan poliomyelitis (A.Aziz Alimul H, 2012).

Sedangkan imobilisasi sendiri dibagi menjadi 4 yaitu:

a. Imobilisasi Fisik.

Imobilisasi fisik merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan untuk mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia dimana seseorang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis dan akibatnya penderita tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.

b. Imobilisasi Intelektual.

Imobilisasi Intelektual merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pembatasan untuk berpikir, seperti pada pasien dengan kerusakan otak yang disebabkan oleh suatu proses penyakit, maka seseorang tersebut membatasi proses berpikir

c. Imobilisasi Emosional

Imobilisasi Emosional merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pembatasan secara emosional yang terjadi sebagai akibat dari perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh Keadaan stres berat yang disebabkan karena operasi amputasi dimana Individu mengalami kehilangan bagian tubuh atau merasakan kehilangan sesuatu yang paling dicintai

d. Imobilisasi Sosial

Imobilisasi Sosial merupakan keadaan individu yang mengalami terhambatnya untuk melakukan interaksi sosial, karena keadaan penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi peran individu dalam kehidupan sosial.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Mobilitas dan Imobilitas

Mobilitas dan Imobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti:

a. Gaya Hidup

Gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas dan imobilitas, hal ini karena dampak dari kebiasaan sehari-hari. Misalnya Orang yang terbiasa berolahraga akan memiliki mobilitas yang lebih lentur dan kuat dibandingkan dengan orang yang tidak terbiasa berolahraga

b. Proses Penyakit

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh, seperti seseorang dengan fraktur femur maka seseorang akan membatasi pergerakan pada ekstremitas bagian bawah .

c. Kebudayaan

Kemampuan mobilisasi dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan misalnya budaya orang sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat atau ketika mengalami gangguan mobilitas karena sakit.

d. Usia.

Kemampuan mobilisasi pada setiap tingkat usia berbeda-beda, hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sesuai dengan usia dan status perkembangan. Anak kecil belum dapat melakukan gerakan yang sulit karena alat geraknya belum berkembang secara sempurna. Sedangkan lansia umumnya sudah tidak dapat bergerak dengan cepat karena fungsi alat geraknya mengalami penurunan.

e. Tingkat Energi.

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi, seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik apabila memiliki energi yang cukup, jika kebutuhan energi kurang maka seseorang tidak dapat melakukan mobilisasi dengan baik.

2.4 Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

a. Tahap Pengumpulan Data

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data yang akurat dari pasien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Tujuan dari pengkajian pada lansia adalah untuk menentukan kemampuan pasien untuk merawat diri sendiri, membantu menghindari bentuk dan penandaan pasien serta melengkapi dasar-dasar rencana perawatan individu. Pada lansia pengkajian yang dilakukan meliputi Pengkajian Fisik, Pengkajian Psikologis, Pengkajian Sosial, Pengkajian Spiritual.

b. Tahap Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian data kemudian dianalisa dan divalidasi untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan membandingkan data subyektif maupun obyektif, kemudian data diidentifikasi sesuai dengan masalah yang mengganggu pola kesehatan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah data dianalisa dan diidentifikasi, selanjutnya dilakukan pengambilan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang aktual atau berpotensi menimbulkan masalah kesehatan.

2.4.3 Intervensi

Merupakan proses penyusunan berbagai rencana asuhan keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah pasien. Tahap intervensi yang dilakukan meliputi penentuan prioritas diagnosis, tujuan yang akan dicapai, kriteria hasil, rencana tindakan asuhan keperawatan serta rasional dari tindakan yang akan dilakukan oleh perawat.

2.4.4 Implementasi

Dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan, perawat melaksanakan tindakan secara mandiri atau berkolaborasi dengan tenaga medis maupun paramedis yang lain seperti dokter untuk menentukan diagnosa medis sekaligus terapi yang akan diberikan kepada pasien, ahli gizi untuk menentukan diet makanan serta laboratorium untuk memeriksa penyakit pasien.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari rencana asuhan keperawatan dengan melakukan identifikasi sejauh mana pencapaian tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

2.5 Tinjauan Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Osteoarthritis

2.5.1 Tahap Pengumpulan Data

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Pengkajian pada pasien osteoarthritis meliputi:

a. Identitas

Hal-hal yang perlu ditanyakan ketika pertama kali datang ke pasien adalah nama pasien, umur pasien, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan agama serta lama tinggal di panti.

