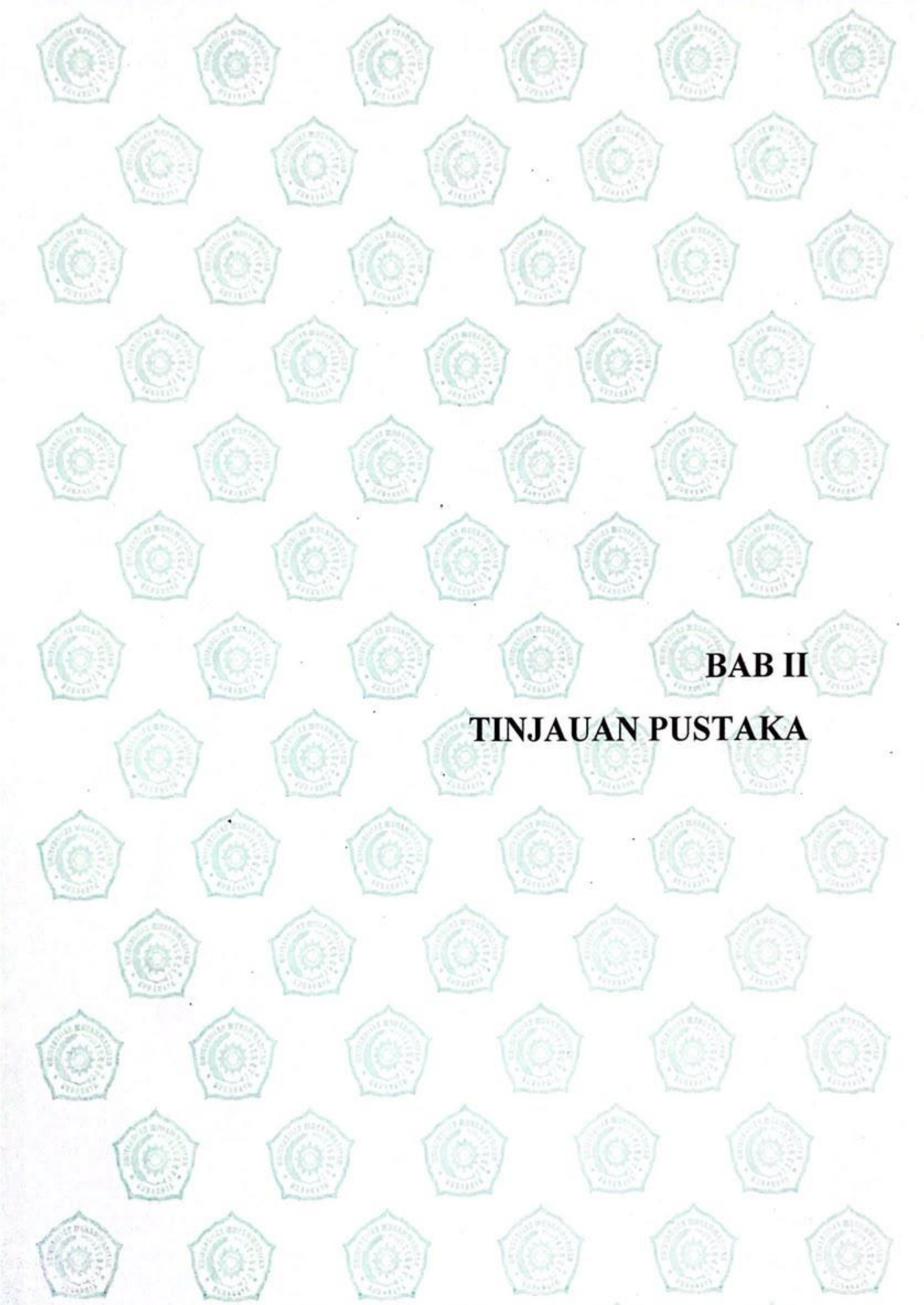




BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Menurut kemenkes (2022) lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Menurut WHO dalam (Wulandari & Winarsih, 2023), lansia terbagi dalam beberapa Batasan usia yaitu usia pertengahan (Middle age) antara usia 45-59 tahun. Lanjut usia (Eldery) berusia antara 60-74 tahun, lanjut usia (Old) usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (Very Old) di atas 90 tahun.

2.1.2 Klasifikasi dan batasan Lanjut usia

Klasifikasi lanjut Usia menurut *World Health Organization (WHO)* adalah sebagai berikut:

1. Usia pertengahan, yaitu usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia, yaitu kelompok usia 60-74 tahun
3. Lansia tua, yaitu kelompok usia 75-90 tahun
4. Lansia sangat tua, yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

2.1.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia

1. Perubahan fisik
 - a. Sistem indra

System penglihatan lansia mengalami perubahan erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya

akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan. Lansia mengalami masalah system pendengaran yang 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun disebabkan karena kehilangan kemampuan daya pendengaran pada telinga bagian dalam, terutama pada bunyi suara nada-nada yang tinggi, nada yang tidak jelas, kata-kata sulit dimengerti. System integumen pada lansia terjadi atrofin pada kulit, kendur, tidak elastis, dan berkerut.

b. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan system Muskuloskeletal pada lansia antara lain:

- 1) Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kolagen pada lansia mengalami perubahan yang menyebabkan turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak nyeri, penurunan kemampuan peningkatan kekuatan otot, dan kesulitan bergerak.
- 2) Kartilago, jaringan kartilago pada persendian mengalami granulasi dan akhirnya permukaan menjadi tidak rata, kemampuan kartilago untuk regenerasi juga berkurang diiringi dengan degenarasi yang cenderung kearah progresif, sehingga menyebabkan terjadinya sendi mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan Gerak, dan terganggunya aktifitas sehari-hari.
- 3) Otot, lansia mengalami perubahan struktur otot yang bervariasi, mulai dari penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot yang mengakibatkan lansia mengalami penurunan kekuatan, penurunan

fleksibilitas, dan penurunan kemampuan fungsional otot.

- 4) Sendi, pada lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament, dan fasia mengalami penurunan elastisitas. Kelainan tersebut menyebabkan lansia mengalami gangguan berupa bengkak, nyeri, kekakuan sendi, gangguan jalan dan aktivitas.

c. Sistem kardiovaskuler dan respirasi

- 1) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung pada lanjut usia mengalami perubahan, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat VO_2 maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

- 2) Sistem respirasi

Penuaan mengakibatkan terjadinya perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume Cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago, dan sendi torak mengakibatkan Gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan torak berkurang.

d. Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan mulai dari kehilangan gigi, Kesehatan gigi yang buruk, indra pengecap mengalami penurunan seperti kehilangan sensifitas, asam lambung menurun, waktu mengosongkan lambung menurun, peristaltic lemah yang menyebabkan timbulnya konstipasi, daya absorpsi lambung menurun, terjadi atrofi pada hati.

e. Sistem perkemihan

Terjadi perubahan signifikan pada sistem perkemihan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

f. Sistem saraf

Sistem saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor progresif, hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif.

g. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan mengecilnya ovarium dan uterus, serta terjadi penusutan payudara pada Wanita. Pada laki-laki, testis masih bisa memproduksi spermatozoa,

meskipun ada penurunan secara bertahap. Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi lembut, sekresi menjadi lebih sedikit dan reaksi berubah menjadi alkali.

