

ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF

Oleh :

Erni Setiyorini, M.Kep

Ning Arti Wulandari, M.Kep



ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF

© 2018

Penulis :

Erni Setiyorini, M.Kep

Ning Arti Wulandari, M.Kep

Desain Cover & Penata Isi

Tim MNC Publishing

Cetakan I, Januari 2018

Diterbitkan oleh :



Media Nusa Creative

Anggota IKAPI (162/JTI/2015)

Bukit Cemara Tidar H5 No. 34, Malang

Telp. : 0341 - 563 149 / 08223.2121.888

E-mail : mnc.publishing.malang@gmail.com

Website : www.mncpublishing.com

vi+156 hlmn ; 15.5x23 cm

ISBN : 978-602-462-010-3

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ke dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2000 tentang Hak Cipta, Bab XII Ketentuan Pidana, Pasal 72, Ayat (1), (2), dan (6)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, kami dapat menyelesaikan bahan ajar yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Penyakit Degeneratif” yang merupakan salah satu media pembelajaran dalam mata kuliah keperawatan gerontik.

Bahan ajar ini dapat digunakan oleh mahasiswa dan praktisi kesehatan sebagai panduan untuk menyusun intervensi dan implementasi asuhan keperawatan pada lanjut usia sebagai individu, anggota keluarga dan bagian dari masyarakat.

Bahan ajar ini berfokus pada aspek asuhan keperawatan pada lansia dengan penyakit degeneratif dalam konteks individu, keluarga dan komunitas.

Kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan bahan ajar ini. Kami mohon maaf atas segala kekurangan dan semoga bahan ajar ini bermanfaat. Amin.

Blitar, Agustus 2017

Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Pendahuluan	vii
BAB 1 KONSEP LANJUT USIA DAN PROSES PENUAAN .	1
Topik 1 Konsep Lanjut Usia (lansia)	1
Topik 2 Proses menua	12
Ringkasan	21
Tes Formatif	22
Kunci Jawaban Tes Formatif	23
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF	25
Topik 1 Konsep hipertensi	25
Topik 2 Konsep stroke	41
Topik 3 Konsep Diabetes mellitus tipe 2	51
Topik 4 Konsep penyakit jantung koroner	61
Topik 5 Konsep Rheumatoid Arthritis	70
Topik 6 Konsep Demensia	77
Topik 7 Konsep Osteoporosis	85
Ringkasan	97
Tes formatif	98
Kunci Jawaban tes formatif	99
Daftar Pustaka	100
BAB 3 APLIKASI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK	107
Topik 1 Aplikasi kasus asuhan keperawatan dalam konteks individu	107
Topik 2 Aplikasi kasus asuhan keperawatan dalam konteks keluarga	119

Topik 3 Aplikasi asuhan keperawatan dalam konteks kelompok khusus	133
Ringkasan	147
Tes Formatif	147
Kunci Jawaban tes formatif	149
Daftar Pustaka	150
Lampiran	151

PENDAHULUAN

Salah satu indikator derajat kesehatan adalah peningkatan usia harapan hidup. Semakin tinggi derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk akan berpengaruh pada peningkatan usia harapan hidup tersebut. Undang - undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 138 ayat 1 menetapkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan data dari badan pusat statistik (BPS) angka harapan hidup tahun 1995 - 2015, usia harapan hidup di Indonesia semakin meningkat pada tahun 1995 - 2000, 66,0 tahun, 2000 - 2005 meningkat menjadi 67,8 tahun, 2005 - 2010, 69,1 tahun dan tahun 2010 - 2015, 70,1 tahun (BPS, 2014). Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi - tingginya pada lansia, maka petugas kesehatan perlu memahami konsep lansia dan asuhan keperawatannya.

Bahan ajar ini terbagi menjadi empat bab, yaitu :

Bab 1 menjelaskan tentang konsep lanjut usia dan proses penuaan.

Bab 2 Konsep Dasar Penyakit Degeneratif Pada Lansia

Bab 3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Bab 4 Aplikasi kasus asuhan keperawatan gerontik

Kompetensi yang dicapai setelah mempelajari bahan ajar ini adalah : Anda mampu menjelaskan tentang:

1. Defenisi lansia
2. Batasan klasifikasi lansia
3. Ciri - ciri lansia
4. Tugas perkembangan lansia
5. Permasalahan lansia di Indonesia
6. Pelayanan kesehatan pada lansia
7. Etika pelayanan kesehatan lansia
8. Teori penuaan
9. Perubahan fisiologis, psikologis, sosial pada lansia

10. Konsep hipertensi
11. Konsep stroke
12. Konsep penyakit jantung koroner
13. Konsep diabetes mellitus tipe 2
14. Konsep demensia
15. Konsep osteoporosis
16. Asuhan Keperawatan Lansia dalam Konteks Individu
17. Asuhan Keperawatan Lansia dalam Konteks Keluarga
18. Asuhan Keperawatan Lansia dalam Kelompok Khusus

Kompetensi dasar yang harus dimiliki adalah anatomi fisiologi, farmakologi, etika keperawatan dan konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB 1.

KONSEP LANJUT USIA DAN PROSES PENUAAN

Topik 1 Konsep lanjut Usia (Lansia)

Definisi Lansia

Menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU no 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan lanjut usia dalam Maryam.S,dkk (2008) dikatakan bahwa seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun disebut sebagai lanjut usia.

Lansia merupakan seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga berdampak pada fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan.

Klasifikasi Lansia

Menurut WHO dalam Kusharyadi (2011) lansia terbagi menjadi empat tahap, antara lain; usia pertengahan (*middle age*) pada 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) pada 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) pada 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) pada >90 tahun

Menurut Hurlock (1979) dalam Kusharyadi (2011) lansia terbagi menjadi dua tahap antara lain: *early old age* yaitu seseorang yang telah berusia 60-70 tahun dan *advance old age* yaitu seseorang yang telah berusia > 70 tahun.

Prof.Dr.Koesoemato Setyonegoro dalam efendi (2009) berpendapat bahwa lanjut usia adalah seseorang yang berusia ≥ 70 tahun, yang terbagi menjadi tiga tahapan antara lain; *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun) dan *very old* (>80 tahun).

Depkes RI (2013) dalam Dewi Rhosma () membagi lansia menjadi lima kategori antara lain; pralansia (prasenilis) merupakan seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lansia resiko tinggi merupakan seseorang yang berusia ≥ 70 tahun atau ≥ 60 tahun dengan masalah kesehatan, lansia potensial merupakan lansia yang masih mampu melakukan kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa sedangkan lansia tidak potensial merupakan lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga bergantung pada bantuan orang lain.

Karakteristik Lansia

Lansia memiliki tiga karakteristik antara lain :

1. Berusia lebih dari 60 tahun
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat hingga sakit, dari kebutuhan biopsikososial dan spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

Tipe Kepribadian Lansia

Menurut Kuntjoro (2002) lansia memiliki beberapa tipe kepribadian antara lain :

1. Tipe kepribadian konstruktif (*Construction Personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejala, tenang dan mantap sampai sangat tua.
2. Tipe kepribadian mandiri (*independent personality*) pada tipe ini ada kecenderungan mengalami *post power syndrome*, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang membuat dirinya lebih mandiri.
3. Tipe kepribadian tergantung (*Dependent personality*) tipe ini tergantung dengan kehidupan keluarga, bila salah satu pasangan meninggal maka akan jatuh dalam kondisi duka. Bila lansia tidak mempunyai koping yang baik maka akan terjatuh pada duka yang berkepanjangan.

4. Tipe kepribadian bermusuhan (*Holistic personality*), pada tipe ini lansia merasa kurang puas dengan kehidupannya saat ini. Keinginan yang terlalu banyak sehingga menyebabkan kondisi ekonomi yang tidak stabil.
5. Tipe kepribadian kritik diri (*self hate personality*) pada lansia tipe ini cenderung sulit dibantu oleh orang lain dan cenderung membuat dirinya susah sehingga seperi terlihat sengsara.

Masalah-masalah Yang sering dialami lansia di Indonesia

Situasi demografi penduduk lansia di Indonesia menurut Infodatin menkes 2016 mengalami kecenderungan peningkatan yang pesat dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Dari tahun 2013 hingga 2050 prosentase kelompok lansia di Indonesia mengalami kecenderungan meningkat yaitu 12,5% sedangkan prosentase kecenderungan peningkatan kelompok lansia di dunia 11,9%. Selain itu Indonesia juga termasuk kelompok negara berstruktur tua (*aging population*) yang artinya presentase penduduk lansianya melebihi 7%. Hal ini menunjukkan tingginya rata-rata usia harapan hidup (UHH), tingginya UHH merupakan salah satu indikator keberhasilan pencapaian pembangunan nasional terutama di bidang kesehatan.

Angka beban tanggungan adalah angka yang mengatakan perbandingan antara banyaknya orang yang tidak produktif (usia <15 dan >65 tahun) dengan banyaknya orang yang berusia produktif (umur 15-64 tahun). Angka ini mencerminkan besarnya beban ekonomi yang ditanggung usia produktif terhadap usia non produktif. Menurut kemenkes dalam infodatin 2016 beban tanggungan tertinggi adalah provinsi Nusa Tenggara Timur yang mencapai 78,2% (yang artinya setiap 100 orang penduduk yang masih produktif menanggung 78,2 orang yang tidak produktif), sedangkan terendah adalah provinsi DKI Jakarta dengan angka 36,93%.

Angka kesakitan (*morbidity rates*) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Kesakitan lansia pada tahun 2008 sampai 2012 di

perkotaan menurut Infodatin (2016) sebesar 24,77% (artinya setiap 100 orang lansia 24,77 lansia yang mengalami kesakitan) sedangkan di perdesaan sebesar 28,62%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kesehatan lansia di perkotaan lebih baik dibandingkan dengan daerah perdesaan. Hal ini dimungkinkan karena jangkauan pelayanan kesehatan di kota lebih mudah dari pada di desa, sehingga *screening* penyakit yang dialami lansia karena *aging process* lebih cepat dan lebih cepat pula diatasi.

Tabel 1 Sepuluh penyakit tertinggi yang diderita lansia di Indonesia berdasarkan Kemenkes RI, Riskesdas (2013)

No	Jenis Penyakit	Prevalensi menurut kelompok umur (%)		
		55-64 tahun	65-74 tahun	≥75 tahun
1	Hipertensi	45,9	57,6	63,8
2	Artitis	45,0	51,9	54,8
3	Strok	33,0	46,1	67,0
4	Penyakit Paru Obstruksi Kronik	5,6	8,6	9,4
5	DM	5,5	4,8	3,5
6	Kanker	3,2	3,9	5,0
7	Penyakit jantung koroner	2,8	3,6	3,2
8	Batu ginjal	1,3	1,2	1,1
9	Gagal jantung	0,7	0,9	1,1
10	Gagal ginjal	0,5	0,5	0,6

Sumber: kementerian kesehatan RI, Riskesdas (2013) dalam Infodatin (2016)

Berdasarkan tabel tersebut, penyakit yang diderita oleh lansia di Indonesia adalah penyakit degeneratif dan penyakit tidak menular. Sehingga pemerintah meningkatkan pelayanan terhadap lansia yang meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitatif sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup lansia yang ada di Indonesia.

Program pelayanan kesehatan lansia di Indonesia

Perhatian pemerintah terhadap keberadaan lanjut usia di Indonesia cukup besar, hal ini ditunjukkan dengan adanya Hari Lanjut Usia yang ditetapkan pada tanggal 29 Mei dan diawali pada tahun 1996, kemudian pada tahun 1998 diperkuat dengan ditetapkannya Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia sebagai landasan hukum keberadaan para lanjut usia. Di dukung dengan adanya Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa upaya untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Dengan adanya peraturan tersebut maka pemeliharaan kesehatan lansia di Indonesia tetap dioptimalkan untuk menjaga agar lansia tetap sehat, mandiri, aktif dan produktif.

Beberapa upaya pemerintah dan masyarakat Indonesia dalam memelihara kesehatan lansia antara lain melalui beberapa program berikut :

1. Posyandu Lansia

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana. Sedangkan posyandu lansia merupakan sebuah wadah pelayanan kesehatan kepada lansia yang bentuk proses pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat, lintas sektor pemerintah yang menitik beratkan pada upaya promotif dan preventif. Sasaran kegiatan ini dimulai dari pra lansia atau penduduk yang berusia ≥ 45 tahun. Upaya-upaya yang dilakukan dalam posyandu lansia antara lain:

a. Promosi kesehatan sebagai upaya melakukan pencegahan primer.

Pencegahan primer dilakukan melalui *health education* yang diberikan kepada lansia baik secara kelompok maupun individu.

b. Peningkatan ketakwaan terhadap Tuhan

Dilakukan melalui kegiatan keagamaan, contohnya adalah kegiatan pengajian rutin satu bulan sekali atau bentuk pelayanan doa bagi orang sakit.

c. Peningkatan kesehatan dan kebugaran lansia

Meningkatkan kebugaran melalui kegiatan senam, pemanfaatan tanaman obat dan rekreasi. Sedangkan peningkatan kebugaran dilakukan dengan meningkatkan gizi lansia, melalui pemberian makanan tambahan pada lansia.

d. Peningkatan keterampilan

Dilakukan dengan meningkatkan keterampilan para lansia sesuai dengan minat dan hobi masing-masing baik dalam bidang seni, olah raga dan keterampilan lain. Contoh kegiatan yang lakukan lansia sesuai dengan hobinya antara lain tergabung dalam kelompok karawitan, marawis, paduan suara, klub sepeda gunung, klub berenang dan lansia yang mempunyai membuat kerajinan tertentu. Kegiatan-kegiatan yang mereka ikuti dapat menurunkan stress yang mereka rasakan sehingga secara tidak langsung akan meningkatkan kualitas hidup lansia. Hal ini sesuai dengan konsep psikoneuroimunologi, yang mengatakan bahwa, stres merupakan stimulus yang dapat menstimulasi sel astrosit pada cortical dan amigdala pada sistem limbik berasal dari hipotalamus sehingga hipofisis akan menghasilkan CRF (*Corticotropin Releasing Factor*). CRF memacu pengeluaran ACTH (*adrenal corticotropic hormone*) untuk mempengaruhi kelenjar korteks adrenal agar menghasilkan kortisol. Kortisol ini bersifat immunosuppressive terutama pada sel zona fasikulata. Apabila stres yang dialami lansia sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol dalam jumlah besar sehingga dapat menekan sistem imun sehingga lansia akan mudah sakit. Sakit yang dialami oleh lansia dapat menurunkan kualitas hidupnya.

e. Upaya pencegahan/prevention

Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui tiga macam antara lain:

- (1) Pencegahan primer yang ditujukan kepada lansia yang sehat, mempunyai resiko tetapi belum menderita penyakit.
- (2) Pencegahan skunder yang ditujukan kepada lansia yang tidak mempunyai gejala namun mempunyai faktor resiko. Upaya pencegahan ini telah dilakukan sejak awal muncul penyakit hingga awal timbulnya keluhan.
- (3) Pencegahan tertier yang ditujukan kepada lansia yang mengalami sakit atau penurunan pada fungsi organ tertentu.

Beberapa bentuk pelayanan Posyandu Lansia antara lain :

- (1) Pendaftaran
- (2) Pemeriksaan status gizi lansia
- (3) Pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia
- (4) Penyuluhan baik yang dilakukan secara kelompok maupun individu
- (5) Pemeriksaan kesehatan yang meliputi; penilaian kemampuan lansia dalam memenuhi kegiatan dasar dalam kehidupan sehari-hari, pemeriksaan status mental dan pemeriksaan fisik berdasarkan keluhan yang dirasakan.

2. Karang werda

Karang werda merupakan wadah pembinaan dan pemberdayaan lansia. Pada dasarnya karang werda bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Kegiatan yang dilakukan didalam karang werda sangat variatif tergantung dari kesepakatan anggotanya dan kebijakan dari pemerintah setempat, dalam hal ini kelurahan atau desa. Kegiatan yang sering dilakukan oleh perkumpulan lansia di karang werda antara lain; senam lansia, jalan sehat, rekreasi bersama, paduan suara, karawitan, arisan, bahkan ada juga simpan pinjam.

3. Germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat berperilaku sehat sebagai upaya meningkatkan kualitas hidupnya. Dinkes Provinsi Aceh (2016) menyebutkan bahwa kegiatan utama dalam Germas adalah; (1) peningkatan aktivitas fisik, (2) peningkatan perilaku hidup bersih sehat, (3) penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, (4) peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, (5) peningkatan kualitas lingkungan dan (6) peningkatan edukasi hidup sehat. Pada program Germas ini pelayanan kesehatan pada lansia di titik beratkan pada kegiatan peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit dan peningkatan edukasi hidup sehat. Lingkup pemeriksaan kesehatan pada lansia terdiri dari ; deteksi obesitas dengan pengukuran IMT (Indeks Massa Tubuh) dan lingkaran perut, deteksi hipertensi dengan mengukur tekanan darah, deteksi diabetes melitus dengan pemeriksaan kadar gula darah, deteksi kadar kolesterol dalam darah, deteksi kadar asam urat dalam darah, deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikunan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Examination*) dan *Geriatric Depression Scale* dan jika menemukan individu dengan kelainan atau gejala penyakit maka harus segera dilakukan ditangani atau merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat menanganinya. Sedangkan edukasi hidup sehat yang dilakukan merupakan bentuk upaya untuk meningkatkan perilaku hidup sehat untuk beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya.

4. Prolanis (Program pengelolaan penyakit kronis)

Lansia identik dengan perubahan fisiologis yang dialaminya, sehingga sangat mudah terserang penyakit, terutama diabetes mellitus dan hipertensi. Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan tingkat pertama

dan BPJS kesehatan. Adapun kegiatan ini bertujuan untuk memelihara kesehatan bagi peserta BPJS yang menyandang penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Bentuk pelayanan prolanis antara lain:

- a. Konsultasi medis/edukasi: bentuk kegiatan yang dilakukan antara lain konsultasi masalah-masalah kesehatan yang di rasakan oleh klien. Jadwal konsultasi di sepakati bersama atau ditentukan oleh pusat pelayanan. Aplikasi program ini di pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) sudah terjadwal sesuai dengan kebijaksanaan pelayanan kesehatan. Kegiatan edukasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan, pemulihan dan pencegahan komplikasi penyakit.
- b. Home visit
Home visit merupakan bentuk kegiatan kunjungan ke rumah klien untuk pemberian informasi/ edukasi tentang perawatan diri bagi klien dan keluarga. Kegiatan home visit ini dilakukan jika selama 3 bulan berturut-turut tidak hadir untuk memeriksakan diri atau 3 bulan berturut-turut mempunyai kadar gula darah puasa/kadar gula darah post pandrial/tekanan darah abnormal. Selain itu home visit juga dilakukan pasien yang baru terdaftar dan pasca opname.
- c. Remider
Kegiatan ini bertujuan untuk memotivasi klien melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan secara rutin, melalui telephone seluler.
- d. Aktifitas club
Bentuk aplikasi dari club PROLANIS di setiap fasilitas layanan kesehatan antara lain senam diabetes mellitus, edukasi dan pemeriksaan rutin kadar gula darah dan tekanan darah.
- e. Pemantauan status kesehatan
Pemantauan status kesehatan dilakukan sesuai dengan jadwal yang ada di masing-masing fasilitas kesehatan.

Prinsip etik dalam pelayanan keperawatan lansia

Menurut Fry (2014) dalam penduan penyelesaian dilema etik dalam praktik keperawatan, etika keperawatan adalah suatu ungkapan tentang bagaimana perawat wajib bertingkah laku. Etika keperawatan merujuk pada standart etik yang menentukan dan menuntut perawat dalam praktik sehari-hari seperti jujur terhadap klien, menghargai klien atas hak-hak yang dirahasiakannya dan beradvokasi atas nama klien. Terdapat tujuh prinsip moral yang meliputi; *autonomy* (otonomi), *beneficence* (kebaikan), *non-maleficence* (tidak membahayakan), *veracity* (kejujuran), *confidentiality* (kerahasiaan), *fidelity* (kesetiaan) dan *justice* (keadilan).

Aplikasi standart perilaku kode etik perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia antara lain:

- a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial. Tindakan yang dilakukan antara lain:
 - (1) Sebelum berinteraksi dengan lansia dan keluarganya, perawat harus memperkenalkan diri terlebih dahulu.
 - (2) Perawat wajib menjelaskan intervensi keperawatan yang akan dilakukan kepada lansia secara langsung jika lansia masih mempunyai kognitif yang baik, tetapi jika lansia mengalami penurunan kognitif atau demensia, atau bahkan mengalami penurunan kesadaran maka perawat harus menjelaskan intervensi keperawatan kepada keluarganya.
 - (3) Sesuai dengan mitos yang berkembang lansia cenderung konservatif atau kolot, biasanya lansia bersikap mempertahankan kebiasaan, tradisi dan sulit menerima pembaharuan. Sehingga perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia hendaknya tetap menghargai tradisi dan kepercayaan yang dianut oleh lansia, perawat juga harus tetap menghargai lansia dengan segala penurunan fungsi tubuhnya, misal penurunan

pendengaran yang sering membuat perawat kesulitan berkomunikasi dengan lansia.

- (4) Perawat tidak diperbolehkan membeda-bedakan atas dasar kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama serta kedudukan sosial dalam memberikan asuhan keperawatan.
- b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari lansia. Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain:
- (1) Dari awal perawat harus menyampaikan bahwa lansia boleh melakukan kegiatan yang terkait dengan adat, budaya dan agama, selama tidak mengganggu kesehatan.
 - (2) Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus tetap menghormati budaya, adat dan agama. Perawat wajib mencari solusi yang dampaknya meningkatkan kesehatan klien bila terjadi konflik terkait nilai budaya, adat dan agama. Dan perawat juga harus meminimalkan stress yang dialami oleh lansia, karena jika lansia jatuh dalam kondisi stres karena tidak dapat beradaptasi dengan perubahan fisiknya maka akan meningkatkan imunitasnya.
 - (3) Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan wajib membantu lansia dalam memenuhi kebutuhan, sesuai dengan budaya, adat dan agama.
 - (4) Perawat wajib mengikut sertakan lansia secara terus menerus dalam proses pemberian asuhan keperawatan jika lansia masih mempunyai kognitif yang baik, tidak demensia dan tidak mengalami penurunan kesadaran. tetapi perawat wajib melibatkan keluarga jika lansia sudah mengalami penurunan.
- c. Tanggungjawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan. Aplikasi yang dilakukan antara lain:
- (1) Perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan wajib sesuai dengan kompetensi yang dimiliki. Jika kasus yang

dihadapi sulit dan memerlukan tindakan keperawatan khusus dan perawat yang bertugas saat itu belum mampu melakukannya maka harus berkolaborasi dengan perawat lain yang mampu melakukan tindakan tersebut.

- (2) Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada lansia baik individu, kelompok maupun asuhan keperawatan pada keluarga dengan lansia harus diberikan secara tuntas dan tepat waktu.
 - (3) Perawat juga tidak diperbolehkan melakukan serah terima bila tindakan keperawatan belum dilaksanakan sesuai rencana yang dibuat kecuali bila ada alasan yang dapat diterima. Misalkan pada asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan dengan home visit, pasti banyak sekali hambatannya tetapi perawat harus menyelesaikan secara tuntas sampai dengan nursing outputnya tercapai.
 - (4) Semua tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat wajib didokumentasikan sesuai dengan kaidah yang berlaku.
- d. Perawat wajib merahasiakan sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Topik 2

Proses Penuaan

Menurut Constantinides (1994) dalam Mariyam dkk (2008) penuaan merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi serta memperbaiki kerusakan sel.

Teori Aging Proses

1. Teori Biologi

Teori biologi ini melihat penuaan seperti "*biologic clock*" dalam teori ini mengatakan bahwa setiap individu memiliki "*program*" genetik. Bentuk dari program tersebut adalah perubahan yang dapat di prediksi berupa atrofi pada thymus, menopause, perubahan pada kulit dan adanya uban pada rambut (Wold Hoffmann G, 2004).

Teori molekuler menyatakan bahwa penuaan merupakan kontrol kode genetik. *Error Theory* menyatakan bahwa kesalahan sintesis RNA protein yang disebabkan karena kesalahan sel tubuh, yang mengakibatkan penurunan dari fungsi biologi. Teori *Somatic Mutation* hampir sama dengan teori *error* tetapi didalam teori ini menjelaskan bahwa proses menua disebabkan karena kerusakan DNA akibat terpapar bahan kimia dan radiasi, selain itu adanya abnormalitas kromosom sehingga muncul penyakit yang dapat mengakibatkan kehilangan fungsi tubuh.

Teori seluler mengatakan bahwa penuaan disebabkan karena kerusakan sel yang mengakibatkan penurunan fungsi tubuh.

Sedangkan teori radikal bebas juga memberikan penjelasan tentang kerusakan sel. Selain itu radikal bebas juga dimungkinkan sebagai penyebab kerusakan DNA dan sistem imun. Salah satu radikal bebas, yaitu lipofuscin diidentifikasi sebagai penyebab peningkatan pigmen yang mengakibatkan flek hitam pada orang dewasa. Seseorang dapat mencegah radikal bebas melalui antioksidan dengan cara mengkonsumsi vitamin, carotenoids, selenium dan phytochemicals.

Teori neuroendokrine berfokus pada berbagai interaksi kimiawi mulai dari hipotalamus sampai dengan otak. Stimulasi penghambat produksi hormon dari berbagai kelenjar endokrin akan berdampak penurunan fungsi tubuh termasuk pertumbuhan, reproduksi dan metabolisme. Dengan bertambahnya usia, hipotalamus mengalami masalah dalam mengatur regulasi fungsi endokrin, sehingga berdampak pada penurunan masa tulang, penurunan lemak tubuh dan perubahan

fungsi reproduksi. Dalam kondisi ini dapat diusulkan pemberian suplemen hormon untuk memperlambat atau mengontrol dampak dari penuaan.

Teori imunologi mengatakan bahwa ada perubahan sistem imun, perubahan tersebut dikarenakan adanya penurunan imunitas tubuh lansia yang berdampak sebagai penyakit autoimun dan alergi.

2. Teori Psikososial

Pada usia lanjut akan terjadi perubahan psikologi yang mengarah pada kemunduran sedikit demi sedikit. Namun jika kemunduran yang dialami terjadi secara drastis akan memungkinkan timbulnya tekanan (shock mental) terutama bagi mereka yang belum mempunyai persiapan atau melakukan pembinaan unsur-unsur kepribadiansebelumnya. Selain itu adanya penurunan fisiologis berdampak pada penurunan intelektualitasnya, antara lain menurunnya kemampuan kognitif, memori, persepsi dan belajar menyebabkan para lansia mengalami kesulitan dalam memahami sesuatu dan berinteraksi dengan orang lain. Beberapa perubahan kehidupan yang sering dialami lansia menurut Santoso,J (2014) antara lain:

a. Perasaan kesepian

Lansia cenderung merasa hidup sendiri, walapun terlihat sangat bahagia, tetapi dirinya merasa terasingkan karena tidak sesuai dengan pemikiran oranglain dan merasa sukar untuk menyesuainya. Jika kondisi ini berlarut-larut mereka akan jatuh pada kondisi gangguan kejiwaannya.

b. Merasa tidak diperlukan lagi

Dengan penurunan kondisi fisik tubuh lansia, anak cucu akan melarangnya mengerjakan apapun sehingga justru lansia menganggap dirinya tidak diperlukan lagi.

c. Tidak dapat menyesuaikan diri dengan perkembangan jaman

Lansia cenderung tidak mau menerima perubahan baru yang ada dalam kehidupannya. Sehingga orang-orang yang ada disekitarnya juga merasa terganggu dengan keberadaannya.

- d. Meninggalkan banyak aktivitas
Karena berbagai alasan yang relatif bersumber dari pandangannya sendiri sehingga mereka menarik diri. Lansia merasa diatur, merasa ditolak, dihalangi sehingga merasa lebih nyaman sendiri.
 - e. Kehilangan teman hidup
Kematian pasangan merupakan stressor yang paling berat bagi lansia. Mereka merasakan kehilangan segala-galanya. Terutama pada lansia laki-laki yang ditinggalkan istrinya karena terasa berat untuk mengurus dirinya.
3. Teori sosial
- a. Teori interaksi sosial.
Dengan bertambahnya usia banyak yang merasa menderita karena jumlah kegiatan sosial yang dilakukannya akan semakin berkurang. Menurut Hurlock (1980) kondisi seperti ini biasa disebut *sosial disengagetment* (lepas dari kegiatan kemasyarakatan) yang dapat menjadi *stressor* terbesar bagi seorang lansia. *Sosial disengagetment* terdiri dari empat element yaitu; berkurangnya keterlibatan dengan orang lain, variasi sosial yang diperankan sudah mulai berkurang, kemampuan mental yang semakin bertambah dan berkurangnya partisipasi dalam kegiatan fisik. Beberapa lansia sudah menyiapkan diri sejak dini sehingga perubahan yang terjadi tidak menimbulkan stress yang berat.
 - b. Teori menarik diri
Dalam teori ini lansia cenderung menarik diri karena merasa tidak percaya diri dengan semua perubahan yang ada dalam dirinya, namun ada yang memang sengaja tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan kegiatan yang dijalani sebelumnya karena ingin memusatkan diri pada persolan pribadi dan mempersiapkan diri dalam menghadapi kematian (Maryam Siti, 2008) Hal inilah yang seharusnya menjadi perhatian masyarakat dalam berinteraksi dengan lansia.

c. Teori aktivitas

Dalam teori ini menyatakan bahwa menua bukan berarti tidak berdaya, namun seorang lansia dapat merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas. Karena lansia menganggap bahwa proses penuaan merupakan suatu perjuangan untuk tetap muda dan berusaha mempertahankan perilaku mereka semasa muda (Maryam Siti, 2008). Sehingga dalam teori ini lansia tetap dapat berinteraksi dengan masyarakat .

d. Teori kesinambungan

Dalam teori ini seorang lansia dapat menentukan sikap dalam menghadapi masalahnya. Lansia dihadapkan untuk memilih peran mana yang harus dilepaskan atau dipertahankan.

e. Teori perkembangan

Dalam teori ini lansia menekankan pentingnya mengetahui apa yang telah dialami seorang lansia pada saat muda sampai dengan dewasa. Menurut Havighurst dan Duvali dalam Maryam (2008) menyatakan bahwa ada tujuh tugas lansia yang harus dilaksanakan dalam kehidupannya antara lain:

- 1) Penyesuaian terhadap penurunan kemampuan fisik dan psikis
- 2) Penyesuaian terhadap pensiun dan penurunan pendapatan
- 3) Menemukan makna kehidupan
- 4) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 5) Menemukan kepuasan hidup dalam berkeluarga
- 6) Menyesuaikan diri dalam kenyataan akan meninggal dunia
- 7) Menerima dirinya sebagai seorang lansia

f. Teori stratifikasi usia

Dua element penting yang ada dalam teori ini antara lain struktur dan proses. Struktur yang dimaksud adalah peran dan harapan menurut penggolongan usia, posisi kelompok usia dalam masyarakat. Sedangkan proses merupakan suatu kedudukan peran dan bagaimana cara mengatur transisi peran.

g. Teori Spiritual

Teori ini lebih merujuk pada hubungan individu dengan alam semesta dan persepsi individu tentang proses kehidupan. Teori ini dapat menuntun lansia mempersiapkan diri terhadap kematian yang akan dialami dengan mendekatkan diri kepada Tuhan.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Sistem integumen

Berikut adalah perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem integumen akibat proses:

- (1) Proses menua mengakibatkan kulit semakin rapuh sehingga sangat beresiko untuk mudah rusak.
- (2) Pada lansia melanosit mengalami penurunan sehingga kulit tampak pucat, hal ini mengakibatkan kulit lansia sensitive terhadap sinar matahari selain itu peningkatan lokasi pigmentasi akan mengakibatkan bintik kecoklatan pada kulit yang disebut *senile lentigo*. Selain itu berkurangnya melanin dapat mengakibatkan warna rambut memutih atau timbul uban.
- (3) Pada lansia juga mengalami penurunan fungsi kelenjar sebacea dan kelenjar keringat sehingga keringat menurun dan kulit kering.
- (4) Penurunan lemak subcutan mengakibatkan adanya kerutan pada kulit lansia.
- (5) Pembuluh darah kapiler yang rapuh mengakibatkan mudah pecah sehingga muncul senile purpura (biru keunguan yang ada di kulit)
- (6) Berkurangnya pertumbuhan rambut mengakibatkan penurunan jumlah rambut yang ada di kepala dan seluruh tubuh, selain itu rambut pada lansia rapuh mudah patah dan rontok.
- (7) Kuku mengalami penebalan sehingga tampak kuning dan rapuh, hal ini disebabkan karena menurunnya sirkulasi perifer.

b. Sistem Musculoskeletal

Beberapa perubahan sistem musculoskeletal yang terjadi pada lansia akibat aging proses, antara lain:

- (1) Penurunan calcium pada tulang akan mengakibatkan osteoporosis dan kelengkungan pada tulang (kyphosis)
- (2) Kekurangan cairan pada intervertebra akan mengakibatkan berkurangnya tinggi badan
- (3) Penurunan suplai darah ke otot akan menurunkan massa otot sehingga kekuatannya menurun, hal inilah yang dapat mengakibatkan lansia beresiko jatuh

c. Sistem Respirasi

Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem respirasi pada lansia antara lain:

- (1) Penurunan cairan tubuh akan menurunkan kemampuan hidung menjaga kelembaban udara
- (2) Jumlah silia yang ada di hidung juga menurun akibatnya kemampuan untuk menyaring partikel-partikel berkurang, sehingga banyak ditemukan lansia mengalami penyakit asma bronchial.
- (3) Lansia mengalami penurunan elastisitas jaringan paru, sehingga pertukaran gas menurun disertai peningkatan akumulasi secret di lobus paru bagian bawah
- (4) Pengapuran tulang rawan yang dialami lansia akan berdampak pada kekakuan tulang rusuk dan penurunan kapasitas paru.

d. Sistem kardiovaskuler

Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler pada lansia antara lain:

- (1) Menurunnya kemampuan kontraksi otot jantung, akan menurunkan cardiac output sehingga oksigenasi ke jaringan menurun dan penurunan sirkulasi perifer.

- (2) Penurunan elastisitas otot jantung dan pembuluh darah akan mengakibatkan penurunan tekanan darah vena, meningkatkan hipotensi ortostatik, varises dan hemoroid
- (3) Adanya arteriosklerosis mengakibatkan lansia mengalami peningkatan tekanan darah.

e. Sistem Hematopoetik dan Lympatic

- (1) Peningkatan viskositas plasma darah akan meningkatkan resiko sumbatan pada pembuluh darah
- (2) Menurunnya produksi sel darah merah merupakan penyebab seringnya ditemukan anemia pada lansia
- (3) Imaturitas T cell yang meningkat akan menurunkan imun lansia sehingga lansia mudah sakit.

f. Sistem pencernaan

- (1) Berkurangnya jumlah gigi dan karies pada lansia sehingga mereka mengalami kesulitan dalam mengunyah makan, sehingga mengalami penurunan status nutrisi.
- (2) Lansia juga mengalami penurunan reflek muntah sehingga akan meningkatkan resiko tersedak dan bahkan aspirasi
- (3) Penurunan sekresi pada gaster akan berdampak pada penurunan proses digesti
- (4) Penurunan peristaltik usus akan menyebabkan konstipasi pada lansia dan penurunan asupan nutrisi.

g. Sistem perkemihan

- (1) Menurunnya jumlah dan fungsi nefron akan menurunkan filtration rate
- (2) Penurunan suplai darah yang dapat meningkatkan konsentrasi urin
- (3) Penurunan kekuatan otot pada vesika urinaria dapat meningkatkan volume residu.
- (4) Elastisitas jaringan menurun termasuk bladder sehingga kapasitas bladder untuk menampung urin juga menurun

- (5) Karena ketidak seimbangan hormon pada lansia mengakibatkan pembesaran prostat sehingga meningkatkan resiko infeksi prostat. Selain itu pembesaran prostat akan mengakibatkan aliran urin menurun saat BAK disertai nyeri

h. Sistem persarafan

- (1) Menurunnya jumlah sel otak pada lansia akan mengakibatkan penurunan refleks dan juga penurunan kognitif.
- (2) Menurunnya serabut saraf akan mengurangi kemampuan koordinasi tubuh lansia.
- (3) Menurunnya jumlah neuroreseptor akan menurunkan respon motorik dan persepsi terhadap stimuli.

i. Sistem persepsi sensoris

- (1) Penurunan jumlah bulu mata mengakibatkan lansia mudah mengalami injury pada mata
- (2) Berkurangnya air mata pada lansia akan meningkatkan resiko iritasi mata
- (3) Lansia juga mengalami penurunan dalam mempersepsikan warna karena kerusakan lensa warna
- (4) Menurunnya kekuatan otot mata akan berdampak pada menurunnya diameter pupil, meningkatnya kerusakan refraksi mata, mengalami penurunan penglihatan pada malam hari, peningkatan sensitifitas mata terhadap rangsang cahaya atau mudah silau.
- (5) Penurunan pendengaran pada lansia meliputi adanya penurunan elastisitas jaringan yang dapat mengakibatkan adanya penurunan pendengaran pada lansia, lansia tidak dapat membedakan suara normal dengan suara yang keras. Selain itu penurunan jumlah sel rambut telinga bagian dalam akan mengakibatkan masalah keseimbangan.
- (6) Lansia mengalami perubahan pada indra perasa karena penurunan jumlah papila pada lidah, selain itu penurunan

jumlah reseptor sensoris di hidung mengakibatkan lansia mengalami penurunan dalam mendeteksi bau.

j. Sistem endokrin

- (1) Penurunan sekresi grow hormon dapat mengakibatkan penurunan massa otot.
- (2) Penurunan produksi TSH (thyroid stimulating hormon) dapat menurunkan BMR (basal metabolisme rate)
- (3) Produksi hormon paratiroid yang menurun akan menurunkan kadar kalsium sehingga terjadi osteoporosis pada lansia.

k. Sistem reproduksi

- (1) Pada perempuan terjadi penurunan hormon estrogen , akan menurunkan sekresi cairan vagina. Selain itu terjadi penurunan elastisitas jaringan vagina yang mengakibatkan berkurangnya rambut pubis

Ringkasan

1. Lansia merupakan seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga berdampak pada fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan.
2. Menurut WHO dalam Kusharyadi (2011) lansia terbagi menjadi empat tahap, antara lain; usia pertengahan (middle age) pada 45-59 tahun, lanjut usia (elderly) pada 60-74 tahun, lanjut usia tua (old) pada 75-90 tahun dan usia sangat tua (very old) pada >90 tahun
3. Karakteristik lansia, lansia memiliki tiga karakteristik antara lain:
 - a. Berusia lebih dari 60 tahun
 - b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat hingga sakit, dari kebutuhan biopsikososial dan spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
 - c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

4. Tipe kepribadian lansia : konstruktif, mandiri, tergantung, bermusuhan dan kritik diri
5. Program pelayanan kesehatan pada lansia di Indonesia antara lain; posyandu lansia, Karang Werda, Germas dan ProLanis
6. Beberapa teori aging proses:
 - a. Teori Biologi
 - b. Teori psikososial
 - c. Teori sosial

Tes Formatif

1. Apa yang di maksud dengan lansia?
2. Menurut WHO ada 4 tahapan lansia, usia 45-59 tahun masuk pada tahap apa?
3. Bagaimana karakteristik lansia?
4. Sebut dan jelaskan peran program Germas dalam meningkatkan kesehatan lansia?
5. Jelaskan perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi seorang wanita yang sudah masuk usia lanjut?

Jawaban Tes

1. Lansia merupakan seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga berdampak pada fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan.
2. usia pertengahan (middle age)
3. Karakteristik lansia, lansia memiliki tiga karakteristik antara lain:
 - a. Berusia lebih dari 60 tahun
 - b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat hingga sakit, dari kebutuhan biopsikosial dan spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
 - c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.
4. Pada program Germas ini pelayanan kesehatan pada lansia di titik beratkan pada kegiatan peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit dan peningkatan edukasi hidup sehat.
5. Pada perempuan terjadi penurunan hormon estrogen, akan menurunkan sekresi cairan vagina. Selain itu terjadi penurunan elastisitas jaringan vagina yang mengakibatkan berkurangnya rambut pubis

Daftar Pustaka

- Depkes provinsi Aceh. *Buku Panduan Germas*.
<http://dinkes.acehprov.go.id/uploads/buku-panduan-germas-final.pdf>
- Dewi. 2014. *Keperawatan gerontik*. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=pWA6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA44&dq=tujuan+asuhan+keperawatan+gerontik&ots=3H3jOADzP8&sig=ecG4mVj0O6oE8zNrwHdk0Hww-RY&redir_esc=y#v=onepage&q=tujuan%20asuhan%20keperawatan%20gerontik&f=false dibuka tanggal 1 Agustus 2017.
- Efendi, F & Makhfud. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

- Infodatin (Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI).2016. *Situasi dan analisis lanjut usia*.
<http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-lansia.pdf> di buka tanggal 15 Agustus 2017.
- Kolifah, S.N. 2016. *Keperawatan gerontik*. Pusdik SDM kesehatan.
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
- Santoso, J. 2014. *Usia Lanjut Ditinjau dari Ilmu Psikologi*.
<http://repository.ubaya.ac.id/15/1/Usia%20Lanjut%20ditinjau%20dari%20Ilmu%20Psikologi.pdf>
- Wold Hoffmann.G. 2004. *Basic Geriatric Nursing*. Mosby. St.Louis Missouri

BAB 2.

ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN PENYAKIT DEGENERATIF

Usia mempengaruhi terjadinya perubahan struktur dan fungsi organ tubuh manusia. Perubahan struktur, fisiologi, perubahan gaya hidup dan diet turut andil terhadap kejadian suatu penyakit degeneratif. Topik berikut ini akan membahas tentang beberapa penyakit degeneratif dengan prevalensi terbanyak dijumpai pada lansia.

Topik 1

Konsep Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu penyakit degeneratif dan sering disebut sebagai *silent killer*, karena banyak kelompok populasi yang mengidap hipertensi tidak menyadari kondisinya (Miller, 1999 dalam Meiner & Lueckenotte, 2006). Menurut data Riskesdas tahun 2013 prevalensi hipertensi berdasarkan usia 55 - 64 tahun sebanyak 45,9%, 65 - 74 tahun sebanyak 57% dan untuk usia ≥ 75 tahun sebanyak 63,8% (Kemenkes RI, 2014). Dibandingkan dengan penyakit yang lain, hipertensi memiliki prosentase terbanyak.

Defenisi hipertensi

Defenisi hipertensi tidak berubah dengan usia yaitu tekanan darah sistolik >140 mmHg dan/ atau tekanan darah diastolik >90 mmHg (Rigaud & Forette, 2001).

Klasifikasi hipertensi

Hipertensi diklasifikasikan menjadi 2 tipe, yaitu: primer dan sekunder. Hipertensi primer adalah hipertensi yang paling umum terjadi. Walaupun penyebabnya belum jelas, akan tetapi beberapa faktor berkontribusi terhadap kejadian hipertensi, yaitu: riwayat keluarga, usia, ras, diet (tinggi lemak dan garam, rendah kalium, magnesium dan kalsium), merokok, stress, konsumsi alkohol dan obat-obatan, aktifitas fisik dan intake hormonal. Sedangkan hipertensi sekunder merupakan peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh penyakit lain, diantaranya adalah penyakit arteri ginjal, kerusakan jaringan parenkim ginjal, kerusakan endokrin dan metabolik, kerusakan sistem syaraf pusat, koartatik aorta dan peningkatan volume intravaskuler (Meiner& Lueckenotte, 2006).

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Prehipertensi	120 - 139	atau	80 - 89
Hipertensi derajat 1	140 - 159	atau	90 - 99
Hipertensi derajat 2	≥160	atau	≥100
Hipertensi derajat 3	>180	atau	>110

Sumber: *Joint National Committee: The seventh report of the Joint National Committee on the prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure, 2003.* Dibuka dari website : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>

Faktor risiko hipertensi

Terdapat 2 faktor risiko hipertensi, yaitu Faktor yang tidak dapat diubah/ dikontrol :

1. Usia

Ismayadi (2004) menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler lansia yaitu terjadi penurunan elastisitas dinding aorta, katub jantung menebal dan menjadi kaku, penurunan kemampuan pompa darah pada jantung. Hal ini menyebabkan penurunan kontraksi dan volume darah, elastisitas pembuluh darah berkurang, efektifitas oksigenasi pembuluh darah perifer kurang efektif sehingga resistensi pembuluh darah perifer meningkat, kondisi ini memicu terjadinya hipertensi.

2. Jenis kelamin

Lansia berjenis kelamin perempuan lebih berisiko menderita hipertensi dibandingkan laki - laki. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Novitaningtyas (2014) yang mendapatkan data bahwa prosentase lansia penderita hipertensi lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan, yaitu 43,7% dibandingkan jenis kelamin laki - laki yaitu 37,5%. Secara fisiologis wanita yang sudah mengalami menopause (>45 tahun) risiko hipertensi meningkat. Pada perempuan yang belum menopause hormon estrogen berperan untuk meningkatkan HDL. Efek dari penurunan estrogen menyebabkan rendahnya HDL dan meningkatnya LDL yang mempengaruhi terjadinya aterosklerosis (Anggraini dkk, 2009).

3. Riwayat keluarga

Hal ini didukung oleh hasil penelitian di China yang mendapatkan hasil responden yang memiliki riwayat keluarga hipertensi memiliki prevalensi hipertensi sebesar 65,5%, 95% CI: 63,3 - 71,7 dibandingkan dengan tanpa riwayat yaitu 47,9%, 95% CI: 45,2 - 50,6 (Liu et al, 2015).

4. Genetik

Faktor genetik terbukti bahwa kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada kembar monozigot.

Faktor yang dapat diubah/ dikontrol, yaitu:

1. Merokok

Merokok merupakan faktor resiko terjadinya hipertensi. Penelitian Sarwanto dkk (2009) memperlihatkan prevalensi terbanyak hipertensi terkait dengan perilaku merokok terjadi pada kelas perokok sangat berat yaitu 38,1%, dan pada perokok ringan juga cukup tinggi yaitu sebesar 37,7%. Asap rokok sangat berbahaya bagi kesehatan dan merupakan salah satu faktor risiko hipertensi. Merokok mempengaruhi semua fase aterosklerosis dari disfungsi endotel ke kejadian klinis akut, yang terakhir sebagian besar bersifat trombotik. Baik eksposur asap rokok aktif maupun pasif (prednispose) terhadap kejadian kardiovaskular (Ambrose & Barua, 2004). Sejalan dengan Viridis etc (2010) yang menyatakan bahwa Penurunan fungsi endotel, kekakuan arteri, pembengkakan, modifikasi lipid serta perubahan faktor antitrombotik dan prothrombotic adalah faktor penentu inisiasi terkait merokok, dan percepatan proses atherothrombotic, yang menyebabkan kejadian kardiovaskular. Perokok rokok akut memberikan efek hipertensi, terutama melalui stimulasi sistem saraf simpatik.

2. Konsumsi garam

Konsumsi garam yang berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah melalui mekanisme sebagai berikut, garam menarik cairan di luar sel, terjadi penumpukan cairan di dalam tubuh sehingga meningkatkan volume dan tekanan darah. Seiring dengan proses penuaan, garam cenderung meningkatkan tekanan darah, hal ini disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal sehingga tubuh memerlukan waktu yang lebih lama untuk mengeluarkan garam yang berlebihan (Winderlich, 2009). Selain itu, pada lansia sensitifitas terhadap natrium meningkat. Menurut Nurkhalida

(2003) konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih dari 6 gram/hari setara dengan 110 mmol natrium atau 2400 mg/hari.

3. Stress

Stressor penyebab stress sangat bervariasi, situasi stress secara fisiologis mengaktivasi hipotalamus, yang selanjutnya mengendalikan 2 sistem neuroendokrin, yaitu sistem syaraf simpatis dan korteks adrenal. Sistem syaraf simpatis merespon terhadap impuls syaraf dari hipotalamus yaitu dengan mengaktivasi berbagai organ dan otot polos yang berada dibawah kendalinya, contoh meningkatkan denyut jantung dan dilatasi pupil. Sistem syaraf simpatis juga memberikan sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke aliran darah. Hormon utama stress meningkat jumlahnya dan mempengaruhi homeostasis, yaitu adrenalin, tiroksin dan kortisol (Subramaniam, 2015).

4. Aktifitas fisik/ olahraga

Salah satu manfaat berolahraga teratur adalah menurunkan resiko terjadinya aterosklerosis. Hal ini didukung oleh penelitian Rimbawan & Siagian (2004) bahwa kecenderungan untuk terkena hipertensi pada seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang yaitu sebesar 30 - 50%. Beberapa jenis olahraga mengutamakan gerakan otot - otot besar di tubuh dan dapat memacu kerja jantung. Akan tetapi olahraga tidak dianjurkan pada penderita hipertensi yang memiliki tekanan darah sistolik >170 mmHg dan diastolik >110 mmHg (Afriwardi, 2009). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh () bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status olahraga dengan kejadian hipertensi pada pasien usia 45 tahun ke atas di Puskesmas Kedurus Surabaya tahun 2015 (Putriastuti, 2016).

5. Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi, hal ini disebabkan daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah lebih tinggi dibandingkan orang dengan berat badan normal. Pernyataan ini sesuai dengan hasil penelitian Kembuan dkk

(2015) yang menunjukkan ada hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi di poliklinik umum puskesmas Touluaan kabupaten minahasa tenggara dengan $p=0,000$ dengan nilai OR 3,48. Responden dengan obesitas beresiko 3,4 kali lipat mengalami hipertensi daripada responden yang tidak obesitas.

6. Kadar lemak tubuh

Berdasarkan penelitian Feryani dkk (2014) sebagian profil lipid yaitu kolesterol total dan trigliserida memiliki hubungan bermakna dengan kejadian hipertensi pada masyarakat etnik minangkabau, terutama yang berada di Kota Padang. Sedangkan HDL dan LDL tidak memiliki hubungan yang bermakna.

Patofisiologi

Proses terjadinya hipertensi pada lansia melalui 3 mekanisme yaitu: kekakuan pembuluh darah arteri, disregulasi neuron neohormon dan otonom, penuaan ginjal (Rigaud & Forette, 2001).

Kekakuan arterial, pada elastisitas arteri menunjukkan perubahan fisik seiring usia, yaitu terjadi pembesaran dan penegangan. Elastisitas aorta dan arteri proksimal melebar sekitar 10% dibandingkan denyut jantung di usia muda, sedangkan otot arteri melebar 3% pada setiap denyutan. Pelebaran dan pengerasan dinding arteri menyebabkan penurunan kapasitas dan rekoil terbatas sehingga tidak mampu mengakomodasikan perubahan yang terjadi selama siklus jantung. Selama sistole, arteriosklerosis arteri menunjukkan ekspansi yang terbatas dan gagal menyangga tekanan darah secara efektif yang menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik. Hilangnya rekoil selama diastole menyebabkan pengurangan tekanan darah diastolik.

Mekanisme neurohormonal sistem renin - angiotensin - aldosteron menurun seiring dengan penambahan usia. Aktifitas renin plasma menurun akibat terjadinya nefrosklerosis pada aparatus juxtaglomerular. Penurunan aldosteron pada plasma menyebabkan lansia hipertensi rentan terhadap hiperkalemia akibat

obat. Sedangkan aktifitas sistem syaraf simpatik mengalami peningkatan. Terjadi peningkatan norepineprin plasma ini merupakan kompensasi untuk mengurangi respon beta adrenergik dengan penuaan.

Penuaan ginjal ditandai dengan perkembangan glomerulosklerosis dan fibrosis interstisial progresif, penurunan GFR dan pengurangan mekanisme homeostatik.

Tanda dan gejala

Sebagian orang tidak menyadari bahwa dirinya pengidap hipertensi, sekitar sepertiga orang tidak mengetahuinya. Cara untuk mengetahui tekanan darah dengan melakukan cek up tekanan darah secara teratur. Menurut Beckerman (2016) jika tekanan darah terlalu tinggi, maka akan disertai gejala sebagai berikut:

1. Nyeri kepala
2. Kelelahan dan kebingungan
3. Masalah penglihatan
4. Nyeri dada
5. Detak jantung tidak teratur
6. Kadang ditemukan darah di urin

Pemeriksaan Penunjang

Sakardi (2016) menyatakan bahwa penilaian hipertensi pada pasien meliputi pengukuran tekanan darah, menggai riwayat kesehatan lengkap dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sesuai dengan kondisi klinis. Beberapa pemeriksaan penunjang direkomendasikan untuk pasien yang dicurigai memiliki hipertensi sekunder dan dapat membantu menentukan adanya kerusakan organ, penyebab hipertensi, faktor risiko kardiovaskuler dan nilai-nilai dasar fungsi organ untuk menentukan efek biokimia terhadap respon terapi.

Tes laboratorium untuk proses diagnosis diantaranya adalah urinalisis, pemeriksaan KGD puasa, hematokrit, kadar natrium serum, kalium, kreatinin dan kalsium, profil lipid

(kolesterol total, HDL, LDL dan trigliserida), pengukuran *glomerular filtration rate* (GFR) yang menurun dan disertai albuminuria.

Pemeriksaan echocardiography untuk mengetahui kelainan anatomi fisiologi jantung, pemeriksaan EKG.

Komplikasi hipertensi

Beberapa kerusakan dapat terjadi pada organ target akibat hipertensi, menurut Muzahim (2014) pada studi *cross sectional* terhadap 275 lansia hipertensi mendapatkan hasil bahwa insiden kesakitan pada organ sebagai berikut:

1. Cerebrovascular attack (CVA)
2. Penyakit jantung koroner
3. Hipertropi ventrikel kiri
4. Aritmia
5. Disfungsi sistolik ventrikel kiri; Disfungsi diastolik ventrikel kiri
6. Retinopati
7. Nefropati
8. Oklusi vena retinal pusat

Penatalaksanaan hipertensi

Non farmakologis

Dengan perubahan gaya hidup yang sesuai untuk hipertensi ringan lansia. Meliputi menghilangkan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan, menurunkan tingkat stress, membatasi konsumsi alkohol dan garam serta meningkatkan aktivitas fisik. Selain itu juga direkomendasikan pada lansia dengan peningkatan intake kalium yang dapat diperoleh dari buah dan sayur. Meminimalkan penggunaan anti inflamasi non steroid karena dapat menghambat vasodilatasi prostaglandin dan dapat meningkatkan tekanan darah (Oliva & Bakris, 2012).

Beberapa riset membuktikan bahwa beberapa intervensi non farmakologis dapat menurunkan tekanan darah pada lansia, diantaranya yaitu: senam lansia, latihan yoga, massase dan hipnosis.

Jatiningfih (2016) dalam penelitiannya senam lansia yang dilakukan 3 kali seminggu dengan durasi 40 menit dapat menurunkan tekanan darah sistolik rata-rata pada responden sebesar 6,03 mmHg dan pada distole sebesar 6,25 mmHg. Latihan yoga dapat menurunkan tekanan darah pada lansia, didukung oleh penelitian yang dilakukan Ovianasari (2015) bahwa terdapat penurunan tekanan darah pada hari pertama sampai hari ketujuh setelah dilakukan latihan yoga, pada sistole terjadi penurunan sebesar 1,9247 mmHg, sedangkan diastole penurunan sebesar 1,4712 mmHg. Berdasarkan penelitian Udani (2016) menunjukkan bahwa massase dapat menurunkan tekanan sistole sebesar 10 mmHg dan distole sebesar 6 mmHg. Winarto (2008) dalam penelitiannya membuktikan adanya efek hipnosis terhadap penurunan tekanan darah pasien hipertensi primer. Hasil penelitian menunjukkan penurunan tekanan sistolik sebesar 17,16 mmHg dan tekanan distolik sebesar 10,21 mmHg.

Farmakologis

Diuretik, merupakan obat pertama yang diberikan untuk mengatasi hipertensi dengan cara membantu ginjal mengeliminasi garam dan air sehingga volume cairan di seluruh tubuh turun dan tekanan darah turun. Beberapa efek yang kurang menguntungkan diperoleh dengan penggunaan diuretik, diantaranya adalah menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah, hilangnya kalium melalui urin.

Penghambat adrenergik, golongan alfa-blocker, beta-blocker dengan cara menghambat efek sistem syaraf simpatis.

ACE-inhibitor menurunkan tekanan darah dengan cara vasokonstriksi arteri. Angiotensi-II-blocker memiliki mekanisme yang mirip dengan ACE-inhibitor. Antagonis kalsium dengan cara vasodilatasi pembuluh darah.

Konsep asuhan keperawatan

Pengkajian :

Sebagian klien dengan hipertensi tidak menyadari bahwa mereka menderita hipertensi dan merasa tidak ada gejala. Gejala yang muncul tergantung dari perkembangan hipertensi pada organ target. Ketidaknyamanan yang samar, kelelahan, sakit kepala, epistaksis, dan pusing merupakan indikator awal. Pada hipertensi yang berat dijumpai nyeri kepala berdenyut di area occipital biasanya pada pagi hari tetapi menghilang beberapa jam kemudian. Gejala lain yang ditemukan terkait organ yang mengalami komplikasi, misalnya adanya gangguan penglihatan, gejala gagal jantung, gangguan ginjal.

Data objektif yaitu tekanan darah, perawat menginformasikan kepada klien untuk tidak mengkonsumsi kafein atau merokok 30 menit sebelum dilakukan pengukuran tekanan darah.

Diagnosa keperawatan utama yang sering muncul pada lansia

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara kebutuhan dan ketersediaan oksigen.
2. Nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan serebro vaskuler.

Tabel 2.2. Intervensi keperawatan Hipertensi berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara kebutuhan	Toleransi terhadap aktifitas. Dengan skala target outcome pada level 5 (tidak terganggu)	Terapi aktifitas Aktifitas: Pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi

<p>dan ketersediaan oksigen.</p>	<p>Indikator : Saturasi oksigen ketika beraktifitas Frekuensi nadi ketika beraktifitas Frekuensi pernapasan ketika beraktifitas Kemudahan bernapas ketika beraktifitas Tekanan darah sistolik ketika beraktifitas Tekanan darah diastolik ketika beraktifitas Temuan/ hasil EKG Warna kulit Kecepatan berjalan Jarak berjalan Toleransi dalam menaiki tangga Kekuatan tubuh bagian atas Kekuatan tubuh bagian bawah Kemudahan dalam melakukan ADL Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktifitas fisik.</p>	<p>melalui aktifitas spesifik. Berkolaborasi dengan ahli terapi fisik, okupasi dan terapis rekreasional dalam perencanaan dan pemantauan program aktifitas jika memang diperlukan. Pertimbangkan komitmen klien untuk meningkatkan frekuensi dan jarak aktivitas. Bantu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas-aktivitas yang biasa dilakukan (misalnya bekerja) dan aktivitas - aktivitas yang disukai. Bantu klien untuk memilih aktivitas dan pencapaian tujuan melalui aktivitas yang konsisten dengan kemampuan fisik, fisiologik dan sosial. Bantu klien untuk tetap fokus pada kekuatan (yang</p>
----------------------------------	---	--

		<p>dimilikinya) dibandingkan dengan kelemahan (yang dimilikinya). Bantu klien untuk mengidentifikasi dan memperoleh sumber - sumber yang diperlukan untuk aktivitas - aktivitas yang diinginkan. Dorong aktivitas kreatif yang tepat. Bantu klien memperoleh transportasi untuk (dapat mengikuti) aktivitas, jika diperlukan. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang diinginkan. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang bermakna. Bantu klien untuk menjadwalkan waktu - waktu spesifik terkait dengan aktifitas harian. Bantu klien dan keluarga untuk</p>
--	--	--

		<p>mengidentifikasi kelemahan dalam level aktivitas tertentu.</p> <p>Identifikasi strategi untuk meningkatkan partisipasi terkait dengan aktivitas yang diinginkan.</p> <p>Instruksikan klien dan keluarga untuk mempertahankan fungsi dan kesehatan terkait peran dalam beraktifitas secara fisik, sosial, spiritual dan kognisi.</p> <p>Instruksikan pasien dan keluarga untuk melaksanakan aktivitas yang diinginkan maupun yang (telah) diresepkan.</p> <p>Berkoordinasi dalam menyeleksi pasien sesuai dengan umur yang sesuai dengan aktivitas (yang akan dilakukan).</p> <p>Bantu klien dan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan pada saat mengakomodasi</p>
--	--	---

		<p>aktivitas yang diinginkan.</p> <p>Berikan aktivitas untuk meningkatkan perhatian dan berkonsultasi dengan terapis rekreasional (mengenai hal ini).</p> <p>Fasilitasi aktivitas pengganti pada saat klien memiliki keterbatasan waktu, energi maupun pergerakan dengan cara berkonsultasi pada terapis fisik, okupasi dan terapis rekreasi.</p> <p>Dorong keterlibatan dalam aktivitas kelompok maupun terapi, jika memang diperlukan.</p> <p>Rujuk ke pusat komunitas maupun program - program aktivitas komunitas, jika memang diperlukan.</p> <p>Bantu dengan aktivitas fisik secara teratur (misalnya, ambulasi, berpidah, berputar dan</p>
--	--	---

		kebersihan diri) sesuai kebutuhan.
Nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan serebro vaskuler.	<p>Kontrol nyeri</p> <p>Skala target dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukkan)</p> <p>Indikator:</p> <p>Mengenali kapan nyeri terjadi</p> <p>Menggambarkan faktor penyebab</p> <p>Menggunakan jurnal harian untuk memonitor gejala dari waktu ke waktu.</p> <p>Menggunakan tindakan pencegahan</p> <p>Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik.</p> <p>Menggunakan analgesik yang direkomendasikan.</p> <p>Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan.</p> <p>Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan.</p>	<p>Pemberian analgesik</p> <p>Aktivitas:</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien.</p> <p>Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan.</p> <p>Cek adanya riwayat alergi obat.</p> <p>Evaluasi kemampuan pasien untuk berperan serta dalam pemilihan analgetik , rute dan dosis dan keterlibatan pasien, sesuai kebutuhan.</p> <p>Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan.</p> <p>Tentukan pilihan obat analgesik narkotik, non</p>

	<p>Menggunakan sumber daya yang tersedia</p> <p>Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri.</p> <p>Melaporkan nyeri yang terkontrol.</p>	<p>narkotik atau NSAID) berdasarkan tipe dan keparahan nyeri.</p> <p>Tentukan analgesik sebelumnya, rute pemberian dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal.</p> <p>Monitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik.</p> <p>Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri.</p> <p>Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya terutama pada nyeri yang berat.</p> <p>Susun harapan yang positif mengenai keefektifan analgetik untuk mengoptimalkan respon pasien.</p> <p>Berikan analgesik tambahan dan atau pengobatan jika</p>
--	--	---

		<p>diperlukan untuk meningkatkan efek pengurangan nyeri. Perbaiki kesalahan pengertian/ mitos yang dimiliki pasien dan anggota keluarga yang mungkin keliru tentang analgesik. Evaluasi keefektifan analgesik dan observasi adanya tanda gejala efek samping.</p>
--	--	---

Topik 2

Konsep Stroke

Defenisi Stroke

Stroke atau dengan istilah lain CVA (*Cardio Vascular Attack*) terjadi saat terjadi gangguan aliran darah normal ke jaringan otak. CVA yang terjadi tiba - tiba dan menghasilkan defisit neurologis fokal yang berlangsung lebih dari 24 jam. Tindakan pengobatan emergensi sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya defisit neurologi permanen dan kecacatan. TIA (*Transient Ischemic Attack*) gejala sama dengan CVA tetapi waktu kurang dari 24 jam.

Menurut Muttaqin (2008) Cerebro Vascular Accident (CVA) merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang dan bisa terjadi terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan gejala - gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses

berpikir, daya ingat dan bentuk - bentuk kecacatan lain hingga menyebabkan kematian.

CVA/ stroke terbagi menjadi 2, yaitu stroke iskemik dan stroke perdarahan.

Etiologi

Smeltzer (2001) stroke dapat disebabkan oleh 4 kejadian, yaitu :

1. Trombosis serebral
2. Embolisme serebral
3. Iskemia serebral
4. Haemorrhagi serebral

Faktor predisposisi

Faktor yang tidak dapat diubah :

Jenis kelamin

Usia

Keturunan

Faktor yang dapat diubah :

Hipertensi

Diabetes mellitus

Penyakit jantung

Hiperkolesterolemia

Obesitas

Merokok

Konsumsi alkohol

Kontrasepsi oral

Patofisiologi

Pada stroke hemoragik adanya pembuluh darah otak yang pecah dan pada non hemoragik trombus adanya emboli serebral menyebabkan terjadinya sumbatan aliran darah dan oksigen serebral sehingga terjadi infark jaringan serebral, dampak yang

terjadi adalah terjadinya perubahan perfusi jaringan, pada hemisfer kiri menyebabkan disfagia, afasia, kelaianan visual kanan, mudah frustrasi dan hemiplegi kanan. Pada hemisfer kanan mengakibatkan terjadinya hemiplegi kiri, kelainan visual kiri dan defisit perseptual. Sedangkan infar pada batang otak menyebabkan gangguan fungsi pada nervus 1 daya penciuman, nervus 2 daya penglihatan, nervus 3,4,6 penurunan lapang pandang, nervus 7 gangguan penutupan kelopak mata dan fungsi pengecapan 2/3 lidah, nervus 8 gangguan pendengaran dan keseimbangan tubuh menurun, nervus 5, 9,10,11 gangguan menelan dan nervus 12 reflek mengunyah menurun.

Manifestasi klinis

Manifestasi klinis dari TIA bervariasi, tergantung dari pembuluh darah yang terlibat, derajat obstruksi, supli darah kolateral. Apabila sistem carotis terlibat, individu mengalami pandangan kabur, obstruksi penglihatan bertahap, kilatan cahaya dan sakit kepala. Apabila sistem posterior yang terlibat gejala meliputi tinnitus, vertigo, gejala sensorik dan motorik bilateral, diplopia, kelemahan wajah dan ataksia.

Tanda awal stroke trombotik meliputi transien hemiparesis, kehilangan fungsi bicara dan parestesia salah satu sisi tubuh. Sedangkan pada perdarahan serebral meliputi nyeri kepala sampai dengan tengkung, vertigo atau sinkop, parestesia, paralisis transien, epistaksis dan perdarahan retina.

Stroke dapat mengakibatkan berbagai defisit neurologis, tergantung area lesi, area yg mengalami inadkuat perfusi jaringannya dan jumlah aliran darah kolateral. Beberapa kerusakan yang dapat timbul diantaranya adalah:

- a. Kehilangan fungsi motorik. Disfungsi motorik yang sering terjadi adalah hemiplegia, hemiparesis.
- b. Kehilangan kemampuan berkomunikasi. Manifestasi gangguan ini diantaranya disatria (kesulitan berbicara), disfasia/ afasia, apraksia.
- c. Gangguan persepsi.
- d. Gangguan visual-spasial

- e. Kehilangan fungsi sensorik.
- f. Kerusakan kognitif dan efek psikologis
- g. Disfungsi kandung kemih.

Pemeriksaan diagnostik

- a. CT Scan
- b. MRA
- c. ECG
- d. USG doppler
- e. Angiografi serebral
- f. X-Ray dada untuk memonitor adanya cardioemboli.
- g. Pemeriksaan darah, elektrolit, glukosa, fungsi ginjal dan hati.

Tabel 2.3 Tingkat Pencegahan Stroke

Level	Langkah preventif
Pencegahan primer	Mempertahankan berat badan ideal Manajemen kadar kolesterol Berhenti merokok Mengurangi konsumsi alkohol Tidak mengkonsumsi obat terlarang
Pencegahan sekunder	Manajemen tekanan darah Manajemen efektif diabetes mellitus Segera mengobati penyakit kardiovaskuler, transien iskemia attack dan fibrilasi atrial
Pencegahan tersier	Memulai program rehabilitasi dini

Sumber: Meiner & Lueckenotte, 2006

Penatalaksanaan

Menurut Mardatillah (2014) sasaran terapi tergantung pada jenis stroke, tujuan untuk aliran pembuluh darah otak dan waktu terapi tergantung pada fase akut atau pada terapi pencegahan sekunder/ rehabilitasi.

Obat yang digunakan pada serangan akut yaitu: terapi trombolitik: tissue plasminogen activator (t-PA), terapi antiplatelet, terapi antikoagulan.

Terapi pemeliharaan (pencegahan stroke) meliputi terapi antiplatelet, terapi antikoagulan, terapi hormon estrogen pada wanita, anti hipertensi, terapi metabolisme otak (misalnya: citicolin, piracetam), terapi rehabilitasi (fisioterapi, terapi wicara).

Menurut Yudha (2013) penatalaksanaan umum pada pasien stroke yaitu :

1. Posisi kepala dan badan atas 20 – 30° , posisi miring jika muntah dan boleh dimulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
2. Bebaskan jalan napas dan pertahankan ventilasi yang adekuat, oksigen jika perlu.
3. Stabilisasi TTV
4. Bed rest
5. Koreksi adanya hiperglikemia atau hipoglikemia
6. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolis
7. Kosongkan kandung kemih
8. Pemberian IV line cairan kristalois/ koloid
9. Hindari peningkatan suhu, batuk, konstipasi atau suction yang berlebihan.
10. Apabila fungsi menelan terganggu, pemenuhan nutrisi melalui pemasangan NGT.
11. Penatalaksanaan spesifik, berupa: stroke non hemoragik: asetosal, neuroprotektor, trombolisis, antikoagulan, obat hemoragik. Sedangkan stroke hemoragik: mengobati penyebab, neuroprotektor, menurunkan TIK, tindakan pembedahan.

Komplikasi

Menurut Smeltzer & Bare (2002) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke adalah: hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, embolisme serebral.

Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Menurut Belleza (2016) :

Selama fase akut, observasi neurologis untuk mengetahui klinis pasien :

Perubahan tingkat kesadaran atau responsif

Ada tidaknya gerakan ekstremitas yang tidak disengaja

Kekakuan dan kelenturan leher

Pembukaan mata, ukuran pupil dan reaksi pupil terhadap cahaya

Warna wajah dan ekstremitas; suhu dan kelembaban kulit

Kemampuan berbicara

Adanya perdarahan

Pemeliharaan tekanan darah.

Selama fase post akut, menilai fungsi:

Status mental (memori, rentang perhatian, persepsi, orientasi, pengaruh, ucapan/ bahasa), Sensasi dan persepsi (penurunan sensasi nyeri dan suhu), Kontrol motorik (gerakan ekstremitas atas dan bawah); kemampuan menelan, status gizi dan hidrasi, integritas kulit, toleransi aktifitas, fungsi usus dan kandung kemih. Penurunan fungsi pada aktifitas sehari – hari.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus stroke, diantaranya:

1. Risiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif
2. Mobilitas: fisik, hambatan
3. Komunikasi verbal, hambatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Stroke berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Risiko Perfusi jaringan	Pefusi jaringan: serebral.	Manajemen edema serebral

<p>serebral tidak efektif</p>	<p>Skala target pada tingkat 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal). Indikator: Tekanan intrakranial Tekanan darah sistolik Tekanan darah diastolik Sakit kepala Kegelisahan Kelesuan Kecemasan yang tidak dijelaskan Agitasi Demam Kognisi terganggu Penurunan tingkat kesadaran Refleks saraf terganggu</p>	<p>Aktivitas: Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan. Monitor status neurologi dengan ketatdan bandingkan dengan nilai normal. Monitor TTV Monitor karakteristik cairan serebrospinal: warna, kejernihan, konsistensi. Catat cairan serebrospinal. Monitor CVP, PAWP dan PAP sesuai kebutuhan. Monitor TIK dan CPP. Analisa pola TIK Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman pernapasan, PaO₂, PCO₂, pH, bikarbonat. Biarkan TIK kembali ke nilai normal diantara aktivitas keperawatan. Monitor TIK pasien dan respon neurologi terhadap aktivitas keperawatan. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien.</p>
-------------------------------	---	---

		<p>Catat perubahan pasien dalam berespon terhadap stimulus.</p> <p>Hindari fleksi leher, atau fleksi ekstrem pada lutut/panggul.</p> <p>Hindari vasava manuver</p> <p>Berikan pelunak feses, posisikan tinggi kepala tempat tidur 30⁰ atau lebih</p> <p>Hindari penggunaan PEEP</p> <p>Berikan agen paralisis sesuai kebutuhan</p> <p>Dorong keluarga untuk berbicara dengan pasien</p> <p>Batasi cairan</p> <p>Hindari cairan IV hipotonik.</p> <p>Monitor nilai lab: osmolaritas serum dan urin, natrium, kalium.</p> <p>Lakukan latihan ROM pasif.</p> <p>Monitor intake dan output.</p> <p>Pertahankan suhu normal.</p> <p>Berikan diuretik osmotik</p> <p>Lakukan tindakan pencegahan kejang.</p> <p>Buat sarana komunikasi: fasilitasi dengan alat tulis.</p>
--	--	--

<p>Mobilitas: fisik, Hambatan</p>	<p>Ambulasi Skala target ditingkatkan pada level 5 (tidak terganggu) Indikator: Menopang berat badan. Berjalan dengan langkah yang efektif Berjalan dengan pelan Berjalan dengan kecepatan sedang Menyesuaikan dengan perbedaan tekstur permukaan/ lantai Berjalan mengelilingi rintangan</p>	<p>Terapi latihan: ambulasi Aktivitas: Berikan pasien pakaian yang tidak mengekang Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera. Sediakan tempat tidur berketinggian rendah, yang sesuai. Dorong untuk duduk di tempat tidur, disamping tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sebagaimana yang dapat ditoleransi (pasien). Bantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh. Konsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi, sesuai kebutuhan. Bantu pasien untuk berpindah sesuai kebutuhan. Bantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistik untuk ambulasi jarak.</p>
---------------------------------------	---	---

		Dorong ambulasi independen dalam batas aman.
Komunikasi Verbal, Hambatan	<p>Komunikasi Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (tidak terganggu).</p> <p>Indikator:</p> <p>Menggunakan bahasa tertulis</p> <p>Menggunakan bahasa lisan</p> <p>Menggunakan foto dan gambar</p> <p>Menggunakan bahasa isyarat</p> <p>Menggunakan bahasa non verbal</p> <p>Mengenali pesan yang diterima</p> <p>Interpretasi akurat terhadap pesan yang diterima.</p> <p>Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat</p> <p>Pertukaran pesan yang akurat dengan orang lain</p>	<p>Peningkatan komunikasi: kurang pendengaran</p> <p>Aktivitas:</p> <p>Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume dan diksi.</p> <p>Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis terkait dengan kemampuan bicara (memori, pendengaran dan bahasa).</p> <p>Instruksikan pasien atau keluarga untuk menggunakan proses kognitif, anatomis dan fisiologi yang terlibat dalam kemampuan berbicara.</p> <p>Monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi atau respon - respon lain disebabkan karena adanya gangguan kemampuan berbicara.</p> <p>Kenali emosi dan perilaku fisik (pasien) sebagai bentuk komunikasi (mereka).</p>

		<p>Sediakan metode alternatif untuk berkomunikasi dengan berbicara (misalnya, menulis di meja, menggunakan kartu, kedipan mata, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, tanda dengan tangan atau postur dan menggunakan komputer)</p> <p>Sediakan metode alternatif menulis atau membaca dengan cara yang tepat.</p> <p>Instruksikan pasien untuk bicara pelan.</p> <p>Kolaborasi bersama keluarga dan ahli/ terapis bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar bisa berkomunikasi secara efektif.</p>
--	--	---

Topik 3

Diabetes Mellitus Tipe 2

Defenisi DM tipe 2

Menurut WHO (2011) DM tipe 2 adalah penyakit kronis dimana tubuh tidak mampu menggunakan insulin dengan efektif. Diabetes tipe 2 ini umumnya onset muncul saat dewasa.

Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2002) DM tipe 2 disebabkan kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa di hati. Sel beta tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi insulin.

Faktor Resiko Diabetes Mellitus Tipe 2

Beberapa faktor yang diketahui dapat mempengaruhi DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2002) antara lain :

- a. Kelainan genetik
- b. Usia
- c. Gaya hidup stress
- d. Pola makan yang salah

Patofisiologi DM tipe 2

Kelainan dasar pada DM tipe 2 ini yaitu terjadinya resistensi insulin pada jaringan lemak, otot, kenaikan gula yang berakibat pada hiperglikemi, kekurangan sekresi insulin di pankreas menyebabkan penurunan kecepatan transport glukosa ke jaringan lemak, otot dan hepar. Resistensi ini disebabkan karena menurunnya sensitifitas jaringan terhadap efek metabolisme insulin. Penurunan sensitifitas ini mengganggu penggunaan dan penyimpanan karbohidrat (Guyton & Hall, 2007).

Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus tipe 2

Pasien yang menderita DM tipe 2 biasanya mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuri), rasa lapar (polifagi), rasa haus (polidipsi), cepat lelah, kehilangan tenaga dan merasa tidak fit, kelelahan yang berkepanjangan dan tidak ada penyebabnya, mudah sakit berkepanjangan.

Komplikasi DM tipe 2

Prince & Wilson (2006) menjelaskan komplikasi DM dibedakan menjadi komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskular jangka panjang.

a. Komplikasi metabolik akut

Menurut Boedisantoso (2009) beberapa komplikasi akut yang dapat terjadi yaitu: hipoglikemia, gejala ringan pasien gelisah dan gejala berat pasien dapat mengalami koma disertai kejang. Tanda gejala hipoglikemia ini mulai terlihat bila kadar glukosa darah <50 mg/dl. Berikut ini tanda hipoglikemia: pada stadium parasimpatik: lapar, mual, tekanan darah menurun. Stadium gangguan otak ringan: lemah, lesu, sulit bicara, kesulitan menghitung sederhana. Stadium simpatik: keringat dingin pada wajah terutama di hidung, bibir atau tangan, berdebar - debar. Stadium gangguan otak: koma dengan atau tanpa kejang.

Diabetes ketoasidosis, dapat disebabkan karena tidak adanya/ tidak cukupnya insulin, berakibat terjadinya gangguan metabolisme pada karbohidrat, protein dan lemak. Gejalanya yaitu dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis. Pencegahan dapat dilakukan dengan mengurangi dosis insulin ketika terjadi mual dan muntah.

Hiperglikemik non ketotik (HMK), ditandai dengan hiperglikemia berat non ketotik atau ketotik dan asidosis ringan.

b. Komplikasi vaskular jangka panjang

Komplikasi mikroangiopati (retinopati diabetic, nefropati diabetic dan saraf - saraf perifer, otot serta kulit), komplikasi makroangiopati (makrovaskuler) ditandai dengan gangguan ekstremitas adanya luka yang sulit disembuhkan, jika terjadi di arteri koroner dan aorta menyebabkan angina infark miokard.

c. Neuropati, yang paling sering adalah neuropati perifer, kehilangan sensasi distal. Gejala yang dialami adanya sensasi kaki terasa terbakar, lebih terasa nyeri di malam hari.

Penatalaksanaan DM tipe 2

Tujuan utama dari penatalaksanaan DM tipe 2 ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dengan cara mengendalikan kadar gula darah, menurunkan resiko komplikasi.

Menurut Perkeni (2011) terdapat 4 pilar utama dalam pengelolaan DM tipe 2 yang meliputi:

- a. Edukasi
- b. Diet
- c. Latihan fisik
- d. Intervensi farmakologis

Dalam penatalaksanaan pasien diabetes mellitus dikenal 4 pilar penting dalam mengontrol perjalanan penyakit dan mencegah komplikasinya. Tujuan akhirnya adalah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat DM tipe 2. Indikator dari target utama tersebut adalah: gula darah plasma berada dalam rentang normal dan komplikasi minimal (Dirjen Bina kefarmasian dan alat kesehatan Depkes RI, 2005). Empat pilar tersebut meliputi: edukasi, terapi nutrisi, aktifitas fisik dan farmakologi. Pengelolaan diabetes mellitus dapat efektif apabila melibatkan pasien, keluarga dan petugas kesehatan dalam pengelolaan, pasien harus disiplin dan melaksanakan anjuran petugas kesehatan dan tidak mudah putus asa.

1. Edukasi

Salah satu peran perawat adalah *educator*, peran ini dapat dipenuhi pada saat implementasi asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga. Syahbudin (2002) menyatakan bahwa edukasi diabetes adalah pendidikan dan latihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan dan pengelolaan.

Tujuan edukasi kepada pasien diabetes mellitus adalah untuk meningkatkan pengetahuan terkait dengan penyakit, mengubah sikap negatif menjadi positif terhadap terapi diabetes mellitus, mengubah perilaku yang sesuai dengan aturan diet dan terapi DM. Dengan adanya perubahan perilaku tersebut, diharapkan kadar glukosa darah terkontrol dan komplikasi yang terjadi

minimal dan diharapkan kualitas hidup pasien DM dalam rentang baik.

Sasaran pengelolaan diabetes diberikan kepada setiap pasien diabetes. Di samping kepada pasien diabetes, edukasi juga diberikan kepada anggota keluarganya, kelompok masyarakat beresiko tinggi dan pihak-pihak perencana kebijakan kesehatan. (Syahbudin(2002), dalam Suyono, hal 5).

Metode edukasi: metode yang digunakan dalam memberikan edukasi disesuaikan dengan sasaran. Untuk sasaran sekelompok masyarakat edukasi dengan konten berupa materi pengetahuan yang terkait dengan DM dapat diberikan melalui metode ceramah dengan didukung media yang menarik yang disertai dengan diskusi interaktif dengan peserta. Apabila perlu mengajarkan suatu keterampilan, maka educator dapat menambahkan media video interaktif atau dengan demonstrasi keterampilan. Edukasi yang diberikan kepada klien dan keluarga dapat diberikan dengan metode ceramah dan diskusi dengan menggunakan media brosur, leaflet, lembar balik.

2. Terapi nutrisi

Tujuan perencanaan makan pada pasien dengan DM tipe 2 adalah untuk mengendalikan kadar gula darah, kadar lipid dan hipertensi. Penurunan berat badan pada pasien gemuk akan memperbaiki kadar glikemik jangka pendek dan dapat meningkatkan kontrol metabolik jangka panjang. Penurunan berat badan dapat dilakukan dengan penurunan asupan kalori dan meningkatkan pengeluaran energi. Komposisi gizi yang dianjurkan mengacu pada gizi seimbang yaitu karbohidrat (45% - 60%), protein (10 - 20%, lemak (20-25%).

Menurut Sudoyo (2006, dalam Mulyati 2014) perhitungan kalori pada pasien dengan DM tipe 2 ditentukan berdasarkan status nutrisi, usia, stress akut dan aktifitas fisik. Penentuan status nutrisi dapat menggunakan indeks massa tubuh dan rumus Brocca. Status Nutrisi kurang jika $IMT < 18,5$, BB normal $IMT 18,5 - 22,9$, lebih $IMT > 23$ terbagi menjadi kategori dengan resiko 23 - 24,9, obesitas tingkat I $IMT 25 - 29,9$, obesitas tingkat II

IMT>30. Kebutuhan kalori individu dengan rumus Brocca per hari berdasarkan kebutuhan basal, laki - laki ; BB ideal (kg) x 30 kalori, wanita= BB ideal (kg) x 25 kalori. Penyesuaian usia >40 tahun - 5%, aktivitas ringan +10%, sedang +20%, berat +30%, BB gemuk -20%, BB lebih - 10%, BB kurus +20%. Stress metabolik +10-30%. Kehamilan trimester I dan II +300 kalori, trimester III dan menyusui +500 kalori.

3. Aktifitas fisik

Latihan fisik yang teratur bersifat aerobik dapat memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan risiko cardiovascular. Olahraga yang disarankan adalah jalan kaki, bersepeda santai, jogging dan berenang dengan frekuensi 3 - 4 kali per minggu. Aktivitas fisik memiliki korelasi dengan kadar glukosa darah (Nur dkk, 2016).

4. Farmakologi

Pada DM tipe 2 tertentu kemungkinan membutuhkan terapi insulin apabila terapi lain tidak dapat mengendalikan kadar glukosa darah. Terapi insulin, sediaan insulin digolongkan dalam 4 kelompok yaitu: masa kerja singkat, sedang, masa kerja sedang dengan mula kerja cepat, masa kerja panjang. Terapi obat hipoglikemik oral, tergolong menjadi 3 yaitu golongan sulfonilurea, biguanida dan tiazolidindion, inhibitor α -glukonidase. Terapi kombinasi, pada keadaan tertentu diperlukan terapi kombinasi dari beberapa obat obat hipoglikemik oral (OHO) atau OHO dengan insulin.

Konsep asuhan keperawatan

Pengkajian

Menurut Belleza (2016) pengkajian terhadap pasien DM meliputi: Kaji riwayat pasien, untuk mengetahui adanya DM tipe 2, penilaian riwayat gejala yang berkaitan dengan diagnosis DM, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah, kepatuhan terhadap diet, farmakologis, olahraga, gaya hidup, bsadaya, psikososial, ekonom, efek diabetes pada status fungsional.

Menilai kondisi fisik, kaji tekanan darah.

Pemeriksaan kaki, kulit, sistem saraf dan mulut.

Pemeriksaan laboratorim