

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Lansia

##### 2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia adalah fenomena biologis yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. UU No. IV tahun 1965 Pasal 1 menyatakan bahwa seseorang dapat dikatakan lanjut usia setelah mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari, dan menerima nafkah dari orang lain. Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia di atas 60 tahun. Dari kedua pengertian yang sudah disebutkan dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia di atas 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari

Menurut World Health Organisation (WHO) lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki

tahapan akhir dari fase kehidupannya, kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut proses penuaan.

### 2.1.2 Klasifikasi Lansia

Lanjut usia dibagi oleh sejumlah pihak dalam berbagai klasifikasi dan batasan

1. Menurut WHO batasan lanjut usia meliputi :

- a. *Middle Age* : 45-59 tahun
- b. *Elderly* : 60-70 tahun
- c. *Old* : 75-90 tahun
- d. *Very Old* : di atas 90 tahun

2. Maryam (2008) mengklasifikasikan lansia antara lain :

a. Pralansia

Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun

b. Lansia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih

c. Lansia Risiko Tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003)

d. Lansia potensial

Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa (Depkes RI, 2003)

e. Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003)

f. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan)

### 2.1.3 Ciri-ciri Lansia

Menurut Darmojo (2004) lanjut usia diartikan sebagai fase menurunnya kemampuan akal dan fisik yang dimulai dengan adanya beberapa perubahan dalam hidup. Hal ini sejalan dengan pendapat Soejono (2000) yang mengatakan bahwa pada tahap lansia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental,

khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya

Perubahan fisik yang dimaksud antara lain rambut yang mulai memutih, muncul kerutan di wajah, ketajaman pancaindra menurun, serta terjadi kemunduran daya tahan tubuh. Selain itu dimasa ini lansia juga harus berhadapan dengan kehilangan peran diri, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai.

Menurut Hurlock (1980) terdapat beberapa ciri-ciri lanjut usia yaitu :

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Pemicu terjadinya kemunduran fisik pada lansia adalah

faktor fisik dan faktor psikologis. Dampak dari kondisi ini dapat mempengaruhi psikologis lansia. Sehingga setiap lansia membutuhkan adanya motivasi, motivasi berperan penting dalam kemunduran pada lansia. Mereka akan mengalami kemunduran semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi

## 2. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Pandangan negatif akan lansia dalam masyarakat sosial secara tidak langsung berdampak pada terbentuknya status kelompok minoritas pada mereka

## 3. Menua membutuhkan perubahan peran

Kemunduran yang terjadi pada lansia berdampak pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial ataupun keluarga. Namun demikian, perubahan peran ini sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan

## 4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perilaku buruk lansia terbentuk karena perlakuan buruk yang mereka terima. Perlakuan buruk tersebut secara tidak langsung membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk

### 2.1.4 Tipe Lansia

Maryam, dkk (2008) mengelompokkan tipe lansia dalam beberapa poin antara lain :

#### 1. Tipe arif bijaksana

Tipe ini didasarkan pada orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman, kaya dengan hikmah, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, memiliki kerendahan hati, sederhana dan dapat menjadi panutan

## 2. Tipe mandiri

Tipe lansia mandiri yaitu mereka yang dapat menyesuaikan perubahan pada dirinya. Mereka mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, dan dapat bergaul dengan teman

## 3. Tipe tidak puas

Tipe lansia tidak puas adalah lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin. Mereka cenderung menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut

## 4. Tipe pasrah

Lansia tipe ini memiliki kecenderungan menerima dan menunggu nasib baik, rajin mengikuti kegiatan agama dan mau melakukan pekerjaan apa saja dengan ringan tangan

## 5. Tipe bingung

Lansia tipe ini terbentuk akibat mereka mengalami syok akan perubahan status dan peran. Mereka mengalami keterkejutan yang membuat lansia minder

Menurut Nugroho (2006) berdasarkan pengalaman hidup, karakter, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya. Orang lanjut usia dibagi dalam beberapa tipe, yaitu :

1. Tipe optimis

Lansia tipe ini mempunyai pembawaan santai dan periang, mereka cukup baik dalam melakukan penyesuaian. Masa lansia bagi mereka adalah bentuk bebas dari tanggung jawab dan dipandang sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan positifnya

2. Tipe konstruktif

Lansia tipe ini umumnya mempunyai integritas baik, mereka dapat menikmati hidup dengan toleransi yang tahu diri. Sifat ini bisa jadi biasanya terbentuk sejak usia muda maka ketika tua mereka bisa menghadapi proses penuaan dan masa akhir dengan tenang

### 3. Tipe ketergantungan

Lansia tipe ini biasanya pasif tidak punya inisiatif dan ambisi, mereka kerap mengambil tindakan yang tidak praktis. Namun demikian mereka masih dapat diterima di tengah masyarakat dan masih tahu diri, biasanya lansia ketergantungan ini senang pensiun, tidak suka bekerja, senang berlibur dan banyak makan dan minum

### 4. Tipe militan dan serius

Lansia tipe ini umumnya memiliki motivasi besar dalam bertahan hidup, mereka tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang dan bisa menjadi panutan

### 5. Tipe pemarah frustrasi

Lansia tipe ini cenderung negatif, mereka merupakan orang-orang pemarah, mudah tersinggung dengan hal-hal kecil, tidak sabar dan memiliki kebiasaan menyalahkan orang lain. Lansia tipe pemarah frustrasi biasanya menunjukkan penyesuaian yang buruk dan sering mengekspresikan kepahitan hidupnya

### 6. Tipe bermusuhan

Lansia tipe ini lebih negatif, mereka selalu menganggap bahwa orang lainlah yang menyebabkan kegagalan pada dirinya. Maka dari itu mereka selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga karena rasa takut akan kematian, masa tua bagi mereka bukanlah hal baik. Untuk itu kerap timbul dalam hati mereka rasa iri pada yang muda

#### 7. Tipe putus asa, membenci dan menyalahkan diri sendiri

Lansia tipe ini kerap menyalahkan diri sendiri meski memiliki sifat kritis mereka tidak mempunyai ambisi, tidak dapat menyesuaikan diri dan mengalami penurunan sosio ekonomi. Maka yang muncul dalam proses ini tidak hanya kemarahan tetapi juga depresi di mana mereka memandang lansia sebagai tahapan hidup manusia yang tidak berguna dan tidak menarik. Mereka kerap merasa menjadi korban keadaan, membenci diri sendiri, tidak bahagia dalam perkawinan dan ingin cepat mati

Sementara itu menurut Mangkunegara IV dalam surat Werdatama, seperti dikutip H.I. Widyapranata (Nugroho, 2006) membagi orang lanjut usia menjadi dua golongan, yaitu :

#### 1. Wong sepuh

Ialah golongan orang lanjut usia yang sepi hawa nafsu, mereka menguasai ilmu “Dwi Tunggal” yakni mampu membedakan antara baik dan buruk, sejati dan palsu, Gusti (Tuhan) dan kawulanya atau hambanya

## 2. Wong sepah

Ialah golongan orang lanjut usia yang kosong, tidak tahu rasa, bicaranya tanpa isi, bertingkah laku berebihan dan dibuat-buat serta memalukan. Maka hidupnya menjadi hambar (kehilangan dinamika dan romantika hidup)

### 2.1.5 Karakteristik Lansia

Menurut Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI (2016), karakteristik lansia dapat dikelompokkan sebagai berikut :

#### 1. Jenis kelamin

Dari data Kemenkes RI (2015) lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan, artinya ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan

#### 2. Status perkawinan

Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI, SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus

kawin (60%) dan cerai mati (37%). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04% dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84%. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki

### 3. Keadaan ekonomi

Mengacu pada konsep active ageing WHO, lanjut usia sehat berkualitas adalah proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat

#### 2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia

Setiap tahap perkembangan manusia memiliki tugas perkembangannya sendiri-sendiri termasuk lansia yang memiliki tugas perkembangan sebagai berikut :

1. Menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik
2. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan keluarga
3. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup

4. Menjalin hubungan dengan orang-orang disekitarnya
5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan
6. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes dan harmonis

## 2.2 Konsep Rheumatoid Arthritis

### 2.2.1 Definisi Rheumatoid Arthritis

Arthritis reumatoid adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliartrosis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh. Terlibatnya sendi pada pasien arthritis reumatoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresivitasnya. Pasien dapat pula menunjukkan gejala konstitusional berupa kelemahan umum, cepat lelah atau gangguan nonartikular lain. (Mansjoer, A, 2000).

Rheumatoid arthritis (RA) merupakan penyakit inflamasi non-bakterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Chairuddin, 2003) (NANDA NIC NOC, 2015)

### 2.2.2 Etiologi

Penyebab dari rheumatoid arthritis (RA) tidak diketahui secara pasti, namun berikut yang menyebabkan rheumatoid arthritis :

#### 1. Faktor genetik

Faktor genetik berperan penting dalam proses perkembangan penyakit rheumatoid arthritis karena seseorang dari keluarga yang memiliki riwayat rheumatoid arthritis beresiko 3 kali lebih tinggi daripada seseorang yang tidak berasal dari keluarga yang memiliki keturunan penyakit rheumatoid arthritis (Kneale & Davis, 2011)

#### 2. Hormon sex

Prevalensi rheumatoid arthritis lebih besar pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, sehingga diduga hormon sex berperan dalam perkembangan penyakit rheumatoid arthritis. Wanita yang menderita penyakit rheumatoid arthritis sering dijumpai pada wanita yang sedang hamil karena menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh pada penyakit ini

#### 3. Faktor infeksi

Beberapa bakteri dan virus diduga sebagai agen penyebab penyakit rheumatoid arthritis. Organisme diduga menginfeksi sel induk dan merubah reaktivitas sehingga mencetuskan timbulnya penyakit

Menurut Smith dan Haynes (2002), ada beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan seseorang menderita rheumatoid arthritis yaitu :

1. Usia dan jenis kelamin

Penyakit rheumatoid arthritis sering terjadi pada individu dengan prevalensi usia 20-70 tahun dengan puncak usia 45-65 tahun (Kneale, 2011) dan hal ini juga dibuktikan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Arlina, 2017 yang menunjukkan bahwa usia 41-62 tahun banyak yang mengalami penyakit rheumatoid arthritis sedangkan menurut Helmi, 2012 menyatakan bahwa frekuensi individu yang mengalami penyakit rheumatoid arthritis puncaknya terjadi pada usia 35-50 tahun. Penyakit rheumatoid arthritis lebih banyak menyerang kaum wanita, hampir 2-3 kali lipat dari pria karena pada wanita memiliki hormon estrogen. Hormon ini dapat merangsang autoimun sehingga menimbulkan penyakit rheumatoid arthritis, salah satu

fungsi dari hormon estrogen yaitu membantu mempertahankan kepadatan tulang namun efek dari hormon estrogen yang berlebih yaitu dapat menyebabkan penyakit autoimun (Helmi, 2012)

## 2. Lingkungan

Faktor lingkungan dan gaya hidup juga dapat memicu rheumatoid arthritis seperti merokok dan aktivitas fisik (Alamanos dan Drosos, 2005)

### 2.2.3 Klasifikasi rheumatoid Arthritis

#### 1. Arthritis akut

Pada fase dini gejala sistemik yang terjadi adalah lesu, anoreksia, penurunan berat badan dan demam. Persendian yang paling sering terkena adalah tangan, lutut, siku, kaki, bahu dan panggul. Gejala lokal awal yaitu nyeri dan kekakuan ringan (lebih dari 1 jam) yang dirasakan pada pagi hari dan pada waktu menggerakkan persendian yang meradang (Handriani, 2004)

#### 2. Arthritis kronik

Kerusakan struktur persendian akibat kerusakan rawan sendi atau erosi tulang periartikular merupakan proses yang tidak

dapat diperbaiki lagi dan memerlukan modifikasi mekanik atau pembedahan rekonstruktif (Handriani, 2004)

#### 2.2.4 Manifestasi klinis

Gejala awal terjadi pada beberapa sendi sehingga disebut poli artritis rheumatoid. Persendian yang paling sering terkena adalah sendi tangan, pergelangan tangan, sendi lutut, sendi siku, pergelangan kaki, sendi bahu serta sendi panggul dan biasanya bersifat bilateral atau simetris. Tetapi kadang-kadang hanya terjadi pada satu sendi disebut artritis rheumatoid mono-artikular (Chairuddin, 2003)

##### 1. Stadium awal

Gejala lokal yang berupa pembengkakan, nyeri dan gangguan gerak pada sendi metakarpofalangeal

##### 2. Stadium lanjut

Kerusakan sendi dan deformitas yang bersifat permanen selanjutnya timbul atau ketidakstabilan sendi akibat rupture tendon/ligament yang menyebabkan deformitas rheumatoid yang khas berupa deviasi ulnar jari-jari, deviasi radial atau volar pergelangan tangan serta valgus lutut dan kaki

Menurut Santoso dan Ismail (2009) gejala penyakit rematik secara garis besar terdiri dari :

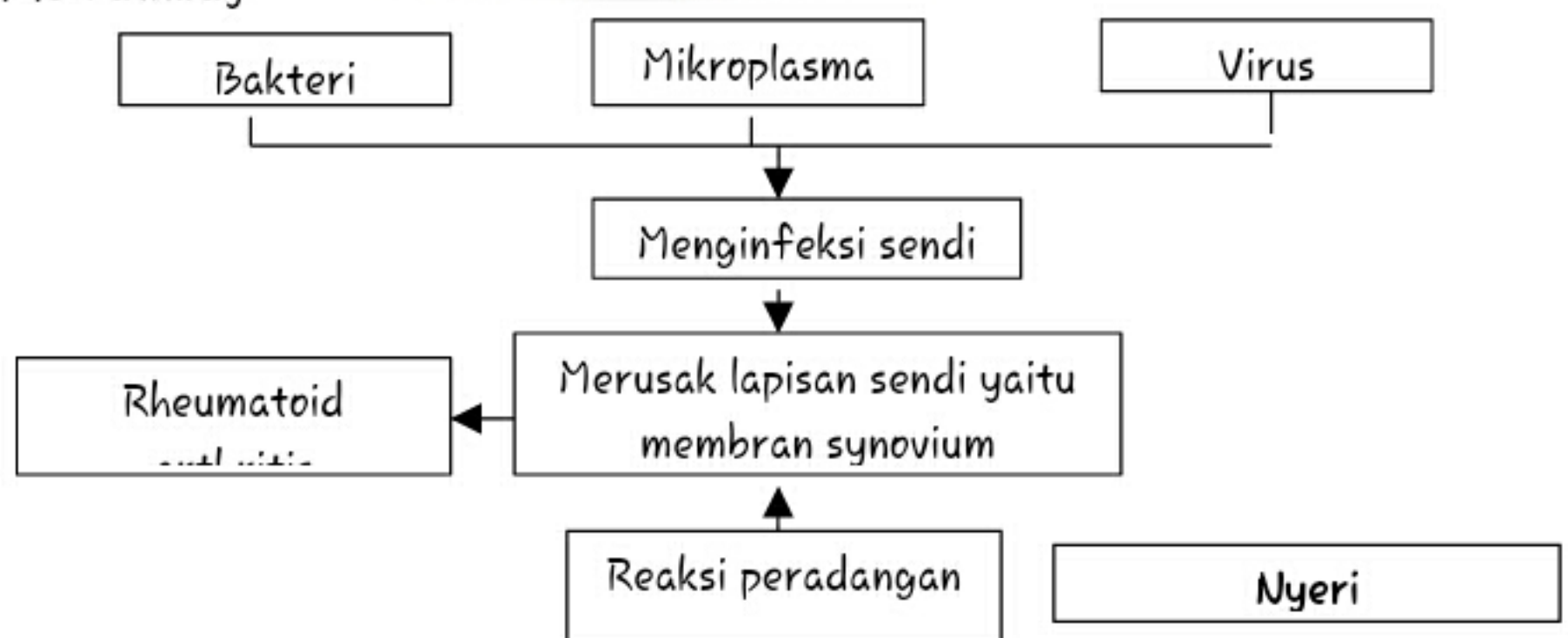
1. Artritis yaitu radang sendi yang ditandai dengan pembengkakan sendi, warnanya kemerahan, panas, nyeri dan terjadinya gangguan gerak. Pada keadaan ini penderita sangat terganggu apalagi bila lebih dari satu sendi yang terserang
2. Artralgia yaitu nyeri sendi tanpa pembengkakan dan gangguan sendi, gerakan sendi masih normal. Keadaan ini dapat menyertai penyakit infeksi bakteri maupun virus atau setelah aktivitas fisik yang berlebihan
3. Artrosis yaitu nyeri sendi yang disertai tanda-tanda radang yang tidak lengkap (tidak bengkak, tanpa kemerahan dan tanpa panas). Artrosis ini merupakan penyakit sendi yang disebabkan oleh proses degenerasi atau proses penuaan, gejala umumnya ringan tetapi ada yang menunjukkan gejala berat bahkan sampai cacat

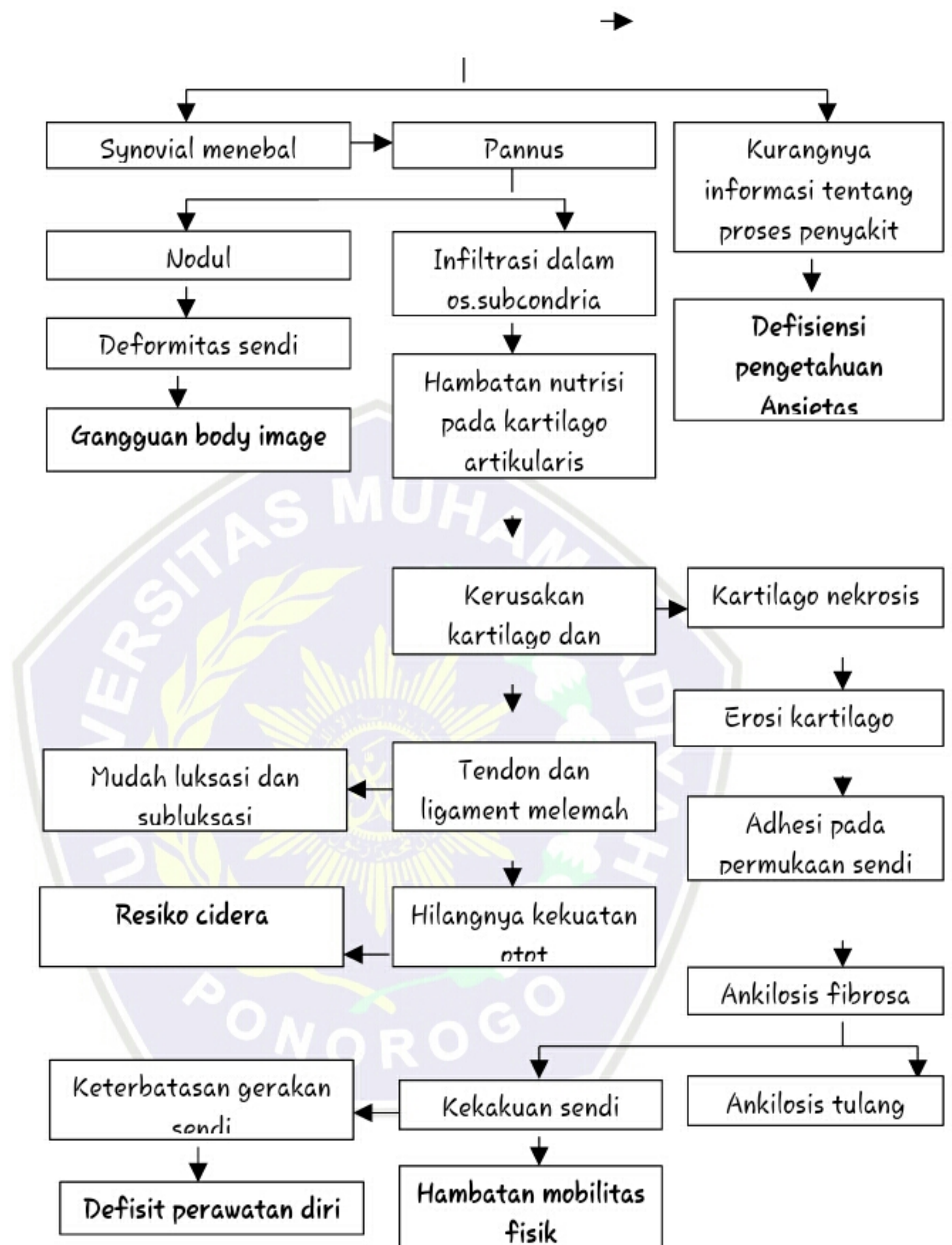
#### 2.2.5 Patofisiologi

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit autoimun sistemik yang menyerang sendi. Reaksi autoimun terjadi dalam jaringan synovial, kerusakan sendi mulai terjadi dari proliferasi makrofag

dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskular dan terjadi proliferasi sel-sel endotel kemudian terjadi neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlibat mengalami oklusi oleh bekuan kecil atau sel-sel inflamasi. Terbentuknya panus akibat terjadinya pertumbuhan yang iregular pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Panus kemudian menginvasi dan merusak rawan sendi dan tulang, respon imunologi melibatkan peran sitokin, interleukin, proteinase dan faktor pertumbuhan, respon ini mengakibatkan destruksi sendi dan komplikasi sistemik (Surjana, 2009)

#### 2.2.6 Pathway





Sumber : Aplikasi Nanda NIC-NOC, 2015

Gambar 2.1 Pathway Rheumatoid Arthritis

### 2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Tidak banyak berperan dalam diagnosis artritis reumatoid namun dapat menyokong bila terdapat keraguan atau untuk melihat prognosis pasien. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat :

1. Tes faktor reumatoid biasanya positif pada lebih dari 75% pasien artritis reumatoid terutama bila masih aktif
2. Protein C-reaktif biasanya meningkat
3. LED meningkat
4. Leukosit normal atau meningkat sedikit
5. Anemia normositik hipokrom akibat adanya inflamasi yang kronik
6. Trombosit meningkat
7. Kadar albumin serum turun dan globulin naik
8. Pada pemeriksaan rontgen, semua sendi dapat terkena. Sendi sakroiliaka juga sering terkena, pada awalnya terjadi pembengkakan jaringan lunak dan demineralisasi jukstra artikular kemudian terjadi penyempitan ruang sendi dan erosi

#### 2.2.8 Penatalaksanaan

1. Pendidikan pada pasien mengenai penyakitnya dan penatalaksanaan yang akan dilakukan sehingga terjalin

hubungan baik dan terjamin ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam jangka waktu yang lama

2. OAINS (Obat Anti Inflamasi Non Steroid) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai
3. DMARD (Disease Modifying Antirheumatoid Drugs) digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi akibat arthritis reumatoid. Keputusan penggunaannya bergantung pada pertimbangan risiko manfaat oleh dokter, umumnya segera diberikan setelah diagnosis arthritis reumatoid ditegakkan atau bila respon OAINS tidak ada
4. Rehabilitasi bertujuan untuk meningkatkan kualitas harapan hidup pasien. Caranya antara lain dengan mengistirahatkan sendi yang terlibat, latihan, pemanasan. Fisioterapi dimulai segera setelah rasa sakit pada sendi berkurang, bila tidak juga berhasil mungkin diperlukan pertimbangan untuk tindakan operatif. Sering pula diperlukan alat-alat karena itu pengertian tentang rehabilitasi
5. Pembedahan

Jika berbagai cara pengobatan telah dilakukan dan tidak berhasil

serta terdapat alasan yang cukup kuat dapat dilakukan pengobatan pembedahan. Jenis pengobatan ini pada pasien artritis reumatoid umumnya bersifat orthopedic

## 2.3 Konsep Hambatan Mobilitas Fisik

### 2.3.1 Definisi Hambatan Mobilitas Fisik

Kebutuhan aktivitas merupakan kebutuhan dasar untuk melakukan aktivitas (bergerak), kebutuhan ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligament, sistem saraf dan sendi. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA NIC NOC, 2015)

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktivitas) (Wilkinson dan ahern, 2011)

### 2.3.2 Tujuan Mobilisasi

1. memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi)
2. mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma)

3. mempertahankan konsep diri

4. mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan non verbal

### 2.3.3 Jenis-jenis Mobilisasi

Menurut Hidayat (2012) mobilisasi terbagi atas dua jenis yaitu :

#### 1. Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan tidak jelas dan mampu bergerak secara bebas tanpa adanya gangguan pada bagian tubuh

#### 2. Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan ketidakmampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan aktif karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

Mobilisasi sebagian terbagi atas dua jenis yaitu :

- a. Mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang tidak menetap. Hal tersebut dinamakan sebagai batasan yang bersifat reversible pada sistem muskuloskeletal, contohnya : adanya dislokasi pada sendi atau tulang

- b. Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap, contohnya: terjadinya kelumpuhan karena stroke, lumpuh karena cedera tulang belakang

#### 2.3.4 Faktor-faktor Mobilisasi

Menurut (Hidayat, 2012) mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

1. Gaya hidup (dampak perilaku/kebiasaan sehari-hari)

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari

2. Proses penyakit (misalnya seseorang dengan fraktur femur)

3. Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan, sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilisasi (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas

4. Tingkat energi (energi adalah sumber untuk melakukan

mobilisasi, untuk itu seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik apabila memiliki energi yang cukup)

## 5. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi, pada individu lansia kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan

## 6. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum ketidakmampuan ada dua macam yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder, ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misalnya kelemahan otot dan tirah baring)

## 2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gerontik

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan

yang meliputi pengumpulan data dan analisis data, sehingga menghasilkan diagnosis keperawatan.

#### 1. Biodata

Klien yang biasa di kaji pada penyakit Rheumatoid Arthritis adalah :

##### a. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi, pada individu lansia kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan. Penyakit rheumatoid arthritis sering terjadi pada individu dengan prevalensi usia 20-70 tahun dengan puncak usia 45-65 tahun (Kneale, 2011) dan hal ini juga dibuktikan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Arlina, 2017 yang menunjukkan bahwa usia 41-62 tahun banyak yang mengalami penyakit rheumatoid arthritis sedangkan menurut Helmi, 2012 menyatakan bahwa frekuensi individu yang mengalami penyakit rheumatoid arthritis puncaknya terjadi pada usia 35-50 tahun.

##### b. Jenis kelamin

Penyakit Rheumatoid Arthritis lebih banyak menyerang kaum wanita, hampir 2-3 kali lipat dari pria karena pada wanita memiliki hormon estrogen. Hormon ini dapat merangsang autoimun sehingga menimbulkan penyakit rheumatoid arthritis, salah satu fungsi dari hormon estrogen yaitu membantu mempertahankan kepadatan tulang namun efek dari hormon estrogen yang berlebih yaitu dapat menyebabkan penyakit autoimun (Helmi, 2012)

#### c. Faktor Genetik

Faktor genetik berperan penting dalam proses perkembangan penyakit rheumatoid arthritis karena seseorang dari keluarga yang memiliki riwayat rheumatoid arthritis beresiko 3 kali lebih tinggi daripada seseorang yang tidak berasal dari keluarga yang memiliki keturunan penyakit rheumatoid arthritis (Kneale & Davis, 2011)

#### d. Pekerjaan

Penderita dengan sikap badan yang salah dalam melakukan pekerjaan sehari-hari dapat menimbulkan Penyakit Rheumatoid Arthritis karena mengangkat beban berat dari lantai dengan badan membungkuk dapat mengakibatkan sakit

pinggang dan penyakit rheumatoid arthritis dapat mempengaruhi kemampuan penderitanya dalam melakukan aktivitas sehari-harinya

e. Ras atau suku

Data di amerika serikat juga menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi dari penyakit rheumatoid arthritis adalah pada suku amerika indian dibanding dengan yang non indian walaupun demikian penyakit ini dapat dijumpai di setiap negara di dunia. Di indonesia terdapat suku tertentu yang mempunyai kecenderungan terserang penyakit rheumatoid arthritis ini antara lain suku minahasa dan tapanuli

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit Rheumatoid Arthritis seperti : rheumatoid arthritis, gout arthritis, osteoarthritis dan osteoporosis adalah klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan

keterbatasan mobilitas (Aspiani,2014)

2) Riwayat penyakit sekarang

Keluhan pada pasien rheumatoid arthritis yaitu adanya keluhan sakit dan kekakuan pada tangan atau pada tungkai. Perasaan tidak nyaman dalam beberapa periode atau waktu sebelum pasien mengetahui dan merasakan perubahan pada sendi (Aspiani, 2014)

b. Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dikaji adanya nyeri dan linu pada sendi dan penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok

c. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami penyakit rheumatoid arthritis karena faktor genetik/keturunan (Aspiani, 2014)

d. Pola fungsi kesehatan

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri pada persendian, ketidakmampuan mobilisasi

a. Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah dan makanan kesukaan

Menurut Smeitzer (2011), untuk penderita rheumatoid arthritis diet yang dilakukan adalah diet rendah purin.

Pengelompokan bahan makanan menurut kadar purin :

1. Makanan yang harus dihindari adalah makanan yang mengandung purin tinggi, misalnya: jeroan, daging/kaldu, ikan
2. Makanan yang harus dibatasi makanan yang mengandung purin sedang, misalnya: daging sapi, udang, kacang-kacangan dan hasil olah seperti yahu, tempe, bayam, daun singkong, kangkung dan daun melinjo
3. Makanan yang boleh dimakan setiap hari adalah makanan yang mengandung purin rendah, misalnya: nasi, sayur, singkong, jagung, roti, telur

b. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi dan penggunaan kateter

c. Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur dan insomnia. Pada penderita rheumatoid arthritis biasanya akan mengalami gangguan tidur karena penderita akan mengeluh nyeri yang hebat sehingga tidak mungkin untuk berbaring dengan posisi yang sama dalam waktu lama

d. Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan. Pada penderita rheumatoid arthritis istirahat secara teratur merupakan hal penting untuk mengurangi gejala penyakit. Pembebanan sendi

yang terkena dan pembatasan gerak yang tidak perlu akan sangat membantu mengurangi progresivitas inflamasi. Namun istirahat harus diseimbangkan dengan latihan gerak untuk tetap menjaga kekuatan otot dan pergerakan sendi

e. Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/ masalah terhadap seksualitas

3. Riwayat psikososial

Pasien dengan rheumatoid arthritis mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pada pasien yang mengalami deformitas pada sendi-sendi karena pasien merasakan adanya kelemahan-kelemahan pada dirinya dan merasakan kegiatan sehari-hari menjadi berubah

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan

b. Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan

gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan dan dampak terhadap sakit

c. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah dan masalah keuangan.

d. Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif, pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau

e. Pola mekanisme atau penanggulangan stress dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress

f. Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual

#### 2.4.2 Pemeriksaan fisik

### 1. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan muskuloskeletal biasanya lemah, berat badan menurun, peningkatan suhu badan (Unud, 2018)

### 2. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya Composmentis dan Apatis

### 3. Tanda-tanda vital (Aspiani, 2014)

- a. Suhu meningkat ( $> 37^{\circ}\text{C}$ )
- b. Nadi meningkat (nadi : 70-82x/menit)
- c. Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal
- d. Pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat

### 4. Pemeriksaan fisik

#### a. Pemeriksaan kepala

Kaji warna rambut, kaji adanya lesi atau tidak, kaji kebersihan kepala

#### b. Pemeriksaan mata

Kaji penglihatan, bentuk, konjungtiva anemis atau tidak, sklera

c. Pemeriksaan mulut

Kaji mukosa mulut, kaji bentuk bibir simetris atau tidak

d. Pemeriksaan telinga

Kaji kebersihan telinga, kaji bentuk telinga simetris atau tidak, kaji pendengaran

e. Pemeriksaan leher

Kaji adanya pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis

f. Pemeriksaan dada

Inspeksi : bentuk thorax adanya retraksi intercoste

Palpasi : kaji ictus cordis

Perkusi : suara resona pada seluruh lapang paru

Auskultasi : kaji apakah suara jantung B<sub>J</sub> 1 dan B<sub>J</sub> 2 normal atau ada suara tambahan

g. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : kaji penyebaran warna abdomen, kaji bentuk perut,

jaringan parut, ada lesi atau tidak

Auskultasi : kaji apakah bising usus normal atau tidak

Perkusi : apakah tympani atau hipertympani

Palpasi : kaji apakah adanya nyeri tekan atau tidak

h. Pemeriksaan ekstremitas

Biasanya terjadi kekakuan pada tangan atau pada tungkai dan nyeri yang luar biasa (Aspiani, 2014)



**SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER (SPMSQ)**  
**Penilaian Untuk Fungsi Intelektual Lansia**

Nama Klien : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : L / P  
 Usia : \_\_\_\_\_ Register : \_\_\_\_\_

Tabel 2.1 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa sekarang ? (tanggal, bulan, tahun)		
2	Hari apa sekarang ?		
3	Apa nama tempat ini ?		
4	Dimana alamat anda ?		
5	Berapa usia anda ?		
6	Kapan anda lahir ?		
7	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?		
8	Siapa nama Presiden Indonesia sebelumnya ?		
9	Siapa nama ibu anda ?		
10	Berapa 20 dikurangi 3 ? (dan bilangan yang disebutkan terus dikurangi 3 secara menurun)		
Total Skor =			

*Pfeiffer E (1975)*

Keterangan :

- Salah 0-2 = Fungsi intelektual utuh
- Salah 3-5 = Kerusakan intelektual ringan
- Salah 6-8 = Kerusakan intelektual sedang
- Salah 9-10 = Kerusakan intelektual berat

-----

-

Pemeriksa,

(-----  
-)

**MINI-MENTAL STATE EXAM (MMSE)**  
**Penilaian Aspek Kognitif dari Fungsi Mental Lansia**

Nama Klien : ----- Jenis Kelamin : L / P

Usia : ----- Register : -----

Tabel 2.2 Mini-Mental State Exam (MMSE)

ASPEK	PERTANYAAN	SKOR	NILAI
Orientasi	Sebutkan waktu sekarang : - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan	5	
	Sebutkan dimana sekarang berada : - Negara - Propinsi - Kota - Rumah/Panti/Posyandu - Ruang	5	
Registrasi	Sebutkan nama 3 obyek dengan waktu 1 detik tiap obyek. (lansia diminta untuk menyebutkan kembali 3 obyek tersebut)	3	
Perhatian dan Kalkulasi	- Hitung mundur angka 100 dikurangi 7 dan seterusnya tetap dikurangi 7 sampai	5	

	dengan 5 kali jawaban - Mengeja kata atau kalimat dari belakang		
Mengingat	Sebutkan nama 3 obyek yang telah disebutkan sebelumnya pada aspek registrasi	3	
Bahasa	- Tunjuk 2 benda dan lansia diminta untuk menyebutkan namanya	2	
	- Sebutkan kata : "Tak ada jika, dan atau tetapi"	4	
	- Ikuti perintah : Ambil kertas, lipat menjadi dua dan letakkan di meja	3	
		Total Skor =	

Keterangan :

Nilai maksimal 30, nilai <21 biasanya ada indikasi kerusakan kognitif yang memerlukan pemeriksaan lanjut



Nama Klien : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : L / P  
Usia : \_\_\_\_\_ Register : \_\_\_\_\_

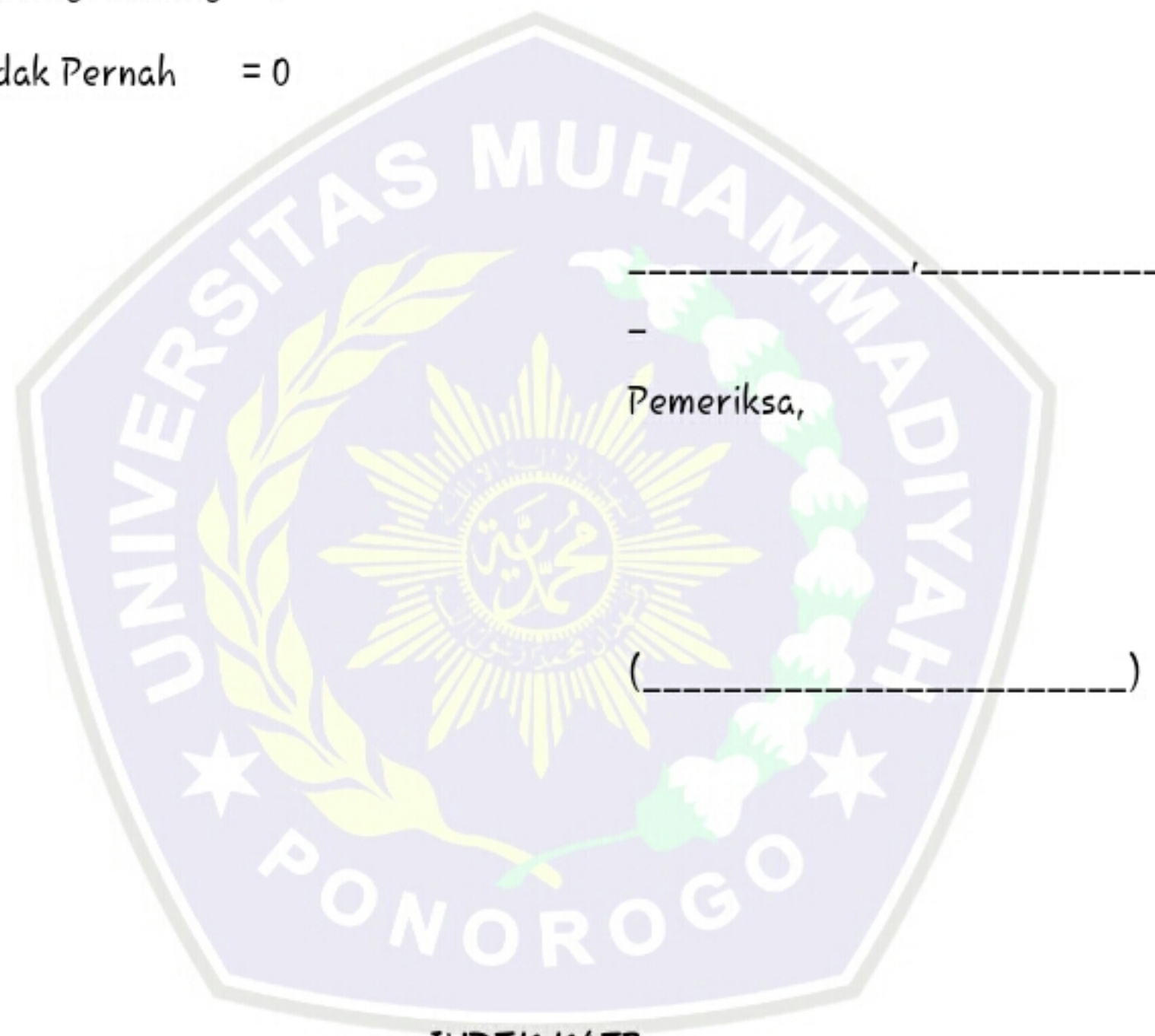
Tabel 2.3 Apgar Lansia

NO	FUNGSI	URAIAN	SKORE
1	Adaption	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman saat saya kesusahan	
2	Partnership	Saya puas dengan cara keluarga/teman membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalahnya kepada saya	
3	Growth	Saya puas bahwa keluarga/teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas yang baru	
4	Affection	Saya puas dengan cara keluarga/teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih	

		atau mencintai	
5	Resolve	Saya puas dengan keluarga/teman yang mau menyediakan waktu untuk bersama-sama	
Jumlah			

Keterangan :

- Selalu = 2
- Kadang-kadang = 1
- Tidak Pernah = 0



### INDEK KATZ

Indeks Kemandirian Pada Aktifitas Kehidupan Sehari-hari

Nama Klien : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : L / P

Usia : \_\_\_\_\_

Register : \_\_\_\_\_

Tabel 2.4 Indek Katz

SKOR	KEMANDIRIAN	NILAI*
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian	

B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut	
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan	
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan	
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan	
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan	
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut	
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E, atau F	

**Keterangan :**

\* Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif. Pengkajian ini didasarkan pada kondisi actual klien dan bukan pada kemampuan, artinya jika klien menolak untuk melakukan suatu fungsi, dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun ia sebenarnya mampu.

\*\* Cara penilaian : memberikan tanda (√) pada kolom nilai sesuai dengan skor kemandirian lansia

**INDEK BARTHEL**

Nama Klien : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : L / P

Usia : \_\_\_\_\_

Register : \_\_\_\_\_

Tabel 2.5 Indek Barthel

NO	KRITERIA	SKOR		NILAI
		DENGAN	MANDIRI	

		BANTUAN		
1	Makan	5	10	
2	Minum	5	10	
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal Toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
5	Keluar masuk toilet	5	10	
6	Mandi (menyiram, menyeka tubuh)	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	15	
8	Naik Turun Tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol Bowel (BAB)	5	10	
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Pemanfaatan waktu luang / Rekreasi	5	10	
Jumlah				

Penilaian :

-Mandiri = 126 - 130

-Ketergantungan sebagian = 65 - 125

-Ketergantungan total = < 60

-----  
Pemeriksa,

(-----)

### 2.4.3 Pemeriksaan penunjang

Faktor Reumatoid : positif pada 80-95% kasus

- a. Fiksasi lateks : positif pada 75% dari kasus-kasus
- b. Reaksi-reaksi aglutinasi : positif pada lebih dari 50% kasus-kasus
- c. LED : umumnya meningkat pesat (80-100 mm/h) mungkin kembali normal sewaktu gejala-gejala meningkat
- d. Protein C-reaktif : positif selama masa eksaserbasi
- e. SDP : meningkat pada waktu timbul proses inflamasi
- f. JDL : umumnya menunjukkan anemia sedang
- g. Ig (Ig M dan Ig G) : peningkatan besar menunjukkan proses autoimun sebagai penyebab Rheumatoid Arthritis (RA)
- h. Sinar X dari sendi yang sakit : menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio
- i. Biopsi membran sinovial : menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas

Kriteria diagnostik Arthritis Reumatoid adalah terdapat

poli-arthritis yang simetris yang mengenai sendi-sendi proksimal jari tangan dan kaki serta menetap sekurang-kurangnya 6 minggu atau lebih bila ditemukan nodul subkutan atau gambaran erosi peri-artikuler pada foto rontgen

Kriteria arthritis reumatoid menurut *American Rheumatism Association* (ARA) adalah :

- a. Kekakuan sendi jari-jari tangan pada pagi hari (Morning Stiffness)
- b. Nyeri pada pergerakan sendi atau nyeri tekan sekurang-kurangnya pada satu sendi
- c. Pembengkakan (oleh penebalan jaringan lunak atau oleh efusi cairan) pada salah satu sendi secara terus-menerus selama 6 minggu
- d. Pembengkakan pada sekurang-kurangnya salah satu sendi lain

- e. Pembengkakan sendi yang bersifat simetris
- f. Gambaran foto rontgen yang khas pada arthritis rheumatoid

#### 2.4.4 Analisis Data

Analisis data adalah kemampuan mengait data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

Pedoman untuk analisis data adalah :

1. Menyusun kategori data secara sistematis dan logis dengan cara meneliti kembali data yang terkumpul
2. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio psiko sosial dan spiritual, cara ini bisa dipertegas dengan data subjektif
3. Membandingkan dengan standar
4. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan

#### 2.4.5 Diagnosa keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, kekakuan sendi
2. Nyeri berhubungan dengan perubahan patologis oleh artritis rheumatoid
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi
4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, penurunan produktifitas (status kesehatan dan fungsi peran)
5. Gangguan body image berhubungan dengan perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas
6. Resiko cedera berhubungan dengan hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (penurunan kekuatan sendi)

## 2.4.6 Intervensi keperawatan

Intervensi menurut NANDA (2015) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.6 Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p><b>Hambatan mobilitas fisik</b>  <b>Definisi:</b>            keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan waktu reaksi</li> <li>2. Kesulitan membolak-balik posisi</li> <li>3. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan</li> <li>4. Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>5. Perubahan cara berjalan</li> <li>6. Gerakan bergetar</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Joint movement : active</i></li> <li>2. <i>Mobility level</i></li> <li>3. <i>Self care : ADLs</i></li> <li>4. <i>Transfer performance</i></li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Mempergunakan penggunaan alat</li> <li>5. Bantu untuk mobilisasi ( walker )</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Exercise therapy : ambulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik</li> </ol>

<p>7. Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus</p> <p>8. Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar</p> <p>9. Keterbatasan rentang pergerakan sendi</p> <p>10. Tremor akibat pergerakan</p> <p>11. Ketidakstabilan postur</p> <p>12. Pergerakan lambat</p> <p>13. Pergerakan tidak terkoordinasi</p> <p><b>Factor yang berhubungan</b></p> <p>1. Intoleransi aktivitas</p> <p>2. Perubahan metabolisme selular</p> <p>3. Ansietas</p> <p>4. Indeks masa tubuh diatas perentil ke-75 sesuai usia</p> <p>5. Gangguan kognitif</p> <p>6. Konstraktur</p> <p>7. Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia</p> <p>8. Fisik tidak bugar</p>		<p>ambulasi</p> <p>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>7. Damping dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps</p> <p>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>
--	--	--

9. Penurunan ketahanan tubuh		
10. Penurunan kendali otot		
11. Penurunan massa otot		
12. Malnutrisi		
13. Gangguan muskuloskeletal		
14. Gangguan neuromuscular, nyeri		
15. Agens obat		
16. Penurunan kekuatan otot		
17. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik		
18. Keadaan mood depresif		
19. Keterlambatan perkembangan		
20. Ketidaknyamanan		
21. Disuse, kaku sendi		
22. Kurang dukungan lingkungan		
23. Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler		
24. Kerusakan integritas struktur tulang		
25. Program pembatasan gerak		
26. Keengganan memulai pergerakan		
27. Gaya hidup		

	monoton 28. Gangguan sensorial perceptual.		
--	---	--	--

#### 2.4.7 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyet et al, 1996 dalam buku Nursalam 2008)

#### 2.4.8 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Setidaknya ada dua hal utama yang perlu diperhatikan dalam tahap evaluasi, pertama perkembangan klien terhadap hasil yang sudah ia capai dan kedua adalah efektif atau tidaknya rencana keperawatan yang sudah disusun sebelumnya. Perawat pertama-tama perlu melakukan pengkajian dasar dalam tahap evaluasi ini yang kemudian dilanjutkan selama melakukan kontak dengan klien

##### 1. Fungsi evaluasi :

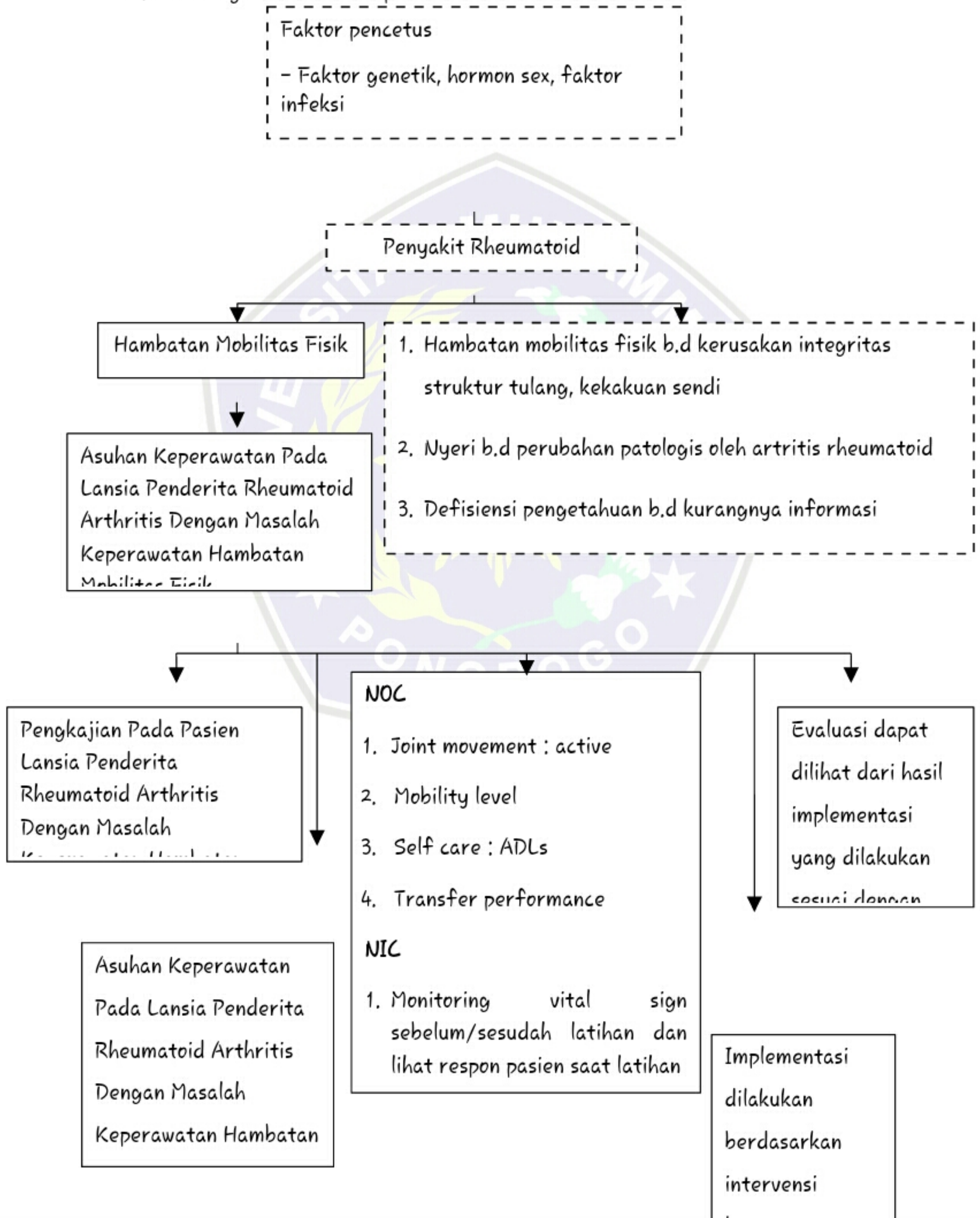
- a. Memastikan perkembangan klien lansia
- b. Menakar produktivitas, efisiensi, dan efektifitas tindakan
- c. Sebagai ukuran untuk meningkatkan kualitas keperawatan
- d. Memastikan penilaian langsung dari klien terkait proses keperawatan yang berjalan

2. Tahapan evaluasi :

Secara garis besar, tahapan evaluasi gerontik adalah sebagai berikut :

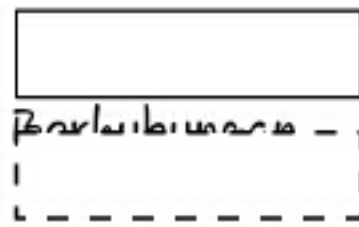
- a. Mengidentifikasi kriteria dan standart evaluasi
- b. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standart telah terpenuhi
- c. Menginterpretasi dan meringkas data
- d. Mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis
- e. Menghentikan, meneruskan, atau merevisi rencana perawatan

## 2.5 Hubungan Antar Konsep



Sumber : Aplikasi Nanda Nic-Noc,2015

Keterangan :



: Diteliti \_\_\_\_\_ :

: Tidak diteliti → : Berpengaruh

Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep

