

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Pengertian lanjut usia menurut Azizah tahun 2011 merupakan tahapan dari proses kehidupan yang dijalani oleh semua orang yang bisa mendatangkan sebuah penurunan kemampuan tubuh dalam beradaptasi dengan lingkungan yang membuat stres (Kusambarwati, 2019). Depkes (2013) membagi tahapan umur dari lansia, yaitu

1. Seseorang dengan umur 45-59 tahun masuk dalam kategori pra lansia atau usia lanjut dini
2. Seseorang dengan umur 60 tahun keatas masuk dalam kategori tua
3. Seseorang dengan umur 70 tahun keatas masuk dalam kategori lansia tua dengan status resiko tinggi (Rachmasari, 2021).

Ratnawati (2017) mendeskripsikan bahwa lansia adalah seseorang yang umurnya sudah 60 tahun bahkan lebih yang sudah mengalami banyak kemunduran baik fisik maupun mental dan sudah tidak berdaya dalam dalam memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Putri et al., 2021).

2.1.2 Ciri-ciri Lansia

Soejono (2000) menjelaskan bahwa tahapan lansia adalah seorang individu tersebut akan mengalami banyak kemunduran baik fisik maupun mental serta kemunduran fungsi dari berbagai organ tubuhnya yang pernah dimiliki

sebelumnya. Perubahan fisik yang terjadi adalah rambut yang mulai berwarna putih, terdapat kerutan diwajah, kulit yang mengendor, pendengaran yang mulai berkurang, gigi mulai goyang, otot-otot mulai merenggang, penurunan dari fungsi ginjal dan yang paling penting adalah daya tahan tubuh akan mengalami penurunan sehingga lansia rentan terkena berbagai penyakit, infeksi, maupun virus yang memaparnya (Amalia et al., 2021).

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia dibagi menjadi beberapa fase berikut ini adalah klasifikasi lansia yang dikemukakan oleh Burnside yang dikutip oleh Nugroho (2012), yaitu :

1. *Young old* atau tua muda antara umur 60 tahun sampai dengan 69 tahun
2. *Middle age old* yaitu antara umur 70 tahun sampai dengan 79 tahun
3. *Old* yaitu lansia dengan umur 80 tahun sampai dengan 89 tahun
4. *Very old* atau sangat tua yaitu lansia dengan umur 90 tahun dan seterusnya

(Putri et al., 2021)

2. 2 Konsep Penyakit Gouth Arthritis

2.2.1 Definisi

Gout arthritis atau asam urat merupakan penyakit yang menyerang sendi akibat dari tingginya zat purin yang menumpuk dalam darah, penumpukan tersebut berdampak pada sendi yang membuat menjadi nyeri dan meradang (Okayanti, 2021). Perempuan yang sudah menopause beresiko tinggi mengalami asam urat serta pada laki-laki yang sudah berusia lanjut usia. Normalnya kadar asam urat pada laki-laki adalah tidak lebih dari 7 mg/dL sedangkan pada

perempuan tidak melebihi dari 6 mg/dL (Rachmasari, 2021). Gouth arthritis adalah penyakit metabolisme yang menyerang sendi akibat dari tingginya asam urat dalam darah, hal ini menyebabkan terjadinya penumpukan zat purin dalam persendiaan serta organ lainnya. Pada kasus yang sudah sangat parah dapat mengakibatkan sulit berjalan, kerusakan sendi, juga kecacatan (Nabila Djakia et al., 2018).

2.2.2 Etiologi

Penyebab dari gouth arthritis dibagi menjadi dua, yaitu primer dan sekunder:

Primer :

- a) Metabolisme dari tubuh
- b) Genetik
- c) Gangguan hormon
- d) Gangguan ginjal

Sekunder :

Konsumsi makanan yang mengandung zat purin dapat menyebabkan zat purin menjadi meningkat akibatnya dapat terjadi penumpukan dan tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal dan terjadi pengkristalan di persendiaan (Rohmantika, 2022).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Gouth arthritis adalah penyakit metabolik yang apabila tidak diobati dapat mengakibatkan komplikasi yang mempengaruhi fungsi tubuh berikut

pengklasifikasiannya menurut Price dan Wilson yang dikutip oleh Nurafif dan Kusuma pada tahun 2016:

- a. Pada stadium pertama yaitu hiperurisemia asimtomatik terjadinya peningkatan asam urat tanpa disertai gejala apapun, dalam fase ini zat purin menumpuk pada sendi dan terjadi pengkristalan.
- b. Stadium kedua yaitu awal mulai terasa gejalanya seperti terjadi pembengkakan dan nyeri sehingga mengakibatkan mobilitas fisik penderita menjadi terganggu.
- c. Stadium ketiga yaitu fase interkritis atau serangan gouth akut adalah fase dimana terjadinya kekambuhan penyakit jika tidak diobati. Kekambuhan ini terjadi pada waktu yang lama yaitu satu tahunan.
- d. Stadium keempat yaitu tahapan dimana gouth menjadi kronik pada fase ini zat purin yang terus menumpuk tanpa adanya pengobatan akan mengakibatkan memburuknya keadaan sendi seperti kekauan pada sendi (Risky Novanto, 2020).

2.2.3 Patofisiologi

Penyakit gouth arthritis ini timbul karena adanya beberapa faktor resiko seperti adanya faktor genetik yaitu metabolisme asam urat bawaan, makanan dengan zat purin yang tinggi, jenis kelamin, obesitas, gouth primer dan sekunder. Hal-hal tersebut menyebabkan asam urat meningkat dan ekskresi asam urat turun yang menyebabkan tertumpuknya kadar asam urat dalam darah. Kristal dalam persendian tersebut akan menghasilkan kemoatraktan dan terjadi inflamasi. Pada persendian terdapat sel neutrofil dan makrofag kemudian sel tersebut masuk

dalam tubuh dan mengkristal terjadilah pelepasan enzim lisosom, prostaglandin, dan leukotrin yang menyebabkan peradangan pada sendi (Sa'diya et al., 2021).

2.2.4 Komplikasi

Komplikasi dari gouth arthritis adalah fraktur sendi, batu ginjal serta menyebabkan infeksi sekunder. Pada proses inflamasi akut dan kronis protein yang berperan adalah sitokin, kemokin dan rotease serta oksidan dalam hal ini jika terdapat dalam tubuh secara berlebihan dapat menyebabkan tulang menjadi erosi karena aktifnya kondrosit melalui kristal monosodium urat yang dapat mengeluarkan interleukin negative 1, sintesis mitric oxide dan matrix metaproteinase terangsang dan menyebabkan kontruksi kartilago. Osteoblast diaktifasi oleh kristal monosodium urat dan keluarnya sitosin yang menurunkan fungsi anabolik yang berperan dalam rusaknya juxta articular tulang (Annisa et al., 2022).

2.2.6 Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan terdapat dua, yaitu :

1. Farmakologis
 - a. Nonsteroid Anti - Inflammatory (NSAID) adalah terapi yang sangat efektif untuk penderita gouth arthritis akut. Dosisnya diberikan secara full pada 24-48 jam sampai nyeri hilang. Pada serangan gouth arthritis akut dosis yang diberikan adalah 75-100 mg/hr. Kemudian diturunkan diturunkan saat gejala sudah mulai reda atau sekitar 5 harian. Berikut ini adalah dosis NSAID yang biasanya digunakan :

- Naproxen : dosis awal 750 mg diturunkan menjadi 250 mg 3 kali/hari
- Piroxicam : dosis awal 40 mg diturunkan menjadi 10-20 mg/hari
- Diclofenac : dosis awal 100 mg diturunkan menjadi 50 mg 3 kali/hari (Lailia, 2021).

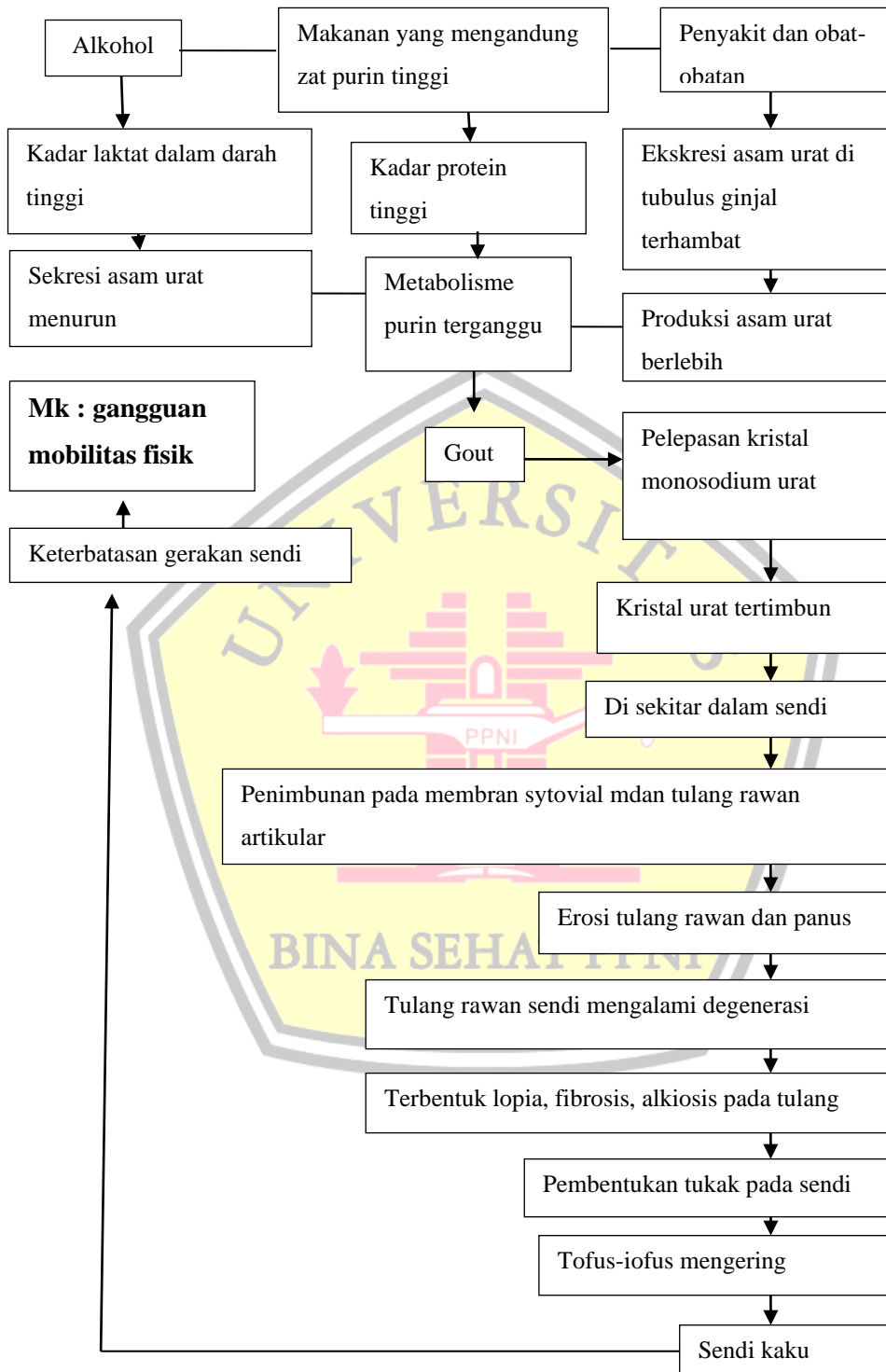
b. Alpurinol adalah obat untuk menekan serta kontrol dari serangan asam urat

c. Uricosuric merupakan obat untuk menghambat akumulasi asam urat dan dapat meningkatkan ekskresi asam urat (Annisa et al., 2022).

2. Non – Farmakologis

Yang bisa dilakukan dengan penurunan berat badan, istirahat cukup selama sehari, serta kompres hangat pada daerah yang mengalami pembekakan (Lailia, 2021). Membatatasi konsumsi makanan dengan kadar purin yang tinggi seperti jeroan, selain itu dengan banyak konsumsi karbohidrat dapat meningkatkan pengeluaran asam urat melalui urin misalnya mengonsumsi nasi, roti, serta ubi-ubian (Annisa et al., 2022).

2.2.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gouth Arthritis Sumber :(Milyati et al., 2021)

2.3 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.3.1 Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik adalah dimana kondisi seseorang mengalami keterbatasan aktivitas secara bebas yang mengganggu kegiatan sehari-hari (Milyati et al., 2021). Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) gangguan mobilitas fisik adalah suatu kondisi dimana individu mengalami serta beresiko terjadinya keterbatasan gerakan fisik (Fitriani et al., 2022).

2.3.2 Etiologi

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik adalah adanya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme tubuh, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskulokeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kecemasan, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, serta gangguan sensori persepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.3 Gejala dan Tanda

Tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

a. Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan tanda mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik adalah mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, sedangkan yang objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Gejala dan Tanda Minor

Gejala dan tanda minor subjektif adalah nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak sedangkan objektifnya adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Selain itu juga pergerakan ekstermitas dapat meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, keterbatasan gerak menurun, kelemahan fisik menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun.

2.3.4 Standar Luaran Gangguan Mobilitas Fisik

a) Luaran Utama

Mobilitas Fisik

b) Luaran Tambahan

1. Berat Badan

2. Fungsi Sensori

3. Keseimbangan
4. Konsevasi Energi
5. Koordinasi Pergerakan
6. Motivasi
7. Pergerakan Sendi
8. Status Neurologis
9. Status Nutrisi
10. Toleransi Aktivitas

2.3.5 Jenis Rentang Gerak (ROM)

- a. ROM aktif adalah latihan yang dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa bantuan dari perawat. Indikasi pada ROM aktif ini adalah pasien yang kooperatif yang dirawat dan dapat dapat melakukan ROM sendiri (Juniarsih & Andriyanto, 2022). Cara melakukan ROM aktif :
 1. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan dan tujuan dari kegiatan tersebut.
 2. Anjurkan bernafas normal pada saat pasien melakukan latihan.
- b. ROM pasif merupakan latihan yang dilakukan dengan bantuan dari perawat untuk setiap gerakan pasien. Indikasi latihan ROM pasif adalah pasien semi koma dan tidak sadar, pasien tirah baring total,serta pasien dengan paralisis ekstermitas total (Juniarsih & Andriyanto, 2022).

Cara melakukan ROM pasif :

1. Memberi pengetahuan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan serta area mana saja yang akan digerakkan
2. Jaga privasi pasien
3. Atur pakaian pasien yang menjasi hambatan
4. Selimut dapat diangkat apabila diperlukan
5. Anjurkan agar pasien dapat berbaring dengan posisi yang nyaman
6. Lakukan latihan ROM

2.3.6 Macam – Macam Gerakan *Range Of Motion* (ROM) atau Rentang Gerak

Berikut adalah macam – macam gerakan ROM :

1. Fleksi merupakan berkurangnya sudut persendian
2. Ekstensi adalah penambahan dari sudut persendian
3. Hiperekstensi adalah penambahan sudut persendian lebih lanjut
4. Abduksi adalah gerakan menjauh dari garis tengah tubuh
5. Adduksi adalah gerakan mendekati garis tengah tubuh
6. Rotasi adalah gerakan yang memutari pusat tulang
7. Eversi adalah memutarnya bagian telapak kaki ke bagian luar yang bergerak membentuk sudut persendian

8. Inversi adalah memutarnya bagian telapak kaki ke bagian dalam yang bergerak membentuk sudut persendian
9. Pronasi adalah pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah
10. Supinasi adalah pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak keatas
11. Oposisi merupakan gerakan dimana ibu jari bersentuhan dengan jari-jari tangan pada tangan yang sama

2.3.7 Cara Melatih ROM Rentang Gerak

Fleksi dan Ekstensi Lutut :

- a. Atur posisi klien tidur telentang
- b. Posisi kaki kanan pasien lurus, tangan kiri perawat diletakkan dibawah lutut pasien sedangkan tangan kanan dibawah tumit pasien
- c. Kaki kanan pasien diangkat setinggi 8 cm oleh perawat kemudian lutut ditekek kearah dada
- d. Lakukan gerakan ekstensi lutut untuk kembali ke posisi semula. Perawat menurunkan kaki pasien ke bawah arah tempat tidur dan luruskan lutut
- e. Ulangi gerakan diatas untuk masing-masing kaki kanan dan kiri

2.3.8 Pengukuran Kekuatan Otot

Pengukuran kekuatan otot dipakai untuk melihat kontrakksi dari otot apakah ada kemajuan yang didapatkan setelah dilakukannya perawatan juga apakah ada perburukan dari penderita (Juniarsih & Andriyanto, 2022). Berikut adalah nilai dari kekuatan otot :

- a. Nilai 5 : kekuatan otot normal
- b. Nilai 4 : dapat menggerakkan sendi dan mampu menahan berat, dapat melawan tahanan ringan dari pemeriksa
- c. Nilai 3 : dapat menggerakkan ekstermitas, mampu menahan berat, namun tidak dapat melawan tekanan dari pemeriksa
- d. Nilai 2 : dapat menggerakkan ekstermitas, tidak mampu menahan berat, serta tidak dapat melawan tekanan pemeriksa
- e. Nilai 1 : tidak ada gerakan ekstermitas, terlihat atau teraba getaran kontraksi otot
- f. Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot sama sekali

2.3.9 Intervensi

Gangguan Mobilitas Fisik Intervensi keperawatan Dukungan Mobilisasi (1.05173) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) sebagai berikut:

A. Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

B. Tindakan

1). Observasi

- a). Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b). Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c). Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

2). Terapeutik

- a). Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur, tongkat bila perlu)
- b). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan sendi

3). Edukasi

- a). Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke

kursi)

4). Kolaborasi

a). Laboratorium kadar asam urat

b). Pemberian obat anti purin : alpurinol

2.3.10 Evaluasi

Evaluasi Gangguan Mobilitas Fisik berdasarkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) adalah :

1. Pergerakan ekstermitas klien meningkat
2. Kekuatan otot klien meningkat
3. Rentang gerak (ROM) klien meningkat
4. Keluhan nyeri klien menurun
5. Kecemasan klien menurun
6. Kekakuan sendi klien menurun
7. Kelemahan fisik klien menurun

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Format pengkajian berisi nama pasien, umur pasien, agama pasien, suku bangsa pasien, status perkawinan, pendidikan dari pasien serta tanggal

masuk rumah sakit. Format pengkajian dalam asuhan keperawatan ini menggunakan model teori dari Carol A Miller. Berikut formatnya :

a. Identitas Klien

Berisi nama klien hanya inisial, umur, agama, alamat, pendidikan, serta tanggal masuk puskesmas.

b. Data Keluarga

Berisi tentang nama keluarga hanya inisial, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat, pendidikan, dan nomor telephone.

2.4.2 Status Kesehatan Sekarang

1. Keluhan utama

Pada pasien dengan gouth arthritis yang dikeluhkan adalah sulit dalam menggerakkan ekstermitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik biasanya akibat dari rasa nyeri yang dirasakan bila melakukan pergerakan.klien juga merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, otot mengalami kelemahan, cemas, dan juga gelisah akibat dari kondisinya.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pada tahap pengkajian ini yang perlu ditanyakan adalah apakah klien pernah menderita riwayat penyakit tersebut.

4. Riwayat alergi

Mengkaji apakah klien mempunyai alergi makanan maupun obat-obatan yang berakibat pada kekebalan tubuh klien.

5. Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan

Pengetahuan klien ataupun keluarga yang dilakukan untuk untuk meredakan keluhan baik obat-obatan maupun terapi yang dilakukan.

6. Obat-obatan

Obat-obatan yang digunakan klien untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik akibat gouth arthritis.

2.4.3 Fungsi Fisiologis

a. Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

Pada proses pengisian format ini hanya memberikan tanda centang pada pilihan YA atau TIDAK beserta penjelasan dibawahnya.

1) Kondisi Umum

a. Kelelahan

Kondisi klien dimana mengalami penurunan dalam melakukan aktivitas, kondisi klinisnya terlihat lemah, pucat, letih, dan lesu.

b. Perubahan Berat Badan

Mengkaji apakah klien mengalami penurunan berat badan atau kenaikan berat badan saat sakit maupun sebelum sakit.

c. Perubahan Nafsu Makan

Mengkaji apakah klien mengalami penurunan nafsu makan atau peningkatan nafsu makan sebelum sakit maupun saat sakit.

d. Masalah Tidur

Adanya perubahan jam, kualitas, serta jumlah tidur akibat sakit yang diderita. Dimana kebutuhan tidur pada individu adalah 7-8 jam/hari.

e. Kemampuan ADL

Kemampuan untuk aktivitas sehari-hari apakah klien membutuhkan bantuan atau melakukannya dengan mandiri.

2) Muskuloskeletal

a. Nyeri Sendi

Klien dengan gouth arthritis akan mengalami nyeri sendi, sehingga menyebabkan adanya gangguan mobilitas fisik.

b. Bengkak

Kaji apakah pada ekstermitas klien terjadi pembengkakan. Pada klien dengan gouth arthritis akan terjadi pembengkakan pada sendi.

c. Kaku Sendi

Kondisi dimana sendi sulit untuk digerakkan. Gouth arthritis dapat menyebabkan sendi menjadi kaku

d. Deformitas

Klien dengan gouth arthritis bisa mengalami perubahan bentuk pada kaki. Kaki yang semula bentuknya normal menjadi abnormal.

e. Spasme

Otot berkontraksi tanpa disadari oleh klien. Hal ini dapat menimbulkan nyeri namun akan berlangsung dalam waktu yang pendek.

f. Kram

Otot mengalami kontraksi secara mendadak, hal ini menyebabkan seseorang mengalami kesakitan untuk sementara.

g. Kelemahan Otot

Hal ini sering terjadi pada klien dengan gouth arthritis. Gouth arthritis menyebabkan kekuatan otot berkurang.

h. Masalah Gaya Berjalan

Kondisi dimana adanya kelainan pada gaya berjalan. Hal ini diakibatkan oleh otot yang terjadi masalah, biasanya disebabkan oleh penyakit gouth arthritis.

i. Nyeri Punggung

Hal ini karena zat purin mengkristal pada persendiaan dan dapat meyebar ke tulang belakang.

j. Pola Latihan

Latihan yang dilakukan klien selama sakit, misal senam, olahraga ringan seperti jalan kaki, juga berapa lama kegiatan tersebut dilakukan.

k. Dampak ADL

Menjelaskan pengaruh dari gouth arthritis ini pada kegiatan sehari-hari terutama pada sistem muskuloskeletal.

2.4.4 Potensi Pertumbuhan Psikososial Dan Spiritual

a. Psikososial

1. Cemas

Cemas adalah suatu respon dari tubuh yang berbentuk adaptif akibat dari rasa takut

2. Depresi

Depresi merupakan keadaan dimana seseorang mengalami tekanan yang tidak dapat dikalahkan oleh dirinya sendiri

3. Ketakutan

Persepsi emosi yang menimbulkan persepsi negatif.

4. Insomnia

Keadaan dimana individu sulit mengawali tidurnya

5. Kesulitan Dalam Mengambil Keputusan

Kondisi dimana individu bimbang terhadap solusi permasalahan yang harus diambil

6. Kesulitan Konsentrasi

Kondisi seseorang dimana kesulitan untuk fokus pada suatu tugas

7. Mekanisme Koping

Koping klien dalam penyelesaian masalah yang dihadapi

8. Persepsi Tentang Kematian

Pendapat klien tentang kematian

9. Dampak Pada ADL

Pengaruh keadaan sakit klien dalam kegiatan sosialnya

b. Spiritual

1. Aktivitas Ibadah

Aktivitas yang dilaksanakan klien sehari-hari sesuai kepercayaannya

2. Hambatan

Hambatan klien dalam melaksanakan ibadah sehari-hari

2.4.5 Perilaku

a. Pola Pikir

cara pikir klien dalam kehidupannya

b. Kebiasaan

Kegiatan keseharian klien yang dilakukan berulang-ulang

2.4.6 Lingkungan

a. Kamar

Jumlah kamar yang terdapat pada rumah klien, penataan dalam kamar, cahaya dalam kamar apakah terang, jarak antar kamar, dinding kamar, serta ada tidaknya ventilasi.

b. Kamar Mandi

Jenis bak yang digunakan untuk isi air, wc yang digunakan, lantai, keadaan air, serta penerangannya.

c. Dalam Rumah

Lantai, fasilitas yang digunakan lansia, penataan ruang untuk lansia, serta pencahayaan.

d. Luar Rumah

Pada luar rumah apakah ada tumpuan yang digunakan lansia seperti pagar.

2.4.7 *Negative Functional Consequences*

a) Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

Tabel 2.1 Indeks Barthel (Hajar et al., 2022)

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1.	Makan	5	10	
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5.	Mandi	0	5	
6.	Berjalan dipermukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	
7.	Naik turun tangga	5	10	
8.	Mengenakan pakaian	5	10	
9.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
10.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	

Interpretasi hasil :

0 – 20 : Ketergantungan penuh

21 – 61 : Ketergantungan berat / sangat bergantung

62 – 90 : Ketergantungan moderat

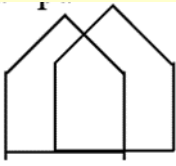
91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

b) Aspek Kognitif

Tabel 2.2 MMSE (Mini Mental Status Exam) (Hajar et al., 2022)

No.	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari : Musim : Bulan : Tanggal :
2.	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? Negara : Panti : Propinsi : Wisma : Kabupaten / Kota :
3.	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2) Meja 3) Ketas
4.	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5.	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)

6.	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut).</p> <p>1).</p> <p>2).</p> <p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “tidak ada, dan, jika, atau tetapi)</p> <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda</p> <p>5). Lipat dua</p> <p>6). Taruh dilantai</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai satu poin).</p> <p>7). “Tutup mata anda”</p> <p>8). Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat dan</p> <p>9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
	Total nilai	30		

Interpretasi hasil :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan

.....

c) Tes Keseimbangan

Tabel 2.3 Tes Keseimbangan

No.	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1.		
2.		
3.		
	Rata- rata Waktu TUG	
	Interpretasi hasil	

Interpretasi hasil :

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut :

>13,5 detik :Resiko tinggi jatuh

>24 detik :Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik :Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

d) Kecemasan, GDS

Pengkajian Depresi

Tabel 2.4 Geriatric Depression Scale (GDS) (Hajar et al., 2022)

No.	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktivitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	

9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
	Jumlah			

Interpretasi :

Jika diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

e) Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia

Tabel 2.5 Nutrisi (Hajar et al., 2022)

No.	Indikator	Score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum-minuman beralkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan-makanan yang keras	2	

6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 kg dalam enam bulan terakhir	2	

Interpretasi :

0-2 : Good

3-5 : Moderate nutritional risk

6> : High nutritional risk

f) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 2.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik (Hajar et al., 2022)

No.	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil

g) Fungsi Sosial Lansia

APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

Alat skrining yang digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

Tabel 2.7 Fungsi Sosial Lansia (Hajar et al., 2022)

No.	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan dengan saya mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	
	Kategori Skor : Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 2 2). Kadang –kadang : skore 1 3). Hampir tidak pernah : skore 0 Interpretasi : < 3 = Disfungsi berat 4-6 = Disfungsi sedang >6 = Fungsi baik	TOTAL	