b. Riwayat Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas sehari-hari pada lansia meliputi: Kegiatan sehari-hari lansia, Kebiasaan makan, minum, istirahat/tidur, mandi, toileting dan lain-lain.

c. Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit lansia yang menderita osteoarthritis meliputi: Nyeri yang dirasakan, Kaku pada sendi serta hambatan mobilitas fisik.

d. Pola –Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Merupakan Persepsi pasien terhadap penyakit yang dideritanya, persepsi terhadap arti kesehatan, persepsi terhadap pemeliharaan kesehatan dan perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien seperti adanya alergi.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Merupakan penggambaran bagaimana nafsu makan pasien, berapa jumlah makanan dan cairan yang masuk, ada tidaknya mual dan muntah, adakah diet khusus yang dijalani oleh pasien, adakah kesulitan menelan makanan, penggunaan gigi palsu ketika mengunyah serta adanya alergi pada jenis makanan tertentu.

3. Pola Eliminasi

Merupakan penggambaran tentang kebiasaan buang air besar maupun buang air kecil pasien, ada tidaknya konstipasi, diare, inkontinensia urine maupun alvi, penggunaan kateter dan penggunaan obat pencahar.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Merupakan penggambaran tentang kebiasaan tidur pasien, jumlah jam tidur pasien, masalah ketika tidur, adanya insomia, perasaan setelah bangun tidur.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Merupakan penggambaran tentang kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh pasien seperti makan, minum, mandi,tingkat kemampuan pasien ketika melakukan kegiatan sehari-hari,jenis bantuan yang diberikan ketika melakukan kegiatan ,penggunaan alat bantu dan lain-lain.

6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Merupakan penggambaran tentang diri pasien mengenai masalah-masalah kesehatan pasien seperti perasaan cemas, ketakutan terhadap penyakit atau dampak dari penyakit,penilaian diri pasien seperti peran, konsep diri, ideal diri maupun identitas tentang diri pasien.

7. Pola Sensori dan Kognitif

Merupakan penggambaran tentang kemampuan berkomunikasi pasien,pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya, apakah ada gangguan pada panca indra seperti gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa maupun peraba.

8. Pola Hubungan dan Peran

Merupakan penggambaran tentang hubungan pasien dengan keluarganya, hubungan pasien dengan perawat, dokter maupun tenaga medis yang lain.

9. Pola Reproduksi dan Seksual

Merupakan penggambaran tentang masalah-masalah seksual seperti penggunaan berbagai macam alat kb, masalah menstruasi, masalah menopause pada lansia.

10. Pola Penanggulangan Stress

Merupakan penggambaran tentang mekanisme yang digunakan untuk mengatasi stress, tingkat toleransi stress serta lamanya waktu yang dibutuhkan untuk mengatasi stress.

11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Merupakan penggambaran tentang agama yang dianut oleh pasien, kegiatan ibadah sehari-hari pasien, kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Meliputi bentuk kepala pasien, kebersihan rambut, ada tidaknya kerontokan pada rambut, ada tidaknya bekas luka operasi maupun trauma pada kepala, bentuk ubun-ubun.

2. Wajah

Meliputi bentuk wajah, ekspresi wajah, kondisi wajah, ada tidaknya lesi atau bekas lesi pada wajah.

3. Mata

Meliputi bentuk mata, ada tidaknya pembengkakan pada mata, bentuk pupil, warna konjungtiva, sklera, kekeruhan pada lensa serta ada tidaknya visus pada mata.

4. Hidung

Meliputi bentuk hidung, kemampuan penciuman pasien, ada tidaknya peradangan pada lubang hidung, serta ada tidaknya pernapasan cuping hidung.

5. Telinga

Meliputi bentuk telinga, ada tidaknya kotoran pada telinga, ketajaman penengaran, membran thympani serta ada tidaknya cairan pada telinga.

6. Leher

Meliputi bentuk leher, ada tidaknya kaku kuduk, ada tidaknya perbesaran pada kelenjar thyroin maupun parathyroid, posisi leher, dan ada tidaknya nyeri pada leher.

7. Thoraks/Dada

Meliputi bentuk dada yang meliputi normal chest, barrel chest, pergerakan dada apakah simetris atau tidak, ada tidaknya trauma pada thoraks, suara jantung, ada tidaknya suara tambahan pada paru-paru seperti suara ronki maupun wheezing.

8. Abdomen

Meliputi bentuk abdomen, ukuran abdomen, ada tidaknya perbesaran pada hepar, ada tidaknya nyeri perut, kekuatan bising usus serta bunyi thympani pada perut.

9. Genitalia dan Anus

Meliputi ada tidaknya hemorroid pada anus, penggunaan kateter, ada tidaknya pengosongan maupun pengisian kandung kemih.

10. Intergumen

Meliputi warna kulit, apakah ada lesi pada kulit, turgor kulit, kelembanan kulit.

11. Ekstremitas dan Neurologis

Meliputi Keseimbangan ketika bergerak, rentang gerak, Kekuatan otot, ada tidaknya kekakuan, tingkat kesadaran serta ada tidaknya gangguan neurologis.

f. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Foto Ronsen

Pada pemeriksaan foto ronsen menunjukkan penyempitan pada ruang sendi dan osteofit di tepi sendi dan di tulang subkordial (Bruner & Suddart, 2010).

g. Tabel pemenuhan kebutuhan mobilitas

1. Tabel Kekuatan otot

Nilai	Presentase Kekuatan Normal (%)	Keterangan
0	0	Paralisis Sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, Konstraksi otot dapat di palpasi
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi disertai tahanan minimal
5	100	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi disertai dengan tahanan penuh

(A.Aziz Alimul H, 2012)

2. Tabel Tingkat Mobilitas

Tingkat Mobilitas	Kategori
0	Mampu merawat sendiri secara penuh
1	Mebutuhkan penggunaan alat bantu
2	Mebutuhkan bantuan dan pengawasan dari orang lain
3	Mebutuhkan alat bantu dan pengawasan orang lain
4	Sangat bergantung dan tidak dapat melakukan aktivitas sama sekali

(A.Aziz Alimul H, 2012)

3. Tabel Indeks Katz

No	Nilai	Keterangan
1	A	Mandiri dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian
2	B	Mandiri dalam semua hal kecuali salah satu dari fungsi tersebut
3	C	Mandiri dalam semua hal kecuali mandi dan salah satu fungsi tambahan
4	D	Mandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi tambahan
5	E	Mandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi dan salah satu fungsi tambahan
6	F	Mandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah, dan salah satu fungsi tambahan
7	G	Ketergantungan dalam semua hal

(Sunaryo dkk , 2016)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif yang menyerang persendian .Adapun masalah keperawatan yang muncul yaitu:

- a. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan pada sendi, menurunnya kekuatan otot, dan paralisis.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan adanya penurunan fungsi tulang.
- c. Resiko Jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan ekstremitas bawah.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas.

2.5.3 Intervensi Keperawatan

- a. Diagnosa I

Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan pada sendi,menurunnya kekuatan otot dan paralisis.

NOC

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat menunjukkan peningkatan mobilitas fisik

Kriteria Hasil:

1. Pasien dapat menjelaskan tujuan dari mobilitas fisik
2. Pasien mengalami peningkatan dalam aktivitas fisik
3. Dapat memperagakan penggunaan alat bantu

Intervensi NIC

1. Kaji Penyebab hambatan mobilitas fisik
2. Kaji kemampuan mobilisasi pasien
3. Kaji kekuatan otot pasien
4. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari
5. Ajarkan Pasien menggunakan alat bantu
6. Lakukan latihan ROM pasif atau aktif sesuai dengan program
7. Kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian fisioterapi

b. Diagnosa II

Nyeri Akut berhubungan dengan adanya penurunan fungsi tulang

NOC

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang

Kriteria Hasil:

1. Pasien mampu mengontrol nyeri dengan menggunakan teknik non farmakologi
2. Melaporkan nyeri berkurang
3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi NIC

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas
2. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
3. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi dan distraksi
5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgesik

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah diterapkan. Kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, observasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru.

2.5.5 Evaluasi

Dalam melakukan evaluasi perawat menggunakan format SOAP yang meliputi

S: Data Subyektif

Merupakan keluhan yang masih dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

O: Data Obyektif

Merupakan hasil pengamatan perawat secara langsung kepada pasien

A: Analisis

Merupakan masalah keperawatan yang masih terjadi pada pasien atau masalah baru akibat perubahan status kesehatan pasien

P: Planning

Merupakan rencana keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, ditambah atau dihentikan dari rencana yang ditentukan sebelumnya