

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah seseorang yang mengalami tahap akhir dalam perkembangan kehidupan manusia. UU No. 13/Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia disebutkan bahwa lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun (Dewi, 2014). Menurut WHO (*World Health Organization*) lanjut usia meliputi usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45 tahun sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) yaitu usia 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) yaitu antara 75 tahun sampai 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) yaitu diatas 90 tahun (Nugroho, 2008). Usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade. Usia lanjut merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari (Notoatmodjo, 2007).

Lansia merupakan salah satu kelompok atau populasi berisiko (*population at risk*) yang semakin meningkat jumlahnya. Allender, Rector, dan Warner (2014) mengatakan bahwa populasi berisiko (*population at risk*) adalah kumpulan orang-orang yang masalah kesehatannya memiliki kemungkinan akan berkembang lebih buruk karena adanya faktor-faktor risiko yang memengaruhi. Stanhope dan Lancaster (2016) mengatakan lansia sebagai populasi berisiko ini memiliki tiga karakteristik risiko

kesehatan yaitu, risiko biologi termasuk risiko terkait usia, risiko sosial dan lingkungan serta risiko perilaku atau gaya hidup.

Tahap usia lanjut adalah tahap dimana terjadi penurunan fungsi tubuh. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami perubahan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Kemampuan regeneratif pada lansia terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit (Kholifah, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia berdasarkan Depkes RI (2003) dalam Maryam dkk (2009) yang terdiri dari : pralansia (*prasenilis*) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan, lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa, lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.3 Tipe Lansia

Menurut Maryam (2008), beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya. Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru dan selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan

3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut

4. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja

5. Tipe bingung Kaget

kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tidak acuh

2.1.4 Batasan Lansia

1. WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut
 - a. Usia lanjut (*elderly*) antara usia 60-74 tahun,
 - b. Usia tua (*old*) :75-90 tahun, dan
 - c. Usia sangat tua (*very old*) adalah usia > 90 tahun.
2. Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga katagori, yaitu:
 - 1) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,
 - 2) Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,
 - 3) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan (Dalam Kholifah, 2016).

2.1.5 Ciri-Ciri lansia

Ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

1. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah. (Kholifah, 2016).

2.1.6 Proses Penuaan Pada Lansia

Penuaan adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Ini merupakan suatu fenomena yang kompleks multidimensional yang dapat diobservasi di dalam satu sel dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem. (Stanley, 2006).

Aging process atau proses penuaan merupakan suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap orang. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan (*gradual*) kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti serta mempertahankan struktur dan fungsi secara normal, ketahanan terhadap cedera, termasuk adanya infeksi. Proses penuaan sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf, dan jaringan lain sehingga tubuh 'mati' sedikit demi sedikit. Sebenarnya tidak ada batasan yang tegas, pada usia berapa kondisi kesehatan seseorang mulai menurun. Setiap orang memiliki fungsi fisiologis alat tubuh yang sangat berbeda, baik dalam hal pencapaian puncak fungsi tersebut maupun saat menurunnya. Umumnya fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya pada usia 20-30 tahun. Setelah mencapai puncak, fungsi alat tubuh akan berada dalam kondisi tetap utuh beberapa saat, kemudian menurun sedikit demi sedikit sesuai dengan bertambahnya usia (Mubarak, 2009).

Pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah, baik secara biologis, mental, maupun ekonomi. Semakin lanjut usia seseorang,

maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun, sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya (Tamher, 2009). Oleh karena itu, perlu perlu membantu individu lansia untuk menjaga harkat dan otonomi maksimal meskipun dalam keadaan kehilangan fisik, sosial dan psikologis (Smeltzer, 2001).

2.1.7 Teori Proses Penuaan Pada Lansia

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teori biologi, teori psikososial, teori lingkungan (Aspiani, 2014).

1. Teori Biologi

Teori biologis dalam proses menua mengacu pada asumsi bahwa proses menua merupakan perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi tubuh selama masa hidup. Teori ini lebih menekankan pada perubahan kondisi tingkat structural sel/ organ tubuh, termasuk didalamnya adalah pengaruh agen patologis. Fokus dari teori ini adalah mencari determinan-determinan yang menghambat proses penurunan fungsi organisme. Yang dalam konteks sistemik, dapat mempengaruhi/ memberi dampak terhadap organ/ sistem tubuh lainnya dan berkembang sesuai dengan peningkatan usia kronologis.

a. Teori “Genetik Clock”

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam nuclei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur menurut teori ini terjadi mutasi

progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

b. Teori *error*

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan. Sejalan dengan perkembangan umur sel tubuh, maka terjadi beberapa perubahan alami pada sel pada DNA dan RNA, yang merupakan substansi pembangun atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel-sel Nukleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

c. Teori *Autoimun*

Pada teori ini penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi sistem imun. Perubahan itu lebih tampak secara nyata pada Limposit -T, disamping perubahan juga terjadi pada Limposit -B. perubahan yang terjadi meliputi penurunan sistem immune humoral, yang dapat menjadi faktor predisposisi pada orang tua untuk : (a) menurunkan resistansi melawan pertumbuhan tumor dan perkembang kanker. (b) menurunkan kemampuan untuk mengadakan inisiasi proses dan secara agresif memobilisasi pertahanan tubuh terhadap pathogen. (c) meningkatkan produksi

autoantigen, yang berdampak pada semakin meningkatnya risiko terjadinya penyakit yang berhubungan dengan autoimun.

d. *Teori Free Radical*

Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses menua terjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh dan hal itu dipengaruhi oleh adanya berbagai radikal bebas dalam tubuh. Radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia sehingga salah satu hasil kerja metabolisme tubuh. Walaupun secara normal ia terbentuk dari proses metabolisme tubuh, tetapi ia dapat terbentuk akibat : (1) proses oksigenasi lingkungan seperti pengaruh polutan, ozon, dan petisida. (2) reaksi akibat paparan dengan radiasi. (3) sebagai reaksi berantai dengan molekul bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa : superoksida (O_2^-), radikal hidroksil, dan H_2O_2 . Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh. Makin tua umur makin banyak terbentuk radikal bebas sehingga proses pengrusakan harus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

e. *Wear Teori Biologi*

Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan menyebabkan kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya perbaikan sel jaringan.

2. Teori Psikososial

a. *Activity Theory* (Teori Aktivitas)

Teori ini menyatakan bahwa seseorang individu harus mampu eksis dan aktif dalam kehidupan sosial untuk mencapai kesuksesan dalam kehidupan di hari tua. Aktivitas dalam teori ini dipandang sebagai sesuatu yang vital untuk mempertahankan rasa kepuasan pribadi dan kosie diri yang positif. Teori ini berdasar pada asumsi bahwa : (1) aktif lebih baik daripada pasif. (2) gembira lebih baik daripada tidak gembira. (3) orang tua merupakan orang yang baik untuk mencapai sukses dan akan memilih alternatif pilihan aktif dan bergembira. Penuaan mengakibatkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.

b. *Continuitas Theory* (Teori Kontinuitas)

Teori ini memandang bahwa kondisi tua merupakan kondisi yang selalu terjadi dan secara berkesinambungan yang harus dihadapi oleh orang lanjut usia. Adanya suatu kepribadian berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.

c. *Disanggement Theory*

Putusnya hubungan dengan dunia luar seperti dengan masyarakat , hubungan dengan individu lain.

d. Teori Stratisfikasi Usia

Karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.

e. Teori Kebutuhan

Manusia Orang yang bisa mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.

f. *Jung Theory*

Terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.

g. *Course of Human Life Theory*

Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimumnya.

h. *Development Task Theory*

Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

3. Teori Lingkungan

a. *Radiation Theory* (Teori Radiasi)

Setiap hari manusia terpapar dengan adanya radiasi baik karena sinar ultraviolet maupun dalam bentuk gelombang-gelombang mikro yang telah menumbuk 14 tubuh tanpa terasa yang dapat mengakibatkan perubahan susunan DNA dalam sel hidup atau bahkan rusak dan mati.

b. *Stress Theory* (Teori Stress)

Stress fisik maupun psikologi dapat mengakibatkan pengeluaran neurotransmitter tertentu yang dapat mengakibatkan perfusi jaringan menurun sehingga jaringan mengalami gangguan

metabolisme sel sehingga terjadi penurunan jumlah cairan dalam sel dan penurunan eksisitas membrane sel.

c. *Pollution Theory* (Teori Polusi)

Tercemarnya lingkungan dapat mengakibatkan tubuh mengalami gangguan pada sistem psikoneuroimunologi yang seterusnya mempercepat terjadinya proses menua dengan perjalanan yang masih rumit untuk dipelajari.

d. *Exposure Theory* (Teori Pemaparan)

Terpaparnya sinar matahari yang mempunyai kemampuan mirip dengan sinar ultra yang lain mampu mempengaruhi susunan DNA sehingga proses penuaan atau kematian sel bisa terjadi.

2.1.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penuaan Pada Lansia

1. Hereditas atau ketuaan genetik.
2. Nutrisi atau makanan.
3. Status kesehatan.
4. Pengalaman hidup.
5. Lingkungan.
6. Stres. (Dalam Kholifah, 2016)

2.1.9 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011, 2011).

1. Perubahan Fisik

- a. Sistem Indra Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.
- b. Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.
- c. Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan

menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

d. Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

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

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Kognitif

- a. Memory (Daya ingat, Ingatan)
- b. IQ (*Intelligent Quotient*)
- c. Kemampuan Belajar (*Learning*)

- d. Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*)
- e. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)
- f. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)
- g. Kebijaksanaan (*Wisdom*)
- h. Kinerja (*Performance*)
- i. Motivasi

3. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- a. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (*hereditas*)
- e. Lingkungan
- f. Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- g. Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.
- h. Rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

4. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan Psikososial

a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

b. Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

d. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan- gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. Parafrenia

Suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut Kozier dkk (2009), Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri ketika suatu jaringan mengalami cedera, atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri.