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif yang diperlukan untuk menalar suatu permasalahan yang didasari oleh ilmu pengetahuan. Kemampuan yang harus dikuasai dalam melakukan analisa data adalah mampu mengkaitkan data serta menghubungkan data sesuai konsep, teori, serta prinsip yang relevan agar dapat menarik simpulan dan dapat menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Annisa et al., 2022). Seseorang dikatakan mengalami *gouth arhritis* apabila mendapatkan hasil analisa data yaitu pada gejala dan tanda mayor subjektifnya klien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, sedangkan untuk objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Untuk gejala dan tanda minor diperoleh data subjektifnya adalah nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan cemas saat bergerak, sedangkan pada data objektifnya mendapatkan hasil seperti sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, serta fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat penumpukan asam urat di sendi dan jaringan (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil / tujuan SLKI	Intervensi (SIKI)
<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri akibat penumpukan asam urat di sendi dan jaringan (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x kunjungan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (pergerakan ekstermitas dari 4 menjadi 5) 2. Kekuatan otot meningkat (kekuatan otot 4 menjadi 5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (ROM 4 menjadi 5) 4. Nyeri menurun (skala nyeri 3 menjadi 1) 5. Kaku sendi menurun (kaku sendi dari 3 menjadi 1) 6. Kecemasan menurun (kecemasan dari 3 menjadi 1) 7. Kelemahan fisik menurun (kelemahan fisik dari 3 menjadi 1) 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Monitor pergerakan ekstermitas 6. Monitor kekuatan otot dan gerak sendi 7. Monitor rentang gerak (ROM) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur, tongkat bila perlu) 2. Latihan ROM untuk membantu mengurangi nyeri sendi pasien

		<p>sekali dalam sehari (dilakukan 10 hitungan)</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan sendi</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya : duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laboratorium kadar asam urat 2. Pemerian obat anti purin : alpurinol,
--	--	---

Sumber :Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018); Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahapan dimana seorang perawat melakukan tindakan dari apa yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, perawat dituntut untuk memiliki fleksibilitas dan kreativitas agar waktu tetap efisien. Tahapan dalam implementasi keperawatan ada 3, yaitu pertama persiapan yang berisi validasi rencana, implementasi rencana, serta persiapan pasien maupun keluarga. Yang kedua adalah tujuan dari implementasi keperawatan, sedangkan yang terakhir adalah

tranmisi antara perawat dan pasien setelah tindakan tersebut dilakukan (Juniarsih & Andriyanto, 2022). Implementasi yang dilakukan pada klien dengan gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi yaitu observasi peningkatan pergerakan ekstermitas, kekuatan otot, dan rentang gerak (ROM). Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti pindah dari tempat tidur ke kursi (Ppni, 2018).

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah dengan pendekatan SOAP :

1. S (Subjektif)

Data ini didapatkan dari keluhan yang dirasakan oleh klien sendiri. Hasil akhir yang diharapkan dari asuhan keperawatan lansia ini adalah klien dapat mengatakan bahwa kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas yang dirasakan klien dapat menurun atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu dengan latihan mobilisasi sederhana seperti pindah dari tempat tidur ke kursi. Keluhan cemas saat bergerak pada klien dapat menurun dan keluhan keengganan klien dalam melakukan pergerakan dapat menurun setelah dilakukan pemberian edukasi tentang gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

2. O (Objektif)

Data ini dapatkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, diagnostik, serta lab. Hasil akhir yang diharapkan setelah asuhan keperawatan dilaksanakan adalah pergerakan ekstermitas dapat meningkat,

kekuatan otot meningkat, dan rentang gerak (ROM) meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

3. A (Assessment)

Analisis dari hasil yang telah dicapai dari hasil akhir setelah dilaksanakannya asuhan keperawatan (Akbar, 2021). Ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi adalah :

- a. Masalah teratasi, jika terjadi peningkatan pergerakan ekstermitas, peningkatan kekuatan otot, peningkatan rentang gerak (ROM), penurunan nyeri, penurunan kekakuan sendi, penurunan kecemasan, serta penurunan kelemahan fisik.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika perubahan pasien hanya sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan.
- c. Masalah tidak teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan pada asuhan keperawatan atau adanya masalah baru pada pasien (Nur Faiz et al., 2022).

4. P (Perencanaan)

Rencana yang akan datang setelah melihat respon dari klien. Perkembangan rencana ini dibuat segera (Akbar, 2021).