

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Lansia**

##### 1. Pengertian Lansia

Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup yang terakhir. Di masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011). Lansia merupakan seseorang yang telah berusia  $\geq 60$  tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017).

##### 2. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia menurut Depkes RI dalam Dewi (2014) :

- a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/ jasa
- e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

### 3. Perubahan yang terjadi pada lansia

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia menurut Utomo (2019) yaitu :

#### a. Perubahan Fisik

##### 1) Sel

Jumlah lebih sedikit, ukuran lebih besar, mekanisme perbaikan sel terganggu.

##### 2) Sistem genitorinuria

Ginjal mengecil aliran darah ke ginjal menurun, fungsi menurun, otot kandung kemih menurun, vesika urinaria susah dikosongkan.

##### 3) Sistem endokrin

Produksi hormon menurun, menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya sekresi hormon kelamin.

##### 4) Sistem integumen

Kulit mengerut/ keriput, permukaan kulit kasar dan bersisik, respon terhadap trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis, elastisitas kulit berkurang, pertumbuhan kuku melambat, kuku menjadi keras dan bertanduk, kelenjar keringat berkurang.

##### 5) Sistem muskulokeletal

Tulang kehilangan cairan dan semakin rapuh, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan menjadi sklerosis, atrofi serabut otot. Sendi mengalami perubahan fisiologis yaitu penurunan kapasitas gerakan, seperti: penurunan rentang gerak pada lengan atas, fleksi

punggung bawah, rotasi eksternal pinggul, fleksi lutut, dan dorsofleksi kaki. Akibat dari gangguan fleksi dan ekstensi sehingga kegiatan sehari-hari lansia menjadi terhambat.

b. Perubahan Psikologi

1) Pengamatan

Memerlukan waktu yang lebih lama untuk menyimak keadaan sekelilingnya.

2) Daya ingat

Lansia cenderung masih mengingat hal yang lama dibandingkan dengan hal yang baru.

3) Berpikir dan argumentasi

Terjadi penurunan dalam pengambilan keputusan/ kesimpulan.

4) Belajar

Lebih berhati-hati dalam belajar, memerlukan waktu lebih lama untuk dapat mengintegrasikan jawaban, kurang mampu mempelajari hal-hal baru.

5) Perubahan sosial

Lansia cenderung mengurangi bahkan berhenti dari kegiatan sosial atau menarik diri dari pergaulan sosialnya.

## **B. Nyeri Sendi**

### **1. Pengertian Nyeri Sendi**

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial (Wiarso, 2017). Sendi adalah tempat dimana dua tulang atau lebih membentuk persendian. Sendi memungkinkan fleksibilitas dan gerakan rangka serta memfasilitasi pelekatan di antara tulang (Nurachmah, 2011).

Nyeri sendi adalah suatu peradangan sendi yang ditandai dengan pembengkakan sendi, warna kemerahan, panas, nyeri dan terjadinya gangguan gerak. Pada keadaan ini lansia sangat terganggu, apabila lebih dari satu sendi yang terserang. Nyeri sendi merupakan pengalaman subjektif yang dapat memengaruhi kualitas hidup lansia termasuk gangguan aktivitas fungsional lansia (Qodariyah, 2018).

### **2. Fisiologi Nyeri**

Nyeri dapat dirasakan jika reseptor menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A-delta memiliki myelin, mengimpulskan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, jelas melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil, menyampaikan impuls yang terlokalisasi buruk, visceral dan terus-menerus. Ketika serabut C dan A-delta menyampaikan rangsang dari

serabut saraf perifer maka akan melepaskan mediator biokimia yang aktif terhadap respon nyeri, seperti : kalium dan prostaglandin yang keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri berlanjut di sepanjang serabut saraf aferen sampai berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Didalam kornu dorsalis, neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus spinolatus. Selanjutnya informasi di sampaikan dengan cepat ke pusat thalamus (Potter & Perry, 2010).

### 3. Tipe dan Karakteristik Nyeri

Menurut Ningsih & Lukman (2009), nyeri terbagi menjadi beberapa tipe yaitu:

#### a. Nyeri berdasarkan durasi

Tabel 1. Tipe nyeri berdasarkan durasi

| No | Nyeri Akut   | Nyeri Kronis  |
|----|--|---|
| 1) | Peristiwa baru, tiba-tiba, durasi singkat  | Pengalaman nyeri yang menetap/kontinu selama lebih dari enam bulan                |
| 2) | Berkaitan dengan penyakit akut, seperti operasi, prosedur pengobatan, trauma             | Intensitas nyeri sukar diturunkan   |
| 3) | Sifat nyeri jelas dan besar kemungkinan untuk hilang                                     | Sifatnya kurang jelas dan kecil kemungkinan untuk sembuh dan hilang               |
| 4) | Timbul akibat stimulus langsung terhadap rangsang noxius, misalnya mekanik dan inflamasi | Rasa nyeri biasanya meningkat   |
| 5) | Umumnya bersifat sementara, yaitu sampai dengan penyembuhan                              | Dikategorikan sebagai :<br>a) Nyeri kronis maligna<br>b) Nyeri kronis non-maligna |
| 6) | Area nyeri dapat identifikasi, rasa nyeri ceat berkurang                                 | Area nyeri tidak mudah diidentifikasi   |

Sumber : Ningsih, N. dan Wasliah S., 2008 dalam Ningsih & Lukman (2009)

b. Berdasarkan intensitas

Nyeri digolongkan nyeri berat, sedang dan ringan. Untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan seseorang, dapat digunakan alat bantu yaitu dengan skala nyeri.

c. Berdasarkan transmisi

1) Nyeri menjalar

Nyeri yang terjadi pada bidang yang luas.

2) Nyeri rujukan (*Referred Pain*)

Nyeri yang bergerak dari suatu daerah ke daerah yang lain.

d. Berdasarkan sumber atau asal nyeri

Tabel 2. Tipe nyeri berdasarkan sumber

| Karakteristik | Jenis Nyeri                  |                                  |  |
|---------------|------------------------------|----------------------------------|--|
|               | Somatis                      |                                  | Viseral                                |
|               | Superfisial                  | Dalam                            |  |
| Kualitas      | Tajam, menusuk, dan membakar | Tajam, tumpul, dan terus menerus | Tajam, tumpul, nyeri tonus, dan kejang |
| Lokalisasi    | baik                         | jelek                            | Jelek                                  |
| Menjalar      | Tidak                        | Tidak                            | Ya                                     |

4. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Sendi

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri sendi adalah

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada lansia. Kebanyakan lansia hanya menganggap nyeri yang dirasakan sebagai proses menua. Perbedaan perkembangan antara kelompok usia lansia dan anak-anak dapat

mempengaruhi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013)

b. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan menilai nyeri dari sudut pandang masing-masing (Andarmoyo,2013).

c. Beban Sendi Yang Berlebihan dan Berulang-ulang

Pemeliharaan struktur dan fungsi sendi yang normal dilakukan melalui penggunaan sendi yang teratur dalam aktivitas sehari-hari. Namun, beban berlebihan dan berulang-ulang dari sendi yang normal dapat meningkatkan resiko kerusakan degeneratif pada sendi (Asmarani,2011).

d. Keletihan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping lansia (Andarmoyo, 2013).

e. Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu tersebut akan lebih mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang. Nyeri yang dirasakan terdahulu hanya sebagai gambaran pada nyeri yang dirasakan saat ini (Andarmoyo, 2013).

f. Dukungan keluarga dan social

Kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

g. Riwayat penyakit

Riwayat penyakit sebelumnya dapat mempengaruhi nyeri sendi yang dirasakan. Pasien degenerasi sendi yang berat dapat merasakan nyeri yang minimal dan ruang gerak yang luas, dan sebaliknya. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk membedakan riwayat klinis dan riwayat penyakit (Asmarani, 2011)

5. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas Nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri 2007 dalam Wiarto 2017)

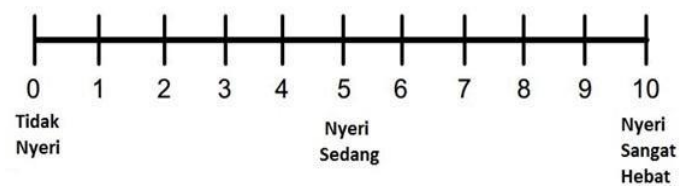


Menurut Wiarto (2017) pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan alat ukur yaitu :

a. Pasien dapat berkomunikasi

1) *Numerical Rating Scale (NRS)*

Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobjektifkan pendapat subjektif nyeri. Skala numerik dari 0 hingga 10, nol(0) merupakan keadaan tanpa nyeri atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10) suatu nyeri yang sangat hebat



Gambar 1. *Numerical Rating Scale (NRS)*  
Sumber : Smeltzer & Bare dalam Wiarto (2017)

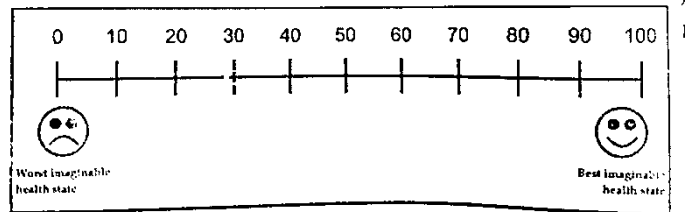
2) *Visual Descriptif Scale (VDS)*

Skala berupa garis lurus, tanpa angka. Bisa mengekspresikan nyeri, arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira kira nyeri yang sedang.

3) *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala berupa garis lurus yang panjangnya biasanya 10cm dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya seperti angka 0(tanpa nyeri) sampai angka 10(nyeri

terberat). Nilai VAS 0-3 = nyeri ringan, 4-6= nyeri sedang, dan 7-10=nyeri berat.



Gambar 2. *Visual Analogue Scale (VAS)*  
Sumber : Smeltzer & Bare dalam Wiarto (2017)

b. Pasien tidak dapat berkomunikasi

1) Face Pain Rating Scale

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga sedih, digunakan untuk mengekspresikan rasa nyeri. Skala ini biasa dipergunakan mulai anak usia 3 tahun.

|                  |                    |                      |                           |                        |                       |
|------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
|                  |                    |                      |                           |                        |                       |
| 0<br>Tidak sakit | 2<br>Sedikit sakit | 4<br>Agak mengganggu | 6<br>Mengganggu aktivitas | 8<br>Sangat mengganggu | 10<br>Tak tertahankan |

Gambar 3. *Face Pain Rating Scale*  
Sumber : Smeltzer & Bare dalam Wiarto (2017)

2) *Behavioral Pain Scale (BPS)*

BPS merupakan skala yang terdiri dari tiga indikator yaitu ekspresi wajah, pergerakan ekstremitas atas dan toleransi terhadap ventilasi mekanik.

Tabel 3. *Behavioral Pain Scale (BPS)*

| Indikator                            | Karakteristik                                     | Nilai |
|--------------------------------------|---|-------|
| Ekspresi wajah                       | Tenang  | 1     |
|                                      | Tegang sebagian(dahi mengernyit)                  | 2     |
|                                      | Tegang seluruhnya ( kelopak mata menutup)         | 3     |
|                                      | Meringis/ menyeringai                             | 4     |
| Ekstremitas atas                     | Tenang  | 1     |
|                                      | Menekuk sebaian daerah siku                       | 2     |
|                                      | Menekuk seluruhnya dengan dahi mengepal           | 3     |
|                                      | Menekuk total terus menerus                       | 4     |
| Toleransi terhadap ventilasi mekanik | Dapat mengikuti pola ventilasi                    | 1     |
|                                      | Batuk, tetapi masih bisa mengikuti pola ventilasi | 2     |
|                                      | Melawan pola ventilasi                            | 3     |
|                                      | Pola ventilasi tidak dapat diikuti                | 4     |

## 6. Penatalaksanaan Nyeri Sendi

Menurut Martono& Kris (2009) dalam penatalaksanaan rasa nyeri, diagnosis spesifik untuk menentukan tipe nyeri sangat membantu pemilihan analgesik atau terapi lain. Penatalaksanaan nyeri dapat melalui farmakologis dan terapi non-farmakologis

### a. Farmakologis

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit (Blacks & Hawks, 2009). Obat-obat yang dapat diberikan adalah :

#### 1) Analgesik Opioid

Analgesik opioid terdiri dari turunan opium, seperti morfin dan kodein. Opioid meredakan nyeri dan memberi rasa euphoria lebih besar dengan mengikat reseptor opiat dan mengaktivasi endogen (muncul dari penyebab di dalam tubuh) penekan nyeri dalam susunan saraf pusat. Perubahan

alam perasaan dan sikap serta perasaan sejahtera membuat individu lebih nyaman meskipun nyeri tetap dirasakan (Kozier, et al., 2010).

2) Obat-obatan anti-inflamasi nonopioid/nonsteroid (non steroid antiinflammation drugs/NSAID)

Non opioid mencakup asetaminofen dan obat anti inflamasi non steroid (NSAID) seperti ibuprofen. NSAID memiliki efek anti inflamasi, analgesik, dan antipiretik, sementara asetaminofen hanya memiliki efek analgesik dan antipiretik. Obat-obatan ini meredakan nyeri dengan bekerja pada ujung saraf tepi di tempat cedera dan menurunkan tingkat mediator inflamasi serta mengganggu produksi prostaglandin di tempat cedera (Kozier, et al., 2010).

3) Analgesik penyerta

Analgesik penyerta adalah sebuah obat yang bukan dibuat untuk penggunaan analgesik tetapi terbukti mengurangi nyeri kronik dan kadang kala nyeri akut, selain kerja utamanya (Kozier, et al., 2010).

b. Terapi Non-Farmakologis

1) Intervensi fisik

Intervensi fisik bertujuan menyediakan kenyamanan, mengubah respon fisiologis, dan mengurangi rasa takut yang

berhubungan dengan imobilitas akibat rasa nyeri atau keterbatasan aktivitas (Kozier, et al., 2010).

## 2) Aplikasi panas dan dingin

Aplikasi panas dan dingin dapat dilakukan dengan mandi air hangat, bantalan panas, kantong es, pijat es, kompres panas atau dingin dan mandi rendam hangat atau dingin. Aplikasi ini secara umum meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan jaringan yang luka (Kozier, et al., 2010). Terapi panas meningkatkan aliran darah, meningkatkan metabolisme jaringan, menurunkan vasomotor tone, dan meningkatkan viskoelastisitas koneksi jaringan, menjadikannya efektif untuk mengatasi kekakuan sendi dan nyeri.

Kompres hangat memiliki beberapa pengaruh meliputi melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran daerah di dalam jaringan tersebut, pada otot panas memiliki efek menurunkan ketegangan, meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler (Anugraheni, 2013).

### 3) Stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS)

TENS adalah sebuah metode pemberian stimulasi elektrik bervoltase rendah secara langsung ke area nyeri yang telah teridentifikasi, ke titik akupresur, di sepanjang kolumna spinalis. Stimulasi kutaneus dari unit TENS diperkirakan mengkativasi serabut saraf berdiameter besar yang mengatur impuls nosiseptif di sistem saraf tepi dan sistem saraf pusat sehingga menghasilkan penurunan nyeri (Kozier, et al., 2010).

## **C. Kompres Hangat**

### 1. Pengertian Kompres hangat

Kompres hangat merupakan suatu metode penggunaan suhu hangat yang dapat menimbulkan efek fisiologis (Wahyuningsih & Arinta, 2013). Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat kepada pasien untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan yang berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah lokal (Fauziyah, 2013)

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan kantong berisi air hangat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Secara fisiologis, respon tubuh terhadap panas yaitu

menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari panas inilah yang dipergunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan yang terjadi dalam tubuh (Potter & Perry, 2010).

## 2. Mekanisme Kerja Kompres Hangat terhadap Nyeri Sendi

Menurut Padila (2012) Kompres hangat dapat mengurangi nyeri dengan memberikan energi panas melalui proses konduksi. Prinsip kerja kompres hangat dengan menggunakan buli-buli yang dibungkus kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari handuk kecil atau buli-buli kedalam tubuh sehingga menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang.

Kompres hangat pada penderita nyeri sendi berfungsi untuk mengatasi atau mengurangi nyeri yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga panas dapat meredakan iskemia dengan menurunkan kontraksi otot dan melancarkan pembuluh darah sehingga dapat meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan serta meningkatkan aliran darah di daerah persendian dengan menurunkan viskositas cairan sinovial dan meningkatkan distensibilitas jaringan. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan

pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler (Kozier & Erb, 2010).

### 3. Indikasi

- a. Klien dengan suhu tubuh yang rendah (keedinginan)
- b. Klien dengan perut kembung
- c. Klien yang mempunyai penyakit peradangan, seperti radang persendian
- d. Spasme otot

### 4. Tujuan kompres hangat

- a. Membuat otot tubuh menjadi rileks
- b. Menurunkan rasa nyeri
- c. Memperlancar sirkulasi darah
- d. Memberi rasa hangat, nyaman dan ketenangan pada klien
- e. Merangsang peristaltic usus

### 5. Metode Pelaksanaan Kompres Hangat

Kompres hangat dapat diberikan melalui handuk yang telah direndam dalam air hangat, botol yang berisi air hangat atau bantal hangat yang khusus dirancang untuk mengompres. Suhu yang digunakan untuk mengompres harus diperhatikan agar tidak terlalu panas. Walau digunakan untuk mengurangi nyeri, akan tetapi kompres hangat tidak dianjurkan digunakan pada luka yang baru atau kurang dari 48jam karena akan memperburuk kondisi luka akibat



penumpukan cairan pada lokasi yang cedera dan meningkatkan nyeri. Kompres hangat juga tidak boleh digunakan pada luka terbuka dan luka yang masih terlihat bengkak (Tamsuri, 2012). Kompres hangat bersuhu  $40,5^{\circ}$ - $43^{\circ}$ C akan diberikan pada daerah sendi yang mengalami nyeri selama 20 menit, menurut intervensi keperawatan yang sering dilakukan kompres hangat dilakukan selama 3 hari dan diberikan pada pagi dan sore (Pratintya, 2014)

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia yang Mengalami Nyeri Sendi**

##### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seseorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus tentang keluarga yang dibinanya. Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain: riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga penyebab masalah keluarga dan coping yang dilakukan keluarga, harapan keluarga dan pemeriksaan fisik. (Jhonson L & Leny R 2010).

##### a. Identitas

Identitas Nama KK, alamat, komposisi keluarga (nama, hubungan keluarga, tempat dan tanggal lahir, pendidikan, pekerjaan) tipe keluarga, suku/budaya yang dianut keluarga, agama, status sosial aktivitas keluarga.

b. Riwayat dan Tahap perkembangan keluarga

Keluhan yang biasa di rasakan oleh penderita nyeri sendi yaitu nyeri pada jari-jari tangan, nyeri pada lutut dan nyeri pada punggung. Nyeri dirasakan jika melakukan aktivitas dan berkurang jika klien beristirahat.

Keluarga ini berada pada tahap perkembangan dengan usia lanjut. Keluarga yang rentan mengalami penyakit nyeri sendi adalah usia lanjut dimana terjadi degenerasi dari organ tubuh khususnya pada sistem muskuluskeletal

c. Data Lingkungan

Faktor lingkungan rumah yang kurang aman dan membahayakan juga memperbesar peningkatan resiko untuk jatuh pada penderita penyakit nyeri sendi, misalnya penggunaan keset yang licin, lantai yang licin, pencahayaan yang kurang memadai, tangga rumah yang terlalu curam, tidak menggunakan alas kaki, tempat tidur yang terlalu tinggi, tidak menggunakan alat bantu mobilitas yang tepat, tidak ada pengaman atau pegangan dari lokasi- lokasi yang tepat, seperti kamar mandi. Fasilitas dan pelayanan kesehatan : Tingkat ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan sulitnya pengobatan nyeri sendi. Ketidak efektifannya dan keluarga dalam mengunjungi pelayanan kesehatan yang ada. Fasilitas transportasi : Transportasi merupakan sarana yang penting dan sangat diperlukan agar

penderita mendapatkan pelayanan kesehatan dengan segera. Ketiadaan sarana transportasi menjadikan masyarakat enggan berkunjung ke pelayanan kesehatan sehingga kondisi akan semakin memburuk.

d. Struktur Keluarga

- 1) Struktur komunikasi : Berkomunikasi dan berinteraksi antar sesama anggota keluarga merupakan tugas keluarga, dan dapat menurunkan beban masalah .
- 2) Struktur kekuasaan : Kekuasaan dalam keluarga dipegang oleh pemegang keputusan yang mempunyai hak dalam menentukan masalah dan kebutuhan dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga
- 3) Struktur peran : Peran antar keluarga menggambarkan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam posisi dan situasi tertentu
- 4) Nilai kepercayaan : Beban kasus keluarga sangat bergantung pada nilai kekuasaan dan kebutuhan akan asuhan keperawatan keluarga.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia dengan nyeri sendi adalah :

### a. Nyeri kronis

#### 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

#### 2) Penyebab

- a) Kondisi muskulokeletal kronis
- b) Kerusakan sistem saraf
- c) Penekanan saraf
- d) Infiltrasi tumor
- e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodular, dan reseptor
- f) Gangguan imunitas
- g) Gangguan fungsi metabolik
- h) Riwayat posisi kerja statis
- i) Peningkatan indeks massa tubuh
- j) Kondisi pasca trauma
- k) Tekanan emosional
- l) Riwayat penganiayaan

m) Riwayat penyalahgunaan obat/zat

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- a) Mengeluh nyeri
- b) Merasa depresi (tertekan)

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Gelisah
- c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif : merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif :

- a) Bersikap protektif
- b) Waspada
- c) Pola tidur berubah
- d) Anoreksia
- e) Focus menyempit
- f) Berfokus pada diri sendiri

b. Gangguan mobilitas fisik

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

## 2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskulokeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

## 3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak menurun

## 4) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi
- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

## 3. Perencanaan Keperawatan

Menurut SLKI (2019) dan SIKI (2018) tujuan dan intervensi dari diagnosa keperawatan pada lansia dengan nyeri sendi sesuai dengan urutan prioritas adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Perencanaan Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil                           | Intervensi   |
|----|----------------------|---|--|
| 1. | Nyeri kronis         | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 2 | Manajemen nyeri (I.08238)<br>Terapeutik<br>1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>pertemuan pagi dan sore dalam satu hari diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2) Keluhan nyeri menurun</li> <li>3) Pola nafas membaik</li> <li>4) Frekuensi nadi membaik</li> <li>5) Tekanan darah membaik</li> <li>6) Pola tidur membaik</li> <li>7) Mampu menggunakan teknik non-farmakologis (SLKI, L.08066)</li> </ol> | <p>(TENS, hypnosis, terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/ dingin)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p>Perawatan Kenyamanan (I.08245)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (misal nyeri)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan posisi nyaman</li> <li>2) Berikan kompres dingin atau hangat</li> <li>3) Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> </ol> |
|--|--|---|--|



|    |                          |   |   |
|----|--------------------------|---|---|
|    |                          |   | <p>4) Dukung keluarga terlibat dalam terapi</p> <p>5) Diskusikan mengenai pilihan terapi</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan mengenai pilihan terapi</p> <p>2) Ajarkan teknik relaksasi kepada klien dan keluarga</p>   |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 2 pertemuan pagi dan sore dalam satu hari diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2) Nyeri menurun</p> <p>3) Kekakuan sendi menurun</p> <p>4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>5) Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>6) Toleransi menaiki tangga meningkat</p> <p>7) Tekanan</p> | <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri</p> <p>2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> |

|  |  |                  |   |
|--|--|------------------|---|
|  |  | darah<br>membaik | Edukasi<br>1) Jelaskan strategi meredakan nyeri<br><br>2) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Observasi<br>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2) Identifikasi skala nyeri<br>3) Identifikasi respon nyeri non verbal<br>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri<br>5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
|--|--|------------------|---|

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2013). Tahap ini perawat akan mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan. Implementasi dari rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa yang tepat diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien.

Penerapan implementasi yang dilakukan perawat harus berdasarkan intervensi berbasis bukti atau telah ada penelitian yang dilakukan terkait intervensi tersebut. Hal ini dilakukan untuk

menjamin bahwa intervensi yang diberikan aman dan efektif bagi lansia (Miller, 2012).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini penting dilakukan untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Potter & Perry, 2010). Evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Proses evaluasi menentukan keefektifitasan asuhan keperawatan yang diberikan. Pada klien lansia perawat harus kritis dan cermat dalam menilai dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Hal ini dikarenakan pada lansia terjadi proses penuaan yang mengakibatkan adanya perubahan biologis yang mempengaruhi fungsi organ dan fungsional lansia.