Sendi adalah 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 (Santoso, 2009). Nyeri sendi merupakan pengalaman subjektif yang dapat memengaruhi kualitas hidup lansia termasuk gangguan aktivitas fungsional lansia (Nurhidayah, 2012).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo, 2013 sebagai berikut :

1. Nyeri berdasarkan durasi

a. Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang menetap sepanjang periode tertentu.

b. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul setelah terjadi cedera, insisi/ pembedahan dengan intensitas bervariasi mulai ringan hingga berat, dan berlangsung secara singkat.

2. Nyeri berdasarkan asal

a. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik adalah nyeri disebabkan suatu cedera atau abnormalitas yang didapatkan pada struktur saraf perifer maupun sentral.

b. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitisasi nosiseptor perifer yang melainkan reseptor khusus yang menghantarkan stimulus noxious.

3. Nyeri berdasarkan lokasi

a. Viseral dalam

Viseral dalam adalah nyeri yang terjadi karena stimulus organ-organ internal.

b. Nyeri alih

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri.

c. *Superficial* atau *kutaneus*

Superficial atau *kutaneus* adalah nyeri yang disebabkan oleh stimulus kulit.

d. Radiasi

Radiasi adalah sensasi nyeri yang menyebar dari tempat awal cedera kebagian tubuh yang lain.

2.2.3 Etiologi Nyeri

Nyeri memiliki suatu etiologi multimodal. Nyeri biasanya dihubungkan dengan beberapa proses patologis spesifik. Kelainan yang mengakibatkan rasa nyeri mencakup : infeksi, keadaan inflamasi, trauma, kelainan degenerasi, keadaan toksik metabolic atau neoplasma. Nyeri dapat juga timbul karena distorsi mekanis ujung-ujung saraf misalnya karena meningkatnya tekanan di dinding viskus/organ (Lumbartobing, 2001).

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain : lingkungan, umur, kelelahan, riwayat nyeri sebelumnya, mekanisme pemecahan masalah pribadi, kepercayaan, budaya dan tersedianya orang-orang yang memberi dukungan (Prihardjo, 2006).

Penyebab utama penyakit nyeri sendi masih belum diketahui secara pasti. Biasanya merupakan kombinasi dari faktor genetik, lingkungan, hormonal dan faktor sistem reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus. Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab nyeri sendi yaitu:

1. Mekanisme imunitas.

Penderita nyeri sendi mempunyai auto anti body di dalam serumnya yang di kenal sebagai faktor rematoid anti bodynya adalah suatu faktor antigama globulin (IgM) yang bereaksi terhadap perubahan IgG titer yang lebih besar 1:100, Biasanya di kaitkan dengan vaskulitis dan prognosis yang buruk.

2. Faktor metabolik.

Faktor metabolik dalam tubuh erat hubungannya dengan proses autoimun.

3. Faktor genetik dan faktor pemicu lingkungan.

Penyakit nyeri sendi terdapat kaitannya dengan pertanda genetik. Juga dengan masalah lingkungan, Persoalan perumahan dan penataan yang buruk dan lembab juga memicu pennisyebab nyeri sendi.

4. Faktor usia.

Degenerasi dari organ tubuh menyebabkan usia lanjut rentan terhadap penyakit baik yang bersifat akut maupun kronik (Brunner & Sudarth, 2002).

2.2.4 Patofisiologi

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfeksi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan / inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E₂, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosisepto. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain. Perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (Bahrudin, 2018).

2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam menghadapi klien yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik.

a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan dalam mengungkapkan nyeri yang dialami, takut akan tindakan keperawatan yang harus di terima nantinya (Potter & Perry, 2006).

Pada pasien lansia, perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, Nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gangguan abdomen. Sebagai lansia terkadang pasrah terhadap hal yang dirasakan, menganggap bahwa hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari (Nugroho, 2010).

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri. Pada manusia lebih kompleks, dipengaruhi oleh personal, sosial, budaya dan lain-lain (Nugroho, 2010).

c. Budaya

Petugas kesehatan seringkali berasumsi bahwa cara yang dilakukan dan hal yang diyakini adalah sama dengan cara dan keyakinan orang lain. Dengan demikian, mencoba mengira klien akan berespon terhadap nyeri. Misalnya, apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu ketidakmampuan untuk mentoleransi nyeri, Akibatnya pemberian terapi mungkin tidak cocok untuk klien. Seorang klien yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mengharapakan perawat melakukan intervensi (Potter & Perry, 2006).

Mengenali nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang dan memahami nilai-nilai ini berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien

berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien (Smeltzer & Bare, 2003).

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stress praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif. Namun, ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Smeltzer & Bare, 2003).

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu

mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghindari nyeri (Potter & Perry, 2006).