2. Perubahan kognitif

a. Memory (daya ingat)

Lansia mengalami penuruna daya ingat. Ingatan jangka Panjang (long term memory) tidak banyak berubah, sedangkan ingatan jangka pendek, (short term memory) menurun.

b. IQ (Intelligent Quotient)

Lansia tidak mengalami perubahan dalam informasi matematika (analitis, linear, sekuensi) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (fantasi) terjadi penurunan.

c. Kemampuan belajar

Tidak terjadi penurunan kemampuan belajar pada lansia sehat, kecuali pada lansia yang mengalami demensia.

d. Kemampuan pemahaman

Kemampuan pehaman atau memahami pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini di pengaruhi oleh konsentarsi dan fungsi pendengaran lansia yang menurun.

e. Pemecahan masalah

Masalah yang dihadapi lansia tentiu semakin banyak. Saat mengalami penuaan, pemecahan masalah menjadi terhambat karena fungsi indra pada lansia. Hambatan lain dapat berasal dari

penurunan daya ingat, pemahaman, dan lain-lain.

- f. Pengambilan Keputusan Pengambilan keputusan pada lansia mengalami perlambatan atau seolah-olah terjadi penundaan. Oleh karena itu, lansia membutuhkan seseorang yang dapat mendampingi dalam pengambilan keputusan.

- g. Kinerja

Terjadi penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

Penurunan kinerja bersifat wajar sesuai dengan perubahan yang dialami lansia, mulai dari organ biologis ataupun perubahan yang bersifat patologis.

- h. Kebijakan

Kebijakan adalah aspek kepribadian dan kombinasi dari aspek kognitif. Pada lansia, semakin bijaksana dalam menghadapi suatu masalah, tetapi hal ini tergantung pada tingkat kematangan kepribadian seseorang dan pengalaman hidup yang dijalaninya.

3. Perubahan spiritual

Orang tua semakin teratur dalam praktik keagamaannya karena merasakan atau menyadari keberadaan kematian.

4. Perubahan Psikososial

- a. Pensiun

Masa pensiun merupakan fase kehidupan yang ditandai oleh adanya perubahan dan transisi peran yang mengakibatkan stress sosial psikologis. Seseorang yang pensiun akan menghadapi kehilangan dalam berbagai aspek seperti aspek finansial, status,

teman, atau kenalan, serta kegiatan atau pekerjaan.

b. Perubahan aspek kepribadian

Terjadi penurunan dalam fungsi kognitif dan psikomotorik pada orang tua. Dengan penurunan kedua fungsi ini, perubahan dalam kepribadian orang tua muncul. Ada lima tipe kepribadian yaitu, konstruktif, mandiri, ketergantungan, sifat musuh, defensive, dan kritik diri.

c. Perubahan dalam peran sosial di Masyarakat

Sistem indra orang tua menunjukkan penurunan, begitu juga dengan fisik dan aspek lainnya, yang dapat menyebabkan gangguan fungsi atau malah kecacatan, sehingga kerap kali timbul perasaan terasing.

d. Perubahan minat

Lanjut usia mengalami perubahan dalam minat yang berdampak pada pola hidup mereka. Perubahan yang di perhatikan pada orang tua berkaitan dengan isu peningkatan Kesehatan, ekonomi, atau pendapatan serta peran sosial.

e. Penurunan kemampuan dan potensi seksual

Penurunan kemampuan dan potensi seksual pada lansia sering kali berkaitan dengan berbagai masalah Kesehatan fisik. Ada pula aspek psikologis yang memengaruhi kehidupan seksual pada orang tua, seperti perasaan tabu atau malu Ketika berusaha untuk menjaga aktifitas seksual di usia lanjut.

2.1.4 Teori Proses Menua

Ada dua bentuk teori penuaan yaitu, teori biologi, teori psikososial. Teori Biologi mencakup teori genetic dan mutase, teori imunologis, teori stress, teori radikal bebas, dan teori rantai silang. Teori psikososial mencakup pelepasan, teori aktivitas, teori interaksi sosial, teori kepribadian berlanjut, dan teori perkembangan.

1. Teori biologis

a. Teori Genetik dan Mutasi

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan Biokimia yang di program oleh molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutase.

b. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah

c. Teori Imunologis

Teori ini menjelaskan bahwa sistem imun menjadi kurang efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

d. Teori stres

Penuaan terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan oleh tubuh. Regenerasi jaringan tidak mampu mempertahankan stabilitas lingkungan internal, kelebihan usaha, dan stres yang menyebabkan sel-sel tubuh menjadi lemah (Darmajo, 2009 dalam gemini dkk,2021).

e. Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

f. Teori rantai silang

Teori ini menjelaskan bahwa sel-sel yang tua atau using, reaksi kimianya dapat menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen, ikatan ini menyebabkan elastisitas berkurang dan menrunnya fungsi.

2. Teori Psikososial

a. Teori Aktivitas

Penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seseorang lansia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut. Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak berpartisipasi dalam kegiatan sosial (Stanley, 2010 dalam Gemini dkk, 2021).

b. Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Pengalaman seseorang pada suatu saat merupakan gambaran dirinya kelak pada saat ia menjadi lansia. Hal ini dapat dilihat dari gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang yang ternyata tidak berubah walaupun ia telah lanjut usia (Stanley, 2010 dalam Gemini dkk, 2021).

c. Teori Interaksi Sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada situasi

tertentu, yaitu berdasarkan hal-hal yang dihargai oleh masyarakat. Kemampuan lansia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci untuk mempertahankan status sosialnya atas dasar kemampuannya bersosialisasi (Stanley, 2010 dalam Gemini dkk, 2021).

d. Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Pengalaman seseorang pada suatu saat merupakan gambaran dirinya kelak pada saat ia menjadi lansia. Hal ini dapat dilihat dari gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang yang ternyata tidak berubah walaupun ia telah lanjut usia (Stanley, 2010 dalam Gemini dkk, 2021).

e. Teori Perkembangan

Teori perkembangan menjelaskan bagaimana proses menjadi tua merupakan suatu tantangan dan bagaimana respons lansia terhadap berbagai tantangan tersebut yang dapat bernilai positif maupun negatif (Stanley, 2010 dalam Gemini dkk, 2021).

