

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah pemelihara suatu kebudayaan bersama yang diperoleh pada hakekatnya dari kebudayaan umum, tetapi dalam suatu masyarakat yang kompleks masing-masing keluarga mempunyai ciri-ciri yang berlainan dengan keluarga lain. Berbeda kebudayaan dari setiap keluarga timbul melalui komunikasi anggota-anggota keluarga yang merupakan gabungan dari pola-pola tingkah laku individu Khairudin dalam (Wiyono & Saragih, 2016).

Pada garis besarnya keluarga dapat dibagi kedalam dua bentuk besar yaitu keluarga luas (extended family) dan keluarga Inti (nuclear family). Keluarga luas adalah satuan keluarga yang meliputi lebih dari satu generasi dan satu lingkungan kaum keluarga yang lebih luas daripada hanya ayah, ibu dan anak-anak atau dengan perkataan lain, keluarga luas merupakan keluarga inti ditambah dengan anggota-anggota keluarga yang lain, atau keluarga yang lebih dari satu generasi. Sedangkan keluarga inti dapat didefinisikan dengan keluarga atau kelompok yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak yang belum dewasa atau belum menikah (Wiyono & Saragih, 2016).

2.1.2 Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan nontradisionai atau sebagai bentuk normatif dan nonnormative serta bentuk keluarga varian. Bentuk keluarga varian

digunakan untuk menyebut bentuk keluarga yang merupakan variasi dari bentuk normatif yaitu semua bentuk deviasi dari keluarga inti tradisional (Andarmoyo, 2012).

2.1.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga adalah pengetahuan tentang cara keluarga mengorganisasikan subsistem yang ada pada keluarga serta bagaimana komponen-komponen keluarga tersebut berhubungan. Dimensi dasar struktur keluarga terdiri dari; pola dan proses komunikasi, struktur kekuatan/kekuasaan, struktur peran, serta struktur nilai keluarga. Keempat elemen ini memiliki interrelasi dan saling bergantung sama lain. Struktur ini akan dievaluasi untuk mengetahui bagaimana keluarga mampu melaksanakan fungsinya (Andarmoyo, 2012).

2.1.4 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) adalah sebagai berikut :

1) Fungsi Afektif

Adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain

2) Fungsi Sosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah

3) Fungsi Reproduksi.

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi.

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Perawatan / Pemeliharaan Kesehatan.

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi

2.1.5 Fungsi Keluarga dalam Perawatan Lansia

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam, et al., 2008).

2.2 Konsep Dasar Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab I pasal 1 ayat 2, yang dimaksud lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas (Azizah, 2011)

Stanley and Beare (2007) mendefinisikan lansia berdasarkan karakteristik

sosial masyarakat yang menganggap bahwa orang telah tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban, kerutan kulit, dan hilangnya gigi. Dalam peran masyarakat tidak bisa lagi melaksanakan fungsi peran orang dewasa, seperti pria yang tidak lagi terikat dalam kegiatan ekonomi produktif, dan untuk wanita tidak dapat memenuhi tugas rumah tangga. Kriteria simbolik seseorang dianggap tua ketika cucu pertamanya lahir. dalam masyarakat kepulauan Pasifik, seseorang dianggap tua ketika ia berfungsi sebagai kepala dari garis keturunan keluarganya.

2.2.2 Batasan Lansia

Menurut Maryam, dkk (2010) batasan usia lanjut dibagi menjadi :

- 1) Pra Usia Lanjut (Prasenilis). Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Usia Lanjut. Usia lanjut adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Usia Lanjut Resiko Tinggi. Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Usia Lanjut Potensial. Usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
- 5) Usia Lanjut Tidak Potensial. Usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.2.3 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Azizah dalam Rahmansyah (2015), tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi:

1) Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.

Lansia harus menyesuaikan dengan perubahan fisik seiring terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Hal ini tidak dikaitkan dengan penyakit, tetapi hal ini adalah normal. Bagaimana meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.

2) Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan.

Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan penuh waktu, oleh karena itu mungkin perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Bagaimanapun, karena pensiunan ini biasanya telah diantisipasi, seseorang dapat berencana ke depan untuk berpartisipasi dalam konsultasi atau aktivitas sukarela, mencari minat dan hobi baru dan melanjutkan pendidikannya. Meskipun kebanyakan lansia di atas garis kemiskinan, sumber finansial secara jelas mempengaruhi permasalahan dalam masa pensiun.

3) Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.

Mayoritas lansia dihadapkan pada kematian pasangan, teman dan kadang anaknya. Kehilangan ini sering sulit diselesaikan, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya dan sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

4) Menerima diri sendiri sebagai individu lansia.

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan. Mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai coping dengan menyangkal penurunan fungsi, meminta cucunya tidak

memanggil mereka “kakek/nenek:” atau menolak meminta bantuan dalam tugas yang menempatkan keamanan mereka pada resiko yang besar.

5) Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup.

Lansia dapat mengubah rencana kehidupannya. Misalnya, kerusakan fisik dapat mengharuskan pindah ke rumah yang lebih kecil dan untuk seorang diri.

6) Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa.

Lansia sering memerlukan penetapan hubungan kembali dengan anak-anaknya yang telah dewasa. Masalah keterbalikan peran, ketergantungan, konflik, perasaan bersalah dan kehilangan memerlukan pengenalan resolusi.

7) Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup.

Lansia harus belajar menerima aktivitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Seseorang yang sebelumnya aktif secara sosial sepanjang hidupnya mungkin merasa relatif mudah untuk bertemu orang baru dan menadpat mbat baru. Akan tetapi, seseorang yang introvert dengan sosialisasi terbatas, mungkin menemui kesulitan bertemu orang baru selama pensiun.

2.2.4 Perubahan-perubahan pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan sexual. Perubahan-perubahan yang terjadi akibat proses penuaan diantaranya:

1) Perubahan fisik yang cenderung mengalami penurunan tersebut akan

menyebabkan berbagai gangguan secara fisik yang ditandai dengan ketidakmampuan lansia untuk beraktivitas atau melakukan kegiatan yang tergolong berat sehingga mempengaruhi kesehatan serta akan berdampak pada kualitas hidup lansia. (Setyoadi & Ermawati, 2011);

- 2) Perubahan mental atau psikologis pada lanjut usia dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, serta bertambah pelit atau tamak jika memiliki sesuatu. Hampir setiap lansia memiliki keinginan berumur panjang dengan menghemat tenaga yang dimilikinya, mengharapkan tetap diberikan peranan dalam masyarakat, ingin tetap berwibawa dengan mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin meninggal secara terhormat (Nugroho , 2009).
- 3) Perubahan psikososial sering diukur melalui produktivitas dan identitasnya dengan peranan orang tersebut dalam pekerjaan. Ketika seseorang sudah pensiun, maka yang dirasakan adalah pendapatan berkurang, kehilangan status jabatan, kehilangan relasi dan kehilangan kegiatan, sehingga dapat timbul rasa kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial serta perubahan cara hidup (Nugroho , 2009).
- 4) Perubahan spiritual ditandai dengan semakin matangnya kehidupan keagamaan lansia yang terintegrasi dan terlihat dalam pola berfikir dan bertindak sehari-hari untuk membantu lansia menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan, maupun merumuskan arti dan tujuan keberadaannya dalam kehidupan. (Widi, 2008).

2.3 Konsep Dasar Osteoarthritis

2.3.1 Definisi Osteoarthritis

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit degenerasi pada sendi yang melibatkan kartilago, lapisan sendi, ligamen, dan tulang sehingga menyebabkan nyeri dan kekakuan pada sendi (CDC, 2014). Dalam Perhimpunan Reumatologi Indonesia Osteoarthritis secara sederhana didefinisikan sebagai suatu penyakit sendi degeneratif yang terjadi karena proses inflamasi kronis pada sendi dan tulang yang ada disekitar sendi tersebut (Hamijoyo, 2007). OA sebagai kelainan sendi kronik yang disebabkan karena ketidakseimbangan sintesis dan degradasi pada sendi, matriks ekstraseluler, kondrosit serta tulang subkondral pada usia tua (Sjamsuhidajat dkk, 2011).

Osteoarthritis (OA) adalah suatu kelainan pada sendi yang bersifat kronik dan progresif biasanya didapati pada usia pertengahan hingga usia lanjut ditandai dengan adanya kerusakan kartilago yang terletak di persendian tulang. Kerusakan kartilago ini bisa disebabkan oleh stress mekanik atau perubahan biokimia pada tubuh (American College of Rheumatology, 2015).

2.3.2 Klasifikasi Osteoarthritis

Berdasarkan etiologinya, osteoarthritis dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu OA primer dan OA sekunder.

- 1) Osteoarthritis primer disebut juga sebagai osteoarthritis idiopatik dimana penyebabnya tidak diketahui. Namun demikian OA primer ini sering dihubungkan dengan proses penuaan atau degenerasi. Osteoarthritis

primer ini dapat meliputi sendi-sendi perifer (baik satu maupun banyak sendi), sendi interphalang, sendi besar (panggul, lutut), sendi-sendi kecil (carpometacarpal, metacarpophalangeal), sendi apophyseal dan atau intervertebral pada tulang belakang, maupun variasi lainnya seperti OA inflamatorik erosif, OA generalisata, chondromalacia patella, atau Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) .

- 2) Osteoarthritis sekunder terjadi disebabkan oleh suatu penyakit ataupun kondisi tertentu, contohnya adalah karena trauma, kelainan kongenital dan pertumbuhan, kelainan tulang dan sendi, dan sebagainya (Yanuary & Suntoko, 2014).

Berdasarkan letaknya osteoarthritis dapat menyerang sendi mana pun. Akan tetapi sendi yang paling sering terkena adalah sendi yang teletak pada tangan, lutut, panggul, dan vertebra.

2.3.3 Patofisiologi Osteoarthritis

OA merupakan gangguan keseimbangan dari metabolisme kartilago dengan kerusakan struktur yang penyebabnya masih belum jelas diketahui. Kerusakan tersebut diawali oleh kegagalan mekanisme perlindungan sendi serta diikuti oleh beberapa mekanisme lain sehingga pada akhirnya menimbulkan cedera. Cairan sendi (sinovial) mengurangi gesekan antar kartilago pada permukaan sendi sehingga mencegah terjadinya keletihan kartilago akibat gesekan. Protein yang disebut dengan lubricin merupakan protein pada cairan sendi yang berfungsi sebagai pelumas. Protein ini akan berhenti disekresikan apabila terjadi cedera dan peradangan pada sendi. Kartilago berfungsi sebagai

pelindung sendi. Kartilago dilumasi oleh cairan sendi sehingga mampu menghilangkan gesekan antar tulang yang terjadi ketika bergerak. Kekakuan kartilago yang dapat dimampatkan berfungsi sebagai penyerap tumbukan yang diterima sendi. Perubahan pada sendi sebelum timbulnya OA dapat terlihat pada kartilago sehingga penting untuk mengetahui lebih lanjut tentang kartilago. Kartilago memiliki metabolisme yang lamban, dengan pergantian matriks yang lambat dan keseimbangan yang teratur antara sintesis dengan degradasi. Namun, pada fase awal perkembangan OA kartilago sendi memiliki metabolisme yang sangat aktif. Pada proses timbulnya OA, kondrosit yang terstimulasi akan melepaskan agregat dan kolagen tipe dua yang tidak adekuat ke kartilago dan cairan sendi. Agregat pada kartilago akan sering habis serta jalinan-jalinan kolagen akan mudah mengendur. Kegagalan dari mekanisme pertahanan oleh komponen pertahanan sendi akan meningkatkan kemungkinan timbulnya OA pada sendi (Agung, 2016).

2.3.4 Manifestasi Klinis Osteoarthritis

Pasien dengan OA sering mengeluhkan nyeri pada saat bergerak, biasanya terjadi ketika pergerakan dimulai atau ketika pasien mulai berjalan. Seiring dengan progresifitas OA, nyeri terus berlanjut, dan fungsi sendi semakin terganggu (Michael, et al., 2010). Gejala-gejala spesifik yang berhubungan erat dengan OA dapat di lihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Gejala-gejala OA

<p>Specific historical features of osteoarthritis*¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pain <ul style="list-style-type: none"> – Pain at the beginning of movement – Pain during movement – Permanent / nocturnal pain – Need for analgesics ● Loss of function <ul style="list-style-type: none"> – Stiffness – Limitation of range of movement – Impairment in everyday activities – Need for orthopedic aids ● Other symptoms <ul style="list-style-type: none"> – Crepitation – Elevated sensitivity to cold and/or damp – Stepwise progression <p><small>*¹Historical criteria for osteoarthritis in use at the Department of Orthopaedic and Trauma Surgery, University of Cologne</small></p>
--

Rasa sakit:

- nyeri di awal gerakan
- nyeri saat bergerak
- nyeri permanen/nokturnal
- kebutuhan analgesic

Hilangnya fungsi:

- kekakuan
- batasan rentang gerakan
- gangguan dalam kegiatan sehari-hari
- kebutuhan untuk alat bantu ortopedik

Simtom lain:

- krepitasi
- sensitivitas tinggi terhadap dingin dan lembab
- perkembangan bertahap

2.3.5 Kriteria Diagnosis Osteoarthritis

Berdasarkan rekomendasi IRA untuk diagnosis dan penatalaksanaan OA tahun 2014, pada seseorang yang dicurigai OA, direkomendasikan melakukan pemeriksaan berikut ini:

- 1) Anamnesis
- 2) Pemeriksaan Fisik
- 3) Pendekatan untuk menyingkirkan diagnosis penyakit lain.
- 4) Pemeriksaan penunjang

Pada anamnesis akan ditemukan keluhan seperti nyeri dirasakan berangsur-angsur (onset gradual), tidak disertai adanya inflamasi (kaku sendi dirasakan <30 menit, bila disertai inflamasi, umumnya dengan perabaan hangat, bengkak yang minimal, dan tidak disertai kemerahan pada kulit) tidak disertai gejala sistemik, dan nyeri sendi saat beraktivitas. Berikut merupakan kriteria diagnosis berdasarkan kriteria American College of Rheumatology (ACR):

Tabel 2. Diagnosis OA Panggul

KRITERIA DIAGNOSIS OA Panggul ^{2,3} ICD-10 kode: M16
<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan kriteria klinis dan laboratoris: Nyeri pada sendi panggul/koksa dan paling sedikit salah 1 dari 2 kelompok kriteria di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rotasi internal sendi panggul < 15° disertai LED ≤ 45 mm/jam atau fleksi sendi panggul ≤ 115° (jika LED sulit dilakukan) 2. Rotasi internal sendi panggul ≥ 15° disertai nyeri yang terkait pergerakan rotasi internal sendi panggul, kekakuan sendi panggul pagi hari ≤ 60 menit, dan usia > 50 tahun <p>Sensitivitas 89% dan spesifisitas 91%.</p> • Berdasarkan kriteria klinis, laboratoris dan radiologis: Nyeri pada sendi panggul/koksa dan paling sedikit 2 dari 3 kriteria di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. LED < 20 mm pada jam pertama 2. Osteofit pada femoral dan atau asetabular pada gambaran radiologis 3. Penyempitan celah sendi secara radiologis (superior, axial dan atau medial) <p>Sensitivitas 89% dan spesifisitas 91%.</p>

Tabel 3. Diagnosis OA Tangan

KRITERIA DIAGNOSIS OA Tangan ICD-10 kode: M18
<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan Klinis: Nyeri, ngilu atau kaku pada tangan dan paling sedikit 3 dari 4 kriteria di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembengkakan jaringan keras dari 2 atau lebih sendi-sendi tangan di bawah ini: <ul style="list-style-type: none"> - Sendi distal interfalang ke-2 dan ke-3 - Sendi proksimal interfalang ke-2 dan ke-3 - dan sendi pertama karpometakarpofalang kedua tangan 2. Pembengkakan jaringan keras dari 2 atau lebih sendi distal interfalang 3. Kurang dari 3 pembengkakan sendi metakarpofalang 4. Deformitas sedikitnya pada 1 dari 10 sendi-sendi tangan pada kriteria 2 di atas. <p>Sensitivitas 92% dan spesifisitas 98%.</p>

Catatan:

10 sendi yang dimaksud adalah: DIP 2 dan 3, PIP 2 dan 3 dan CMC 1 masing-masing tangan. DIP = distal interfalang; PIP = proximal interfalang; CMC = carpo metacarpal; MCP = metacarpofalang.

Tabel 4. Diagnosis OA Lutut

Klasifikasi diagnosis OA lutut ICD-10 kode: M17
<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan kriteria klinis: - Nyeri sendi lutut dan paling sedikit 3 dari 6 kriteria di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. krepitus saat gerakan aktif 2. kaku sendi < 30 menit 3. umur > 50 tahun 4. pembesaran tulang sendi lutut 5. nyeri tekan tepi tulang 6. tidak teraba hangat pada sinovium sendi lutut. <p>Sensitivitas 95% dan spesifisitas 69%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan kriteria klinis dan radiologis: Nyeri sendi lutut dan adanya osteofit dan paling sedikit 1 dari 3 kriteria di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. kaku sendi <30 menit 2. umur > 50 tahun 3. krepitus pada gerakan sendi aktif <p>Sensitivitas 91% dan spesifisitas 86%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan kriteria klinis dan laboratoris: Nyeri sendi lutut dan paling sedikit 5 dari 9 kriteria berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia >50 tahun 2. kaku sendi <30 menit 3. Krepitus pada gerakan aktif 4. Nyeri tekan tepi tulang 5. Pembesaran tulang 6. Tidak teraba hangat pada sinovium sendi terkena 7. LED <40 mm/jam 8. RF <1:40 9. Analisis cairan sinovium sesuai OA <p>Sensitivitas 92% dan spesifisitas 75%.</p>

2.3.6 Penatalaksanaan Osteoarthritis

Pengobatan OA tidak dapat bergantung pada pengobatan medikamentosa saja. Pengobatan OA membutuhkan edukasi dan modifikasi gaya hidup, tatalaksana rehabilitasi medis atau bahkan pembedahan. Diperlukan pemahaman dari tenaga kesehatan agar penatalaksanaan OA dapat lebih baik, menyeluruh, dan pasien mendapat pilihan terapi yang tepat agar nyeri dan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik. Indonesian Rheumatism Association (IRA) merekomendasikan untuk penatalaksanaan OA, menggunakan kombinasi pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Fokus rekomendasi adalah mengurangi risiko terjadinya OA, diagnosis dini OA dan penatalaksanaan OA (dini, eksaserbasi akut, jangka panjang dan tahap lanjut) (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2014).

Sampai saat ini belum ada terapi yang dapat menyembuhkan OA. Penatalaksanaan terutama ditujukan pada pengendalian/menghilangkan nyeri, memperbaiki gerak dan fungsi sendi serta meningkatkan kualitas hidup. Operasi penggantian sendi hanya dilakukan untuk penderita dengan OA berat dan tidak respons dalam pengobatan terapi. Saat ini penatalaksanaan OA diharapkan dapat memodifikasi perjalanan penyakit bahkan mungkin mencegah terjadinya OA dengan pemberian disease modifying drugs untuk OA (DMOADs). Hasil terbaik bila dilakukan pendekatan multidisiplin dan tatalaksana yang bersifat multimodal (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2014).

2.4 Hambatan Lansia yang mengalami Osteoarthritis

Masalah utama yang sering dialami lansia dengan osteoarthritis adalah nyeri sendi. Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas, gangguan fungsi dan struktur tubuh yang membuat aktivitas seseorang menjadi terbatas. Lansia pada umumnya bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, kini harus tergantung dengan orang lain, yang biasa masih bekerja, mereka harus kehilangan pekerjaannya. Hilangnya pekerjaan adalah faktor resiko yang dapat berkembang kuat menjadi gejala depresi, yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup dan berakibat pada berkurangnya angka harapan hidup (Kwok, 2013 dalam (Oktarina, 2016). Lansia dengan OA sering mengeluhkan nyeri pada saat bergerak, biasanya terjadi ketika pergerakan dimulai atau ketika pasien mulai berjalan. Seiring dengan progresifitas OA, nyeri terus berlanjut, dan fungsi sendi semakin terganggu (Michael, et al., 2010). Akibat dari osteoarthritis dapat mempengaruhi lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, minum, berjalan, tidur, mandi, berpakaian, BAK, dan BAB (Erminawati, 2017).

Gangguan mental lansia disebabkan karena riwayat nyeri yang pernah dirasakan. Pengalaman nyeri menjadi faktor penentu perubahan psikologis, nyeri yang bersifat hilang timbul dengan intensitas tinggi dan kuantitas yang lebih sering hingga mengganggu aktivitas menjadikan perubahan psikologis subjek semakin memburuk. Dampak dari perubahan tersebut adalah timbulnya stres pada lansia (Permana, et al., 2009).

Oleh karena itu perlu adanya peranan khusus pada perawatan lansia dengan osteoarthritis di keluarga. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara

lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam, et al., 2008). Selain itu juga, peran keluarga tersebut meliputi mengingatkan/memonitor waktu minum obat, mengontrol persediaan obat, mengantarkan penderita kontrol, memisahkan alat-alat penderita dengan anggota keluarga lain, meningkatkan kesehatan lingkungan penderita, dan pemenuhan kebutuhan psikologis agar penderita tidak merasa terisolir dalam lingkungannya Friedman dalam (R. Debora, 1998).