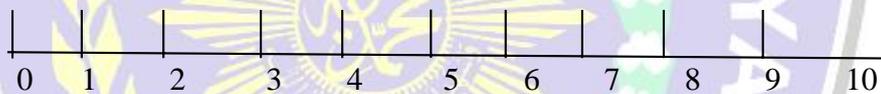
2.2.6 Skala Nyeri

1. Skala Nyeri Deskriptif



Gambar 2.1 Intensitas Nyeri Deskriptif

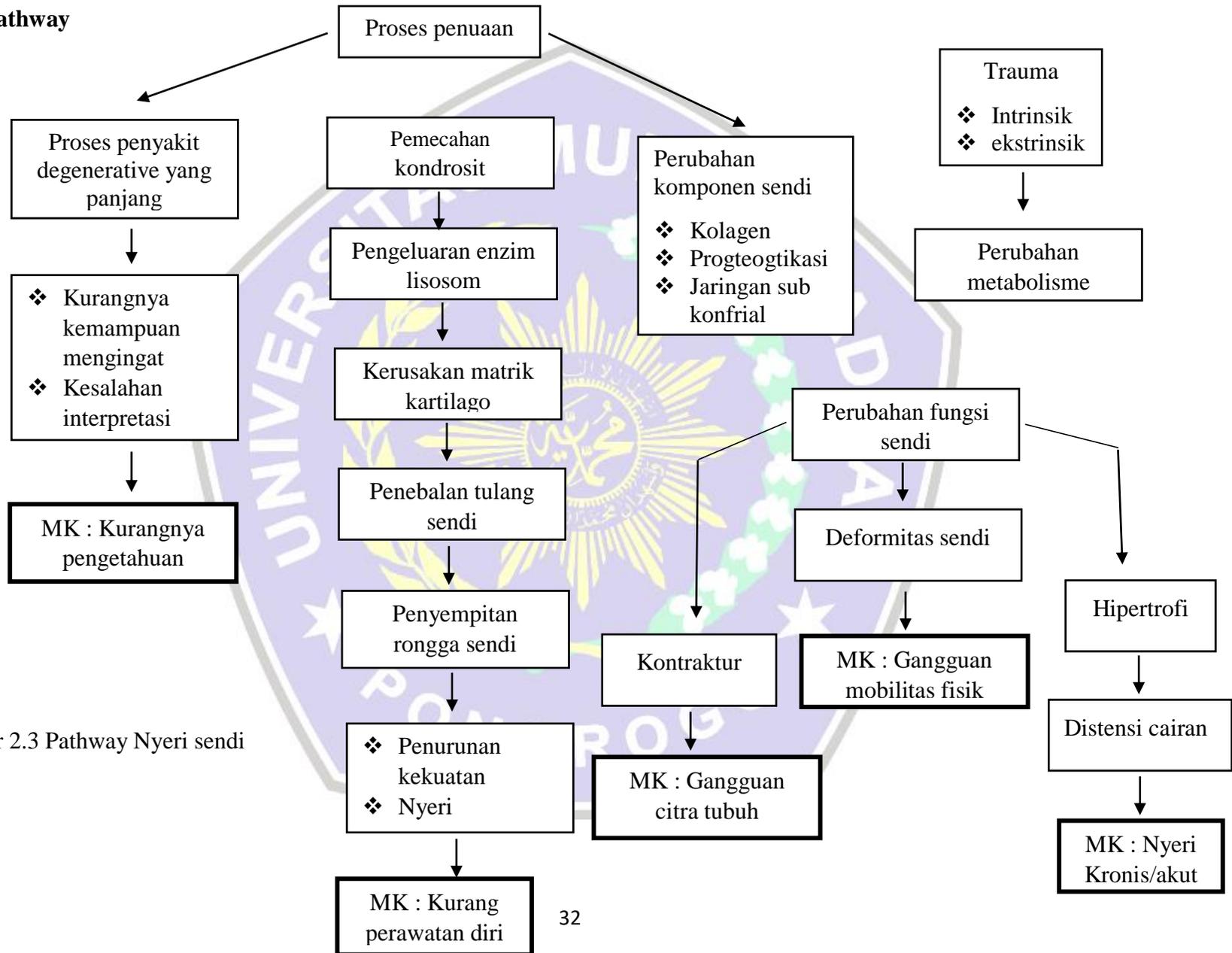
2. Skala Identitas Nyeri Numerik (NRS)



Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan
- 4-6 : nyeri sedang
- 7-9 : nyeri berat
- 10 : nyeri tertahankan

2.2.7 Pathway



Gambar 2.3 Pathway Nyeri sendi

2.2.8 Penatalaksanaan Nyeri

Pengurangan nyeri merupakan kebutuhan dasar dan hak dari semua orang. Penatalaksanaan nyeri yang efektif membutuhkan profesional kesehatan yang mau mencoba berbagai intervensi untuk memperoleh hasil yang optimal. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan cara:

1. Distraksi

Teknik distraksi adalah teknik yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri. Teknik distraksi yang dapat dilakukan adalah