2.1.5 Ciri-ciri Lanjut Usia

Berikut beberapa ciri-ciri lansia (Widiyawati & sari, 2020)

1. Lansia mengalami periode kemunduran

Lansia mengalami kemunduran baik dari segi fisik dan mental.

Lansia yang memiliki motivasi rendah cenderung mengalami penurunan fisik yang cepat, sementara lansia yang memiliki

motivasi tinggi kemungkinan penurunan fisiknya terjadi perlahan.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Lansia sebagai kelompok minoritas karena kurangnya empati dari orang lain dan lansia lebih suka mempertahankan pendapatnya, sehingga sering menimbulkan pandangan negatif di Masyarakat.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia dilakukan karena lansia mulai mengalami penurunan dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan berdasarkan keinginan mereka sendiri dan bukan karena tekanan dari lingkungan.

4. Perlakuan yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia seringkali mengakibatkan pandangan diri yang buruk pada lansia dan dapat membentuk perilaku negatif juga, yang mungkin membuat lansia menarik diri dari lingkungan, mudah tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.6 Tipe-tipe Lansia

a. Tipe arif bijaksana

Lanjut usia ini mengisi hidupnya dengan kebijaksanaan, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, memiliki kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, mematuhi undang-undang dan menjadi teladan.

b. Tipe mandiri

Lanjut usia ini senang menggantikan kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dan mencari pekerjaan serta teman, serta memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Lansia yang selalu merasakan konflik batin, menolak proses penuaan yang mengakibatkan kehilangan kecantikan, hilangnya daya tarik fisik, kehilangan kekuasaan, status, teman yang dicintai, mudah marah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan kritis.

d. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu keberuntungan, memiliki konsep bahwa setelah gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, dan mealukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merada minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2.2 Konsep Osteoarthritis

2.2.1 Definisi Osteoarthritis

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif pada sendi yang bersifat kronis dan di tandai dengan kerusakan tulang rawan sendi, perubahan pada tulang subkondoral, peradangan synovium, serta menurunnya fungsi sendi sehingga menimbulkan nyeri, kekakuan, dan keterbatasan Gerak (Puntillo et al., 2024). Penyakit ini bersifat progresif karena dapat mempengaruhi seluruh struktur sendi, seperti kartilago, ligament, kapsul sendi, hingga otot disekitar sendi yang akhirnya berdampak pada kualitas hidup penderita (Langworthy et al., 2024).

Osteoarthritis juga dikenal sebagai salah satu gangguan muskuloskeletal yang paling banyak dialami oleh lansia. Kondisi ini umumnya menyerang sendi lutut, panggul, tangan, dan tulang belakang. Perkembangan penyakit berlangsung secara perlahan dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti penambahan usia, obesitas, riwayat cedera sendi, serta penggunaan sendi secara berlebihan dalam jangka panjang (Misra & Felson, 2024).

2.2.2 Etiologi

Osteoarthritis (OA) bersifat multifaktorial, yaitu disebabkan oleh berbagai faktor yang berkontribusi terhadap kerusakan sendi secara bertahap. Faktor utama penyebab osteoarthritis meliputi usia lanjut, obesitas, jenis kelamin, Riwayat trauma sebelumnya, pengikisan (wear and tear), infeksi sendi, cedera sendi, faktor genetik, Join Mallignment, Gangguan Endokrin, Deposit pada jaringan tulang rawan sendi (Langworthy et al., 2024).

1. Usia

Faktor usia adalah yang paling signifikan. Prevalensi serta Tingkat keparahan OA cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Kondisi ini hampir tidak dialami oleh anak-anak jarang terjadi pada individu dibawah usia 40 tahun, dan lebih sering ditemukan pada usia diatas 60 tahun.

2. Faktor genetik

berperan penting dalam pengembangan osteoarthritis. Individu yang memiliki riwayat keluarga dengan osteoarthritis lebih berisiko mengembangkan kondisi yang sama. Gen tertentu dapat mempengaruhi struktur dan fungsi kartilago, yang berkontribusi pada kerusakan sendi.

3. Jenis kelamin

Wanita lebih rentan terhadap Osteoarthritis pada sendi lutut, sedangkan pria lebih sering mengalami osteoarthritis pada bagian paha, pergelangan tangan dan leher. Secara keseluruhan, dibawah usia 45 tahun frekuensi OA pada pria dan Wanita hampir sama, tetapi setelah usia 50 tahun, frekuensi OA lebih tinggi pada Wanita dibandingkan pria, hal menunjukkan adanya pengaruh hormonal dalam proses pathogenesis Osteoarthritis.

4. Riwayat trauma sebelumnya

Trauma yang dialami pada suatu sendi sebelumnya dapat menyebabkan perubahan bentuk sendi yang meningkatkan Risiko Osteoarthritis. Trauma tersebut berpengaruh terhadap kartilago artikuler, ligament, atau meniskus yang membuat mekanika sendi menjadi tidak normal dan mendorong terjadinya degenerasi dini.

5. Pengikisan (Wear and Tear)

Penggunaan sendi secara berlebihan dapat merusak jaringan tulang rawan sendi. Perusakan tersebut terjadi melalui dua mekanisme, yaitu pengikisan dan proses degenerasi.

6. Kegemukan

Kelebihan berat badan akan menambah beban pada sendi-sendi penopang tubuh. Penderita osteoarthritis yang awalnya tidak mengalami kegemukan mungkin saja mengalami kelebihan berat badan karena nyeri atau cacat osteoarthritis membuatnya tidak aktif.

7. Infeksi sendi

Infeksi akut atau kronik dapat menimbulkan reaksi peradangan yang dapat memicu pengeluaran enzim perusak matriks tulang rawan sendi dari membrane synovial.

8. Cedera sendi

Merupakan salah satu faktor etiologi osteoarthritis yang dapat menyebabkan kerusakan pada struktur sendi, seperti tulang rawan, ligamen, meniskus, dan tulang subkondral. Cedera dapat terjadi akibat trauma langsung, kecelakaan, aktivitas olahraga berat, maupun gerakan berulang yang memberikan tekanan berlebih pada sendi

9. Join Mallignment

Suatu kondisi Dimana menyebabkan sendi mengalami ketidakseimbangan dan mempercepat proses degenerasi.

10. Gangguan Endokrin

Gangguan endokrin seperti Hipertiroidisme mengakibatkan produksi cairan dan garam menjadi berlebihan pada seluruh jaringan penyongkong. Hal ini merusak sifat fisik tulang rawan sendi, ligament. Tendon, synovial dan kulit.

11. Deposit pada jaringan tulang rawan sendi

Beberapa jenis gangguan seperti Hemokromatosis, penyakit Wilson, akronotis, kalsium pirofosfat dapat mengendapkan hemosiderin, zinc, asam hemogentisis, dan Kristal monosodium pirofosfat dalam jaringan tulang rawan sendi.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Kemenkes RI (2024) menjelaskan bahwa gejala osteoarthritis dapat bervariasi pada setiap individu, namun beberapa gejala yang umum terjadi meliputi:

- a. Nyeri sendi: Nyeri pada sendi adalah gejala utama osteoarthritis. Nyeri biasanya terasa seperti rasa sakit tumpul atau kaku pada sendi yang terkena.
- b. Kekakuan sendi: Sendi yang terkena osteoarthritis dapat terasa kaku terutama setelah istirahat atau aktivitas yang berlebihan.
- c. Pembengkakan sendi: Sendi yang terkena osteoarthritis dapat menjadi bengkak atau terasa nyeri saat disentuh.
- d. Gangguan gerakan: Osteoarthritis dapat mengganggu gerakan normal pada sendi yang terkena, menyebabkan keterbatasan mobilitas.

2.2.4 Patofisiologi Osteoarthritis

Patofisiologi osteoarthritis (OA) merupakan proses degeneratif kompleks yang melibatkan interaksi faktor mekanik, biologis, dan inflamasi pada sendi. Proses ini diawali dengan ketidakseimbangan antara sintesis dan degradasi kartilago akibat disfungsi kondrosit yang meningkatkan aktivitas enzim seperti matrix metalloproteinase (MMP), sehingga terjadi kerusakan kolagen dan proteoglikan. Akibatnya, kartilago menipis, kehilangan elastisitas, dan tidak mampu menahan beban secara optimal (Atari et al., 2023). Perubahan juga terjadi pada tulang subkondral berupa sklerosis dan remodeling yang meningkatkan kekakuan sendi, serta pembentukan osteofit sebagai respons terhadap kerusakan (Putra et al., 2025). Selain itu, inflamasi ringan pada sinovium turut mempercepat kerusakan jaringan melalui pelepasan mediator inflamasi (Sari et al., 2024). Secara keseluruhan, proses ini berlangsung progresif dan menyebabkan nyeri kronis, kekakuan, serta penurunan fungsi sendi, terutama pada sendi penopang beban (Wulandari et al., 2024).

2.2.5 Kerangka masalah (pathway Osteoarthritis)



Sumber: Sen & Hurley (2023) dan Susanti & Wahyuningrum (2021).

2.2.6 Klasifikasi

Osteoarthritis adalah suatu kondisi sendi yang bersifat degenerative, yang dapat di kelompokkan berdasarkan tingkat keparahan, tempat sendi, dan penyebabnya. Salah satu cara pengelompokan yang paling sering diterapkan adalah metode Kellgren-Lawrence yang mengevaluasi perubahan pada sendi menggunakan pemeriksaan sinar-X. metode ini mengelompokkan OA dalam lima kategori mulai dari grade 0 (normal) hingga 4 (parah). Pada grade 1 terdapat osteofit kecil, grade 2 menunjukkan ada osteofit yang jelas dengan sedikit penyempitan, grade 3 mencerminkan adanya penyempitan yang signifikan disertai dengan sedikit penyempitan, grade 4 mencerminkan adanya penyempitan yang signifikan disertai dengan sedikit deformasi, sedangkan grade 4 menunjukkan kerusakan sendi yang serius dengan deformasi tulang. Metode Kellgren-Lawrence masih digunakan secara luas karena mudah diimplementasikan dan memiliki tingkat keandalan yang tinggi dalam menilai tingkat keparahan Osteoarthritis (Eijjingking et al., 2026).

2.2.7 Manifestasi klinis

Manifestasi Klinis Osteoarthritis Menurut Ningtyas et al ., (2023) adalah sebagai berikut:

- a. Pembengkakan pada sendi perifer: jari-jari, pergelangan, lutut, dan jari kaki.
- b. Luka yang tidak jelas menunjukkan gejala yang sebelumnya, dan kerusakan otot menunjukkan ketidakfungsian sendi yang berlangsung lama.

- c. Deformitas pada sendi yang terekspose, seperti lutut atau sendi metatarsofalangeal pada ibu jari kaki, seringkali tidak terlihat. Namun, deformitas pada sendi panggul seringkali tidak terlihat.
- d. Nyeri tekan lokal sering terjadi, dan pembengkakan synovial atau osteofit dapat ditemukan pada cairan sendi superfisial.
- e. Pergerakan sendi terbatas pada arah tertentu dan kadang-kadang menyebabkan nyeri pada gerak ekstremitas.
- f. Ketika menggerakkan sendi secara pasif, kamu bisa merasakan krupitasi pada sendi, terutama pada sendi lutut.
- g. Instabilitas sendi biasanya ditemukan setelah kerusakan komponen sendi yang lebih parah, tetapi juga dapat ditemukan pada tahap awal dengan tes khusus. Instabilitas dapat disebabkan oleh hilangnya lapisan tulang atau tulang rawan, kontraktur kapsular yang tidak simetris, atau kelemahan otot.
- h. Setiap saat, sistem lain harus diperiksa untuk menemukan indikasi kelainan sistemik.

2.2.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan radiografi tanpa kontras bisa menunjukkan perubahan pada struktur jaringan sendi pada pasien dengan OA. Hasil dari pemeriksaan ini dapat mencakup penyempitan ruang sendi, pembentukan osteofit, peningkatan kepadatan tulang subkondoral, kista subkondoral, pertumbuhan tulang di tepi sendi, dan juga adanya efusi.

Tes laboratorium darah tidak biasa dilakukan untuk memastikan diagnosis OA. Namun, pemeriksaan laju endap darah (LED) dan C- reactive protein (CRP) bisa diterapkan jika ada kecurigaan bahwa arthritis disebabkan oleh proses inflamasi (Hellmi et al.,2023).

2.2.9 Penatalaksanaan Osteoarthritis

Penatalaksanaan osteoarthritis pada umumnya bersifat simptomatik yang terfokus pada beberapa hal, yaitu memperlama progresifitas penyakit, mengontrol gejala-gejala yang timbul, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan cara menggabungkan antara terapi non farmakologis dan farmakologis (Ningrum, 2021).

a. Terapi non farmakologis

Tindakan non farmakologis paling umum digunakan untuk meringankan gejala seperti nyeri adalah menurunkan berat badan, terapi fisik dan rehabilitasi. Selain itu, edukasi juga diperlukan agar pasien mengetahui sedikit seluk-beluk tentang penyakitnya, bagaimana menjaganya agar penyakitnya tidak bertambah parah serta persendiannya tetap dapat dipakai.

Terapi non obat terdiri dari edukasi, penurunan berat badan, terapi fisik dan terapi kerja. Pada edukasi, yang penting adalah meyakinkan pasien untuk dapat mandiri, tidak selalu tergantung pada orang lain. Walaupun OA tidak dapat disembuhkan, tetapi kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan Terapi fisik dan terapi kerja bertujuan agar penderita dapat melakukan aktivitas optimal dan tidak tergantung pada orang lain. Terapi

ini terdiri dari pendinginan, pemanasan dan latihan penggunaan alat bantu.

Dalam terapi fisik dan terapi kerja dianjurkan latihan yang bersifat penguatan otot, memperluas lingkup gerak sendi dan latihan aerobik. Latihan tidak hanya dilakukan pada pasien yang tidak menjalani tindakan bedah, tetapi juga dilakukan pada pasien yang akan dan sudah menjalani tindakan bedah, sehingga pasien dapat segera mandiri setelah pembedahan dan mengurangi komplikasi akibat pembedahan.

b. Terapi farmakologis

Terapi ini menggunakan obat-obatan pilihan yang dapat digunakan sebagai terapi farmakologis osteoarthritis seperti asetaminofen, Obat Anti Inflamasi Non-Steroid (OAINS), suntikan asam hialuronat atau kortikosteroid, Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) duloxetine, dan opioids secara intrartikular. Kemudian terdapat, beberapa suplemen gizi juga dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan memperlambat progresifitas penyakit.

c. Terapi bedah Pada osteoarthritis

Fase lanjut sering diperlukan terapi bedah. Terapi bedah dilakukan apabila terapi farmakologis tidak berhasil untuk mengurangi rasa sakit serta juga untuk melakukan koreksi apabila terjadi deformitas sendi yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Beberapa prosedur yang mungkin dilakukan yaitu: artroskopi, osteotomi, fusion (artrodesis), dan penggantian sendi (artroplasti). Bagi penderita dengan OA yang sudah parah, maka operasi merupakan tindakan yang efektif. Operasi yang dapat

dilakukan antara lain arthroscopic debridement, joint debridement, dekompresi tulang, osteotomi dan artroplasti. Walaupun tindakan operatif dapat menghilangkan nyeri pada sendi OA, tetapi kadang-kadang fungsi 20 sendi tersebut tidak dapat diperbaiki secara adekuat, sehingga terapi fisik pre dan pasca operatif harus dipersiapkan dengan baik.

2.3 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.3.1 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik adalah keadaan Dimana seseorang yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan Gerakan fisik, Gangguan Mobilitas Fisik disebabkan oleh sendi yang kaku, pergerakan yang terbatas, ketidakstabilan saat berjalan, keseimbangan tubuh yang buruk, masalah peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran dan gangguan pada perabaan. (Airiska *et al.*, 2020). Sedangkan menurut SDKI, definisi Gangguan Mobilitas Fisik merupakan keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2.3.2 Jenis Mobilitas

Terdapat dua jenis mobilitas (Risnah *et al.*, 2022) yaitu:

- a. Mobilitas penuh, yaitu kemampuan individu untuk melakukan pergerakan secara penuh dan bebas sehingga mampu melakukan interaksi sosial dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Mobilisasi penuh merupakan fungsi saraf motorik valunter dan sensorik untuk mampu mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

- b. Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan individu untuk melakukan pergerakan dengan batasan yang jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas disebabkan oleh pengaruh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat ditemukan pada kasus patah tulang atau cidera dengan pemasangan traksi.

2.3.3 Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Setiabudi & Hardywinoto (2014 dalam Ariska et al., 2020) Gangguan Mobilitas Fisik atau imobilisasi ini disebabkan oleh:

- 1) Persendian yang kaku
- 2) Pergerakan yang terbatas
- 3) Waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan
- 4) Keseimbangan tubuh yang jelek
- 5) Gangguan peredaran darah
- 6) Gangguan penglihatan
- 7) Gangguan pada perabaan

Sedangkan menurut SDKI penyebab atau etiologi Gangguan Mobilitas Fisik yaitu:

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur

10. Malnutrisi
11. Gangguan muskuloskeletal
12. Gangguan neuromuskular
13. Indeks masa tubuh diatas peresentil ke-75 sesuai usia
14. Efek agen Farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensori persepsi

2.3.4 Patofisiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas fisik disebabkan oleh gangguan pada system musculoskeletal, neuromuscular, atau kondisi umum tubuh. Proses terjadinya dimulai dari adanya factor pencetus seperti penyakit degenerative (misalnya Osteoarthritis), stroke, nyeri pasca operasi, kelemahan otot atau gangguan saraf. Kondisi tersebut menyebabkan penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan koordinasi, penurunan rentang Gerak (ROM), serta rasa nyeri saat bergerak. Akibatnya pasien cenderung membatasi aktivitas dan lebih banyak Tirah baring. Imobilisasi yang berlangsung lama menimbulkan perubahan fisiologis lanjutan berupa atrofi otot karena kurang digunakan, penurunan massa otot dan tonus otot, kontraktur sendi, penurunan keseimbangan, serta berkurangnya toleransi aktivitas. Pada system sirkulasi dapat terjadi statis vena,

pada system respirasi dapat terjadi penurunan ekspansi paru, dan pada kulit meningkatkan resiko decubitus. Perubahan ini semakin memperberat ketidakmampuan pasien untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Pada pasien lansia, proses penuaan mempercepat terjadinya gangguan mobilitas fisik karena massa otot menurun, kepadatan tulang berkurang, elastisitas sendi menurun, dan refleks melambat. Jika disertai penyakit kronis seperti Osteoarthritis atau stroke, maka keterbatasan mobilitas akan semakin berat sehingga meningkatkan ketergantungan dalam Activity Daily Living (ADL).

2.3.5 Faktor yang mempengaruhi mobilitas fisik

Mobilitas individu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Gaya hidup: kemampuan bergerak seseorang bisa dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup karena gaya hidup dapat mempengaruhi perilaku atau kebiasaan sehari-hari
- b. Proses penyakit/cedera: kondisi penyakit atau cedera dapat mempengaruhi kemampuan bergerak seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh seseorang.
- c. Tingkat energi: energi adalah sumber untuk bergerak, jadi dibutuhkan energi yang cukup agar seseorang bisa melakukan mobilitas dengan sederhana.
- d. Usia dan status perkembangan: karena kemampuan atau kematangan fungsi alat Gerak sejalan dengan perkembangan usia, sehingga ada perbedaan kemampuan mobilitas fisik pada berbagai

tingkat usia.

2.3.6 Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik (D.0054) yaitu gejala dan tanda mayor terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan data objektif yaitu kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor pada data subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. pada data objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, serta fisik lemah. Sedangkan menurut SDKI Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik dibagi menjadi 2 yaitu tanda dan gejala mayor dan minor.

1. Gejala dan tanda mayor
 - a. Subyektif
 - 1) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b. Objektif
 - 1) Kekuatan otot menurun
 - 2) Rentang Gerak ROM menurun
2. Gejala dan tanda minor
 - a. Subyektif
 - 1) Nyeri saat bergerak
 - 2) Enggan melakukan pergerakan
 - 3) Merasa cemas saat bergerak
 - b. Obyektif

- 1) Sendi kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik lemah

2.3.7 Penatalaksanaan pada Gangguan Mobilitas Fisik

Penatalaksanaan pada gangguan mobilitas fisik yaitu dengan melakukan Latihan Range Of Motion (ROM). Menurut (Yazid dan Sidabutar, 2022) Range Of Motion (ROM) adalah Latihan rentang Gerak sendi untuk memperlancar aliran darah perifer dan mencegah terjadinya kekakuan otot atau sendi. Manfaat Range Of Motion (ROM) secara teratur dan berkala yaitu dapat mempertahankan fungsi tubuh, melancarkan peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urine dan feses, mempertahankan tonus otot dan mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari.

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik menurut (Saputra, 2013) antara lain yaitu:

- a. Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- b. Ambulasi dini yaitu salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular. Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.

- c. Melakukan aktivitas sehari-hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan Kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular.
- d. Latihan Range of Motion (ROM) aktif atau pasif.

Tabel 2.1 pengukuran kekuatan otot

Skala	Nilai	Keterangan
Normal	5	Kekuatan otot normal Dimana seluruh Gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan
Sedang	4	Dapat melakukan <i>Range Of Motion</i> (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan sedang
Baik	3	Dapat melawan gravitasi, tetapi tidak dapat melawan tahanan a
Buruk	2	Ada Gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
Sedikit	1	Tidak ada Gerakan, teraba kontraksi otot
Tidak	0	Lumpuh total

(Potter & Perry, 2009)

Tabel 2.2 kategori tingkat kemampuan aktivitas/mobilitas

Tingkat Aktivitas/Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mandiri
Tingkat 1	Memerlukan alat bantu
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan perawatan
Tingkat 4	Sangat tergantung atau tidak dapat berpartisipasi dalam perawatan

(Riyadi & Widuri, 2015)

2.3.8 Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep Asuhan Keperawatan merupakan pelayanan profesional yang diberikan oleh perawat kepada individu, keluarga, dan Masyarakat secara menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan Kesehatan pasien, baik fisik, psikologis, social, maupun spiritual. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang

terstruktur, meliputi pengkajian, penepatan diagnosis keperawatan, perencanaan Tindakan, implementasi, serta evaluasi guna mencapai derajat Kesehatan yang optimal. Selain itu, Asuhan Keperawatan juga menekankan pentingnya sikap caring, keselamatan pasien, kemampuan berpikir kritis, serta dokumentasi yang tepat sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan (Rachmaningsih et al., 2024; Syabanasyah & Solehudin, 2024).

2.3.9 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien . Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosa, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia (Arini, 2023).

2.3.10 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, kelompok, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial yang menjadi dasar perawat dalam menentukan intervensi keperawatan guna mencapai hasil kesehatan yang optimal (PPNI, 2023). Diagnosis keperawatan disusun berdasarkan data hasil pengkajian, analisis masalah, serta kemampuan perawat dalam mengidentifikasi kebutuhan klien secara sistematis.

Dalam tinjauan teori, diagnosa yang dapat muncul pada lansia dengan Osteoarthritis, sebagai berikut:

2.3.11 Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi keperawatan adalah serangkaian Tindakan yang direncanakan dan dilakukan oleh perawat untuk menangani diagnosis keperawatan serta meningkatkan kondisi Kesehatan klien. Pelaksanaannya dapat dilakukan secara mandiri, bekerja sama dengan tenaga Kesehatan lain, meupun berdasarkan instruksi medis, sesuai keadaan pasien dan tingkat prioritas masalah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2023).

2.3.12 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan dan pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang di berikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah dditentukan tercapai.

2.3.13 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil Tindakan keperawatan yang telah diberikan serta mengetahui apakah tujuan dan luaran keperawatan sudah tercapai. Melalui tahap ini, perawat dapat menentukan tingkat keberhasilan intervensi yang telah dilakukan dan memutuskan dan memutuskan apakah renacana keperawatan perlu diteruskan, diubah, atau dihentikan (PPNI,2023). Evaluasi dilakukan secara terstruktur, berkelanjutan, dan berfokus pada respon klien terhadap asuhan

keperawatan.

Untuk mempermudah pemantauan perkembangan klien, evaluasi biasanya dicatat menggunakan format **SOAP**, yaitu:

1. *S (Subjective Data)*

Data subjektif berupa keluhan, perasaan, atau respons yang diungkapkan klien setelah menerima tindakan keperawatan, seperti nyeri berkurang atau tubuh masih terasa lemas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2023).

2. *O (Objective Data)*

Data objektif adalah hasil observasi, pemeriksaan fisik, atau pengukuran tanda vital yang diperoleh perawat setelah tindakan dilakukan, misalnya tekanan darah normal atau kondisi luka membaik.

3. *A (Assessment/Analisis)*

Penafsiran terhadap data subjektif dan objektif untuk menilai perkembangan kondisi klien, apakah masalah keperawatan sudah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi.

4. *P (Planning/Perencanaan)*

Rencana tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, seperti melanjutkan intervensi, mengganti metode tindakan, atau menambahkan intervensi baru.

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan pada lansia Osteoarthritis yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Umum

Pengkajian identitas umum pada klien gerontik bertujuan untuk memperoleh informasi dasar terkait identitas diri, seperti nama, umur, jenis kelamin, alamat, serta riwayat medis yang relevan. Data ini penting untuk memahami kondisi umum klien serta memperhatikan aspek usia yang berhubungan dengan kerentanannya terhadap berbagai penyakit (Atari & Febiana, 2023).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada klien gerontik umumnya berhubungan dengan gangguan kesehatan fisik, seperti nyeri pada sendi, keterbatasan bergerak, penurunan penglihatan, serta gangguan pendengaran. Selain itu, masalah pada sistem kardiovaskular dan pernapasan juga sering dikeluhkan. Keluhan-keluhan tersebut perlu dikaji secara menyeluruh agar dapat ditentukan intervensi keperawatan yang sesuai (Falentina, 2024).

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat Kesehatan Sekarang sangat penting dalam pengkajian asuhan keperawatan gerontic. Fokus utama adalah mengidentifikasi penyakit kronis yang mungkin di derita klien,

seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, atau gangguan jantung.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi Riwayat Hipertensi, Diabetes Melitus, penyakit jantung.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjadi faktor penting dalam pengkajian, karena ada kemungkinan bahwa penyakit tertentu diturunkan dalam keluarga, seperti hipertensi, diabetes, atau gangguan mental. Mengetahui kondisi keluarga dapat memberikan gambaran lebih jelas mengenai potensi risiko yang dihadapi klien (Muna & Hartati, 2024).

6. Riwayat Lingkup Hidup

Bagian pengkajian yang menilai keadaan social, fisik, serta keamanan lingkungan tempat tinggal klien. Penilaian ini mencakup hubungan dengan keluarga maupun masyarakat sekitar, kenyamanan rumah, sirkulasi uadar, kebersihan, serta adanya hambatan seperti lantai licin, tangga curam, atau fasilitas yang kurang sesuai bagi lansia. Lingkungan yang kurang mendukung dapat meningkatkan Risiko jatuh, mengurangi kemandirian, dan memperburuk kondisi Kesehatan klien (Sari & Handayani, 2023).

7. Riwayat rekreasi

Merupakan pengkajian mengenai kebiasaan lansia dalam melakukan aktivitas hiburan, social, maupun fisik pada waktu senggang. Kegiatan seperti senam, berjalan santai, berkebun,

mengikuti kegiatan komunitas, atau berkumpul dengan teman sebaya dapat membantu meningkatkan kualitas hidup, menjaga fungsi fisik, serta mendukung kesejahteraan psikologis. Identifikasi aktivitas rekreasi penting dilakukan untuk menilai tingkat kemandirian dan menentukan kegiatan yang sesuai bagi klien gerontik (González et al., 2025).

8. Sumber atau sistem pendukung merupakan pengkajian terhadap orang maupun fasilitas yang memberikan bantuan kepada lansia, seperti keluarga, tetangga, komunitas sosial, pengasuh, serta tenaga kesehatan. Dukungan yang memadai berperan penting dalam memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan sosial lansia sehingga mampu meningkatkan kesehatan mental, fungsi kognitif, dan kualitas hidup. Penilaian terhadap sistem pendukung juga membantu perawat dalam menyusun rencana perawatan yang berkelanjutan sesuai kebutuhan klien (Li et al., 2024).

9. Head To Toe

Dilakukan untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada pasien.

- 1) Kepala: kebersihan, kerontokan rambut, kaji apakah ada keluhan dibagian kepala atau tidak.
- 2) Mata: konjungtiva, sklera, strabismus, penglihatan, peradangan, katarak, penggunaan kacamata.
- 3) Telinga: kaji adanya penurunan pendengaran, tinnus, alat bantu dengar.

Lesi/luka, Riwayat infeksi, kebiasaan membersihkan telinga.

Hidung: konjungtiva, sklera, penglihatan, peradangan,

- 4) katarak, dan apakah ada penggunaan kacamata atau tidak.
- 5) Mulut, Tenggorokan: kebersihan, mukosa, peradangan, gigi, radang gusi, kesulitan mengunyah, kesulitan menelan.
- 6) Leher: apakah ada nyeri tekan, apakah ada kekakuan pada leher.
- 7) Pernafasan: apakah ada bunyi nafas tambahan atau tidak.
- 8) Kardiovaskuler: apakah ada irama jantung tambahan, nyeri dada, murmur, apakah ada edema atau tidak.
- 9) Gastrointestinal: perubahan nafsu makan, sehari makan berapa hari, massa abdomen, apakah ada perubahan pada BAB/BAK.
- 10) Genetalia: kebersihan, heamoroid, hernia, keluhan
- 11) **Ekstremitas Atas:** Nilai 0 menunjukkan tidak terdapat kontraksi maupun pergerakan otot pada ekstremitas atas. Nilai 1 menunjukkan adanya kontraksi otot minimal, tetapi belum mampu menimbulkan pergerakan pada sendi. Nilai 2 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas atas dengan rentang gerak penuh apabila pengaruh gravitasi dihilangkan, tetapi belum mampu mengangkat lengan melawan gravitasi. Nilai 3 menunjukkan pasien mampu menggerakkan dan mengangkat ekstremitas atas dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan dari pemeriksa. Nilai 4 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas atas dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi dan tahanan sedang, tetapi kekuatannya masih belum maksimal.

Nilai 5 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas atas dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi dan tahanan maksimal dari pemeriksa, sehingga kekuatan otot dinilai dalam batas normal. **Ekstremitas Bawah:** Nilai 0 menunjukkan tidak terdapat kontraksi maupun pergerakan otot pada ekstremitas bawah. Nilai 1 menunjukkan adanya kontraksi otot minimal, tetapi belum mampu menimbulkan pergerakan sendi. Nilai 2 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas bawah dengan rentang gerak penuh apabila pengaruh gravitasi dihilangkan, tetapi belum mampu mengangkat tungkai melawan gravitasi. Nilai 3 menunjukkan pasien mampu menggerakkan dan mengangkat ekstremitas bawah dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan dari pemeriksa. Nilai 4 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas bawah dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi dan tahanan sedang, tetapi kekuatannya masih belum maksimal. Nilai 5 menunjukkan pasien mampu menggerakkan ekstremitas bawah dengan rentang gerak penuh melawan gravitasi dan tahanan maksimal dari pemeriksa, sehingga kekuatan otot dinilai dalam batas normal.

10. Pengkajian Fungsional Klien

Pengkajian fungsional dilakukan untuk mengetahui kemampuan lansia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti makan,

mandi, berpakaian, berpindah tempat, dan menggunakan toilet.

Penilaian ini penting untuk menentukan tingkat kemandirian klien serta sebagai dasar penyusunan intervensi keperawatan guna mempertahankan atau meningkatkan kemampuan fungsional klien (Martinez et al., 2023).

11. Pengkajian Status Mental Klien

Pengkajian status mental bertujuan menilai kemampuan kognitif, daya ingat, orientasi, konsentrasi, serta perubahan perilaku pada lansia. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi adanya gangguan seperti demensia, delirium, atau penurunan fungsi kognitif ringan. Penggunaan instrumen seperti Mini Mental State Examination (MMSE) atau Montreal Cognitive Assessment (MoCA) dapat membantu mengenali gangguan kognitif secara dini pada klien gerontik (Singh et al., 2024).

12. Pengkajian Khusus pada Lansia

Pengkajian Fungsional

- a. Indeks Katz (indeks kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari) merupakan sebuah alat ukur bagi perawat untuk dapat menilai tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Adapun aktivitas yang dinilai menurut (Maryam et al., 2023) adalah *Bathing, Dressing, Toileting, Transferring, Continence dan feeding*.
- b. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) merupakan pengkajian untuk menilai fungsi kognitif lansia

dengan memberikan beberapa pertanyaan sederhana.

- c. MMSE (Mini Mental Status Exam) adalah pemeriksaan kognitif yang menjadi bagian rutin pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis demensia. Pemeriksaan ini diindikasikan terutama pada klien lanjut usia yang mengalami penurunan fungsi kognitif, kemampuan berpikir, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Proses deteriorasi ini umumnya disertai dengan perubahan status mental yakni mood dan emosi, juga disertai perubahan perilaku (Creavin).

- d. IDB (*Inventaris Depresi Back*)

Alat pengukur status efektif digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dihadapinya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Diagnosa ini bertujuan untuk memahami respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan yang ada. Berikut adalah diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada penderita Osteoarthritis:

- 1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot d.d sendi kaku

Keterbatasan dalam Gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebabnya bisa di sebabkan akibat kerusakan

integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan Muskuloskeletal, gangguan Neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan Gerak, nyeri, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan persepsi sensori.

- 2) Nyeri Kronis (D.0078) b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis d.d nyeri lebih dari 6 bulan

Nyeri kronis merupakan sebuah pengalaman yang melibatkan perasaan tidak nyaman baik secara fisik maupun emosional, disebabkan oleh kerusakan jaringan yang sedang berlangsung atau yang mungkin terjadi, dan berlangsung lebih dari Tiga bulan secara terus-menerus atau berulang. Kondisi ini dapat berepengaruh pada kemampuan fisik, mental, dan interaksi sosial seseorang (Herman & Kamitsuru, 2024).

- 3) Resiko Cedera (D.0136) b.d Gangguan Mobilitas Fisik d.d klien tidak stabil saat berjalan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), risiko cedera adalah diagnosis keperawatan yang menunjukkan adanya kemungkinan seseorang mengalami luka, trauma, atau gangguan fisik akibat pengaruh faktor dari dalam maupun luar tubuh yang masih dapat di cegah atau dikurangi melalui tindakan keperawatan. Faktor yang meningkatkan risiko cedera antara lain keterbatasan mobilitas,

gangguan keseimbangan, penurunan tingkat kesadaran, penggunaan alat bantu, serta kelemahan fisik.

No	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1.	DS: pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota tubuh, mengeluh nyeri saat bergerak, mengeluh kaku pada sendi dan kesulitan beraktivitas DO: kekuatan otot ekstremitas bawah menurun, rentang gerak ROM menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, fisik lemah, kekuatan otot menurun klien pertama kaki kiri 3, klien kedua kaki kiri 4 kaki kanan 3	Perubahan metabolisme ↓ Ketidakbugaran Fisik ↓ Penurunan kendali otot ↓ Penurunan massa otot ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Kekakuan sendi ↓ Gangguan muskuloskeletal nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)
2.	DS: pasien mengeluh nyeri dan kaku sendi pada ekstremitas bawah, nyeri terasa ketika beraktivitas P: nyeri bertambah saat berjalan dan beraktivitas Q: nyeri terasa kaku dan ngilu R: nyeri pada ekstremitas bawah S: skala nyeri 5 dan 4 T: nyeri menetap dan berlangsung dalam waktu lama DO: pasien tampak meringis saat	Kondisi muskuloskeletal kronis	Nyeri Kronis b.d kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)

	menggerakkan ekstremitas bawah, penurunan aktivitas fisik serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari		
3.	DS: pasien mengatakan keseimbangan kurang saat berjalan, mengeluh kaku pada sendi ekstremitas DO: gangguan keseimbangan, penurunan kekuatan otot, penggunaan alat bantu jalan	Kekuatan otot menurun ↓ Gangguan keseimbangan ↓ Penggunaan alat bantu jalan	Risiko Cedera b.d Gangguan Mobilitas Fisik (D.0143)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI & SLKI (2018), berikut merupakan intervensi keperawatan pada pasien dengan Osteoarthritis, Intervensi yang akan disajikan pada tabel berikut ini adalah Intervensi yang menjadi masalah utama.

Tabel Intervensi Keperawatan pada Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berdasarkan SIKI tahun 2018.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan Mobilitas b.d Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)	Mobilitas Fisik (L. 05042) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang Gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kecemasan menurun	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

		f. Kaku sendi menurun g. Gerak tidak terkoordinasi menurun h. Gerakan terbatas menurun i. Kelemahan fisik menurun	- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (<i>mis. Tongkat, kruk</i>) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi - Jelaskan tujuan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (<i>mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi</i>)
--	--	---	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah ke-4 dari proses keperawatan, tahapan implementasi dikembangkan setelah mengembangkan perencanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Kriteria hasil yang diharapkan untuk implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dengan masalah Kesehatan mereka dan mendapatkan hasil yang lebih baik. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Rencana intervensi dibuat dan ditujukan pada nursing, kemudian tahap implementasi dimulai (Prastiwi, 2023).

Implementasi ini membutuhkan kerjasama yang erat dengan tim medis lainnya, termasuk dokter spesialis geriatri, fisioterapis, dan ahli gizi, untuk memberikan pendekatan holistik dalam perawatan pasien osteoarthritis (Fazrian, 2025).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi bertujuan untuk menilai sejauh mana intervensi keperawatan yang telah diberikan mampu mencapai tujuan yang sudah direncanakan, serta mengidentifikasi adanya kesenjangan antara tindakan yang dilakukan dengan standar praktik keperawatan. Selain itu, evaluasi juga memiliki peran penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui upaya perbaikan berkelanjutan pada proses dokumentasi maupun pemberian asuhan keperawatan (Andriana et al., 2024). Untuk mempermudah proses evaluasi atau pemantauan perkembangan pasien, digunakan format SOAP, yaitu sebagai berikut:

S (Subjective): berisi data subjektif yang diperoleh dari keluhan atau pernyataan pasien, misalnya perawat mencatat ketidaknyamanan yang masih dirasakan pasien setelah dilakukan perawatan.

O (Objective): memuat data objektif berdasarkan hasil pengukuran, pemeriksaan, atau observasi langsung terhadap pasien, yang menunjukkan kondisi pasien setelah tindakan keperawatan diberikan.

A (Assessment): berisi analisis mengenai apakah masalah atau diagnosis keperawatan masih ada, sudah teratasi, atau muncul masalah baru akibat perubahan kondisi kesehatan pasien, berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan.

P (Plan): berisi rencana tindak lanjut asuhan keperawatan, apakah dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan tindakan baru sesuai hasil evaluasi. Tindakan yang sudah memberikan hasil memuaskan dapat dipertahankan tanpa memerlukan perubahan lebih lanjut.