- a. Melakukan hal yang sangat disukai, seperti membaca buku, melukis, menggambar dan sebagainya dengan tidak meningkatkan stimulasi pada bagian tubuh yang dirasa nyeri.
- b. Melakukan kompres hangat pada bagian yang dirasakan nyeri
- c. Bernafas lembut dan berirama secara teratur
- d. Menyanyi berirama dan menghitung ketukannya
- e. Terapi music

Terapi musik adalah proses interpersonal yang digunakan untuk mengurangi keadaan fisik, emosional, mental, estetik dan spiritual untuk membantu klien meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya. Terapi musik digunakan oleh individu dari bermacam rentang usia dan dengan beragam kondisi ; gangguan kejiwaan, masalah kesehatan, kecacatan fisik, kerusakan sensorik, gangguan perkembangan, penyalahgunaan zat, masalah interpersonal dan penuaan. Terapi ini juga digunakan untuk mendukung proses pembelajaran, membangun rasa percaya diri, mengurangi stress, mendukung latihan fisik dan

memfasilitasi berbagai macam aktivitas yang berkaitan dengan kesehatan.

2. *Massage* atau pijatan

Massage atau pijatan merupakan manipulasi yang dilakukan pada jaringan lunak yang bertujuan untuk mengatasi masalah fisik, fungsional atau terkadang psikologi. Pijatan dilakukan dengan penekanan terhadap jaringan lunak baik secara terstruktur ataupun tidak, gerakan-gerakan atau getaran, dilakukan menggunakan bantuan media ataupun tidak.

3. *Guided Imagery*

Suatu upaya yang dilakukan untuk mengalihkan persepsi rasa nyeri dengan mendorong pasien untuk menghayal dengan bimbingan.

4. Relaksasi

Teknik relaksasi didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk di kursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat dan lingkungan yang tenang. Teknik relaksasi banyak jenisnya, salah satunya adalah relaksasi autogenic. Relaksasi ini mudah dilakukan dan tidak berisiko.

2.3 Asuhan keperawatan Nyeri Sendi

2.3.1 Pengkajian

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komperhensif atau menyeluruh, sistematias yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-maslah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.tujuan dari pengkajian adalah untuk mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien, serta hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan (Dinarti, 2017).

1. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal masuk panti, nomor register, dan diagnose medis.

2. Keluhan utama

Pada umumnya klien merasakan nyeri yang luar biasa pada lutut dan sendi jari-jari kaki.

3. Riwayat penyakit sekarang

Uraian mengenai penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah

memeriksa diri ditempat lain serta pengobatan yang telah diberikan dan bagaimana perubahannya. Pada penderita biasanya mengeluh nyeri pada ekstremitas maka dilakukan pengkajian PQRST dan pengukuran skala nyeri. Pengkajian PQRST meliputi :

- a. *Provoking incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi factor penyebab nyeri sendi,apakah nyeri sendi berkurang apabila istirahat?
- b. *Quality of pain*: seperti apa nyeri sendi yang dirasakan atau digambarkan klien. Sifat keluhan, dalam hal ini perlu ditanyakan kepada klien apa maksud dari keluhan-keluhannya. Apakah nyeri sendi seperti panas, tertusuk-tusuk, terjepit ?
- c. *Region*: di bagian sendi mana yang dirasakan nyeri sendi? Harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien.
- d. *Severity (scala) of pain*: seberapa jauh nyeri sendi yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri sesuai, klien menerangkan seberapa jauh nyeri sendi mempengaruhi aktivitas sehari-hari.
- e. *Time*: berapa lama rasa nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari. Sifat mula timbulnya, tentukan apakah gejala timbul mendadak, perlahan- lahan atau seketika itu juga. Tanyakan apakah gejala secara terus menerus atau hilang timbul (intermiten). Tanyakan apa yang sedang dilakukan klien pada waktu gejala timbul. Lama timbulnya (durasi), tentukan kapan gejala tersebut pertama kali dirasakan, misalnya tanyakan kepada klien apa yang pertama kali dirasakan sebagai “tidak bisa”

atau “tidak enak”. Tanyakan apakah klien pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya.

4. Masalah kesehatan kronis lansia

Lansia diajarkan dan diminta untuk mengisi format pengkajian masalah kesehatan kronis untuk mengetahui riwayat kesehatan kronis pasien. Pada pengkajian ini instrument yang digunakan adalah pengkajian masalah kesehatan kronis. (format terlampir hal, 78)

5. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya, riwayat pekerjaan yang berhubungan dengan riwayat penyakit musculoskeletal, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

6. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah didalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik

7. Riwayat Psiko-Sosio-Spiritual

- a. Psikologi : biasanya mengalami peningkatan stress
- b. Sosial : cenderung menarik diri dari lingkungan
- c. Spiritual : kaji agama terlebih dahulu, dan bagaimana cara pasien menjalankan ibadah menurut agamanya

8. Pemenuhan Kebutuhan Nutrusi

a. Kebutuhan Nutrusi

- 1) Makan : Biasanya lansia yg mengalami nyeri sendi dipicu karena adanya obesitas dan tingginya kadar kolesterol. Kaji frekuensi, jenis, komposisi (pantangan makanan kaya protein)
- 2) Minum : Kaji frekuensi, jenis (pantangan alkohol)

b. Kebutuhan Eliminasi

- 1) BAK : Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, disuria urin, distensi kandung kemih (warna, bau, dan kebersihannya).
- 2) BAB : Konstipasi feses (frekuensi, jumlah, warna, bau).

c. Kebutuhan aktivitas

Biasanya klien kurang atau tidak dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari secara mandiri akibat nyeridan pembengkakan.

9. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Klien lansia yang mengalami gangguan musculoskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, adakah gangguan penyakit karena obesitas atau malnutrisi.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis dan apatis.

c. Tanda-tanda vital

- 1) Suhu meningkat ($\geq 37^{\circ}\text{C}$)

- 2) Nadi meningkat
 - 3) Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal
 - 4) Pernapasan biasanya normal atau terjadi peningkatan
- d. Pemeriksaan *head to toe*
- 1) Pemeriksaan kepala dan muka

Umumnya lansia penderita nyeri sendi tidak terdapat keluhan selian itu dalam pemeriksaan ini tercantum kebersihan dan kerontokan rambut.

2) Mata

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu pemeriksaan konjungtiva, sklera, strabismus, penglihatan, peradangan, katarak, dan penggunaan kacamata. Umumnya tidak ada gangguan.

3) Hidung

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi bentuk hidung, peradangan dan penciuman. Umumnya tidak terdapat gangguan.

4) Mulut, Tenggotokan, Telinga

Terdapat kebersihan mukosa bibir, peradangan/stomatitis, gigi, radang gusi, kesulitan mengunyah, pendengaran. Umumnya tidak terdapat gangguan, namun pada lansia biasanya terdapat penurunan pendengaran.

5) Leher

Pemeriksaan kelenjar thyroid, JVD, dan kaku kuduk. Umumnya semua normal tidak ada gangguan.

6) Dada

Pemeriksaan yang dilakukan pemeriksaan bentuk dada, retraksi, suara nafas, suara tambahan, suara jantung tambahan, ictus cordis, dan keluhan yang dirasakan. Umumnya tidak terdapat gangguan.

7) Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, nyeri tekan, kembung, supel, bising usus, massa keluhan yang dirasakan, umumnya tidak terdapat gangguan.

8) Genetalia

Pemeriksaan kebersihan emoroid, hernia, dan keluhan yang dirasakan. Umumnya tidak terdapat gangguan.

9) Ekstremitas

Pemeriksaan kekuatan otot (skala 1-5)

- a) Lumpuh
- b) Ada kontraksi
- c) Melawan gravitasi dengan sokongan
- d) Melawan gravitasi tetapi tidak ada tahanan
- e) Melawan gravitasi dengan tahan sedikit
- f) Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

Biasanya lansia penderita nyeri sendi akan mengalami kelemahan otot karena terdapat nyeri pada persendian, selain itu bisa juga terdapat pembengkakan pada persendian seperti pada jari kaki/tangan.

10) Integument

Biasanya terdapat luka atau edema pada bagian yang terserang dengan warna kulit yang kemerahan.

e. Pola fungsi kesehatan

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri pada persendian, ketidakmampuan mobilisasi, dan kurangnya pengetahuan mengenai diet untuk mencegah terjadinya serangan ulang.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

2) Pola nutrisi

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

3) Pola eliminasi

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

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur insomnia.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi irama, dan kedalaman pernafasan. Pada pengkajian ini instrument yang digunakan adalah pengkajian kemandirian dalam aktivitas, pengkajian keseimbangan, dan pengkajian indeks Barthel. (format terlampir di hal, 80, 81 dan 89)

6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Pada pengkajian ini instrument yang digunakan adalah pengkajian APGAR lansia. (format terlampir di hal, 87)

7) Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori data kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pada pengkajian ini instrument yang digunakan adalah pengkajian untuk fungsi intelektual lansia *Short Portable Mental status Quesionare* (SPMSQ) dan pengkajian penilaian aspek kognitif dari fungsi mental lansia *Mini-Mental State Exam* (MMSE). (format terlampir di hal, 83 dan 88)

8) Pola presepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran

diri, harga diri, peran identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio- psiko-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pada pengkajian ini instrument yang digunakan adalah pengkajian tingkat depresi *Inventaris Depresi Beck*. (format terlampir di hal, 84)

9) Pola seksualitas dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas.

10) Pola mekanisme penanganan stress dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spiritual.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (sendi)
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan ketidaknyamanan, kerusakan neuromuscular, kehilangan integritas struktur tulang , kekakuan sendi atau kontraktur.
3. defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

2.3.3 Rencana Keperawatan

2.1 Tabel Intervensi keperawatan nyeri kronis

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (sendi)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi musculoskeletal kronis 2. Kerusakan sistem syaraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor 6. Gangguan imunitas 7. Gangguan fungsi metabolik 8. Riwayat posisi kerja statis 	<p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol gejala 2. Kontrol nyeri 3. Mobilitas fisik 4. Status kenyamanan 5. Tingkat agitasi 6. Tingkat ansietas 7. Tingkat depresi <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaforesis menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) menurun 	<p>Managemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi nyeri non verbal. 4. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri. 5. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri(misal : kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| 9. Peningkatan indeks masa tubuh | 10. Perasaan takut mengalami cidera berulang menurun | 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri |
| 10. Kondisi pasca trauma | 11. Anoreksia menurun | 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri |
| 11. Tekanan emosional | 12. Perineum terasa tertekan menurun | 4. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri |
| 12. Riwayat penganiayaan | 13. Uterus teraba membulat menurun | Kolaborasi : |
| 13. Riwayat penyalahgunaan obat | | 1. Kolaborasi pemberian Analgetik, jika perlu |

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

1. Mengeluh nyeri
2. Merasa depresi (tertekan)

Objektif

1. Tampak meringis
2. Gelisah
3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

1. Merasa takut mengalami cidera berulang

Objektif :

1. Bersikap protektif (misal : posisi menghindari nyeri)
2. Waspada
3. Pola tidur berubah
4. Anoreksia
5. Fokus menyempit
6. Berfokus pada diri sendiri

10. Perasaan takut mengalami cidera berulang menurun
11. Anoreksia menurun
12. Perineum terasa tertekan menurun
13. Uterus teraba membulat menurun
14. Ketegangan otot menurun
15. Pupil dilatasi
16. Muntah menurun
17. Mual menurun
18. Frekuensi nadi membaik
19. Pola napas membaik
20. Tekanan darah membaik
21. Proses berpikir membaik
22. Focus membaik
23. Fungsi berkemih membaik
24. Perilaku membaik
25. Nafsu makan membaik
26. Pola tidur membaik

Kondisi Klinis Terkait:

1. Kondisi kronis (misal :

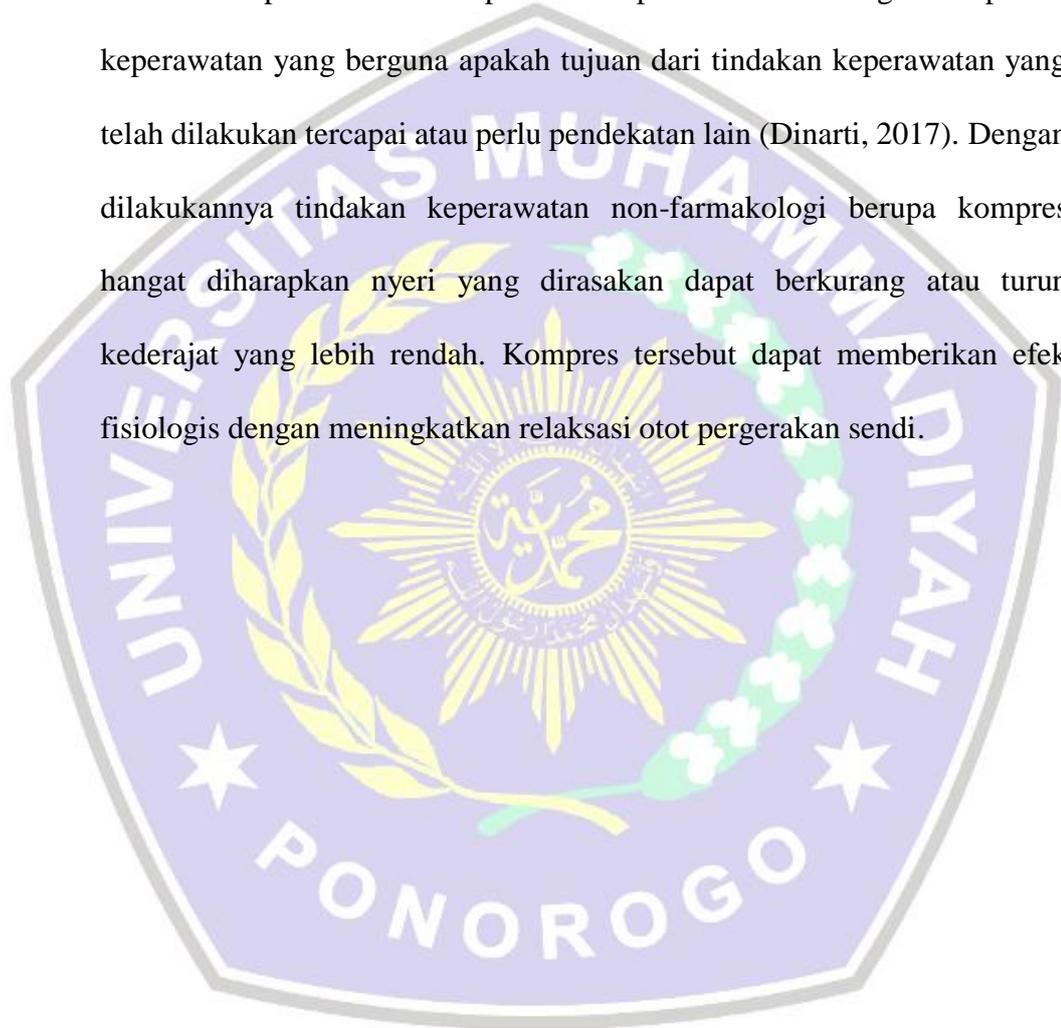
-
- Reumathoid
Arthritis)
 2. Infeksi
 3. Cedera medula
spinalis
 4. Kondisi pasca
trauma
 5. Tumor
-

2.3.4 Tindakan Keperawatan

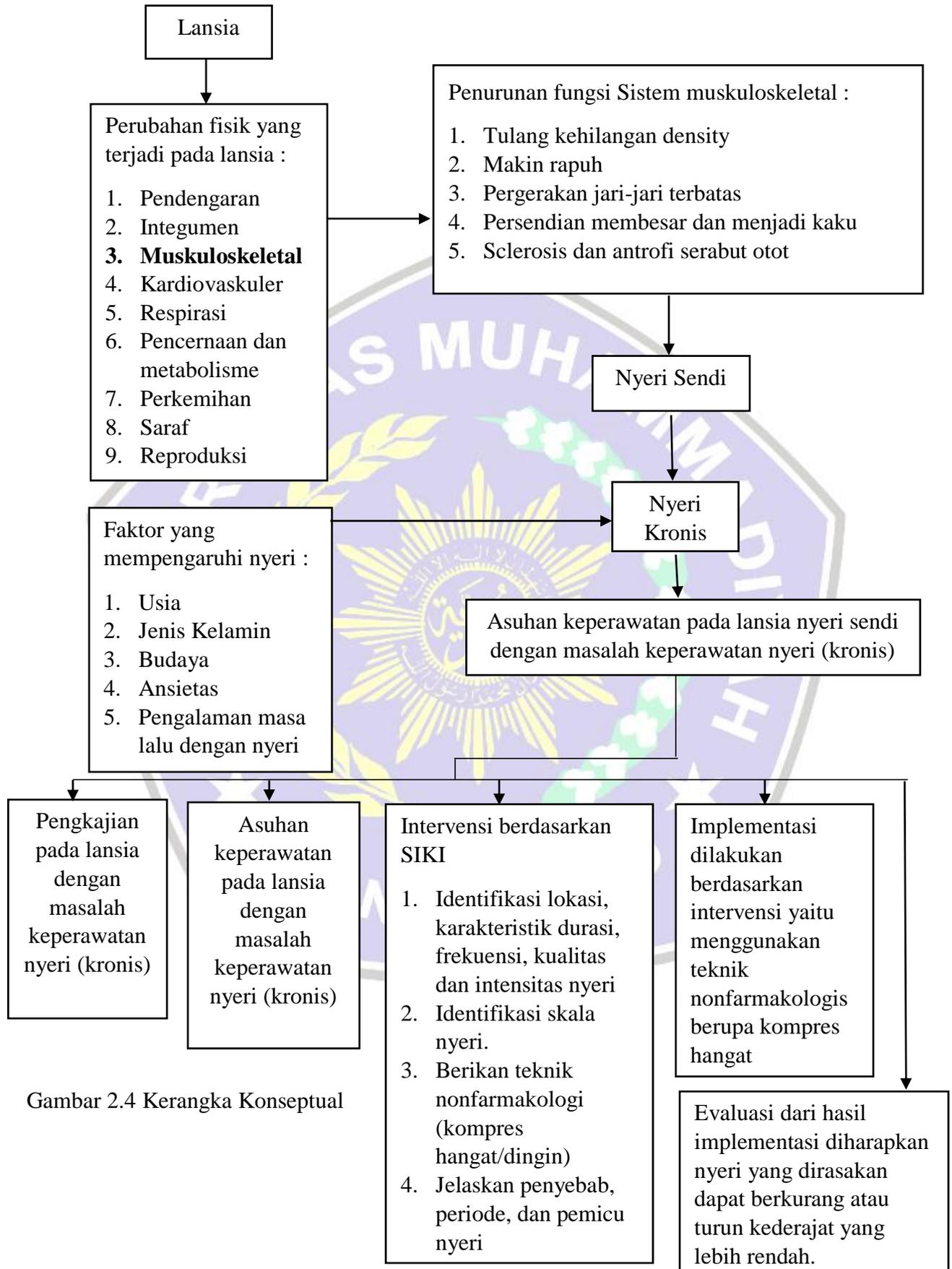
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti, 2017). Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau turun kederajat yang lebih rendah. Tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah menggunakan teknik non-farmakologi yaitu dengan kompres hangat. 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.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti, 2017). Dengan dilakukannya tindakan keperawatan non-farmakologi berupa kompres hangat diharapkan nyeri yang dirasakan dapat berkurang atau turun kederajat yang lebih rendah. Kompres tersebut dapat memberikan efek fisiologis dengan meningkatkan relaksasi otot pergerakan sendi.



2.3.6 Hubungan Konseptual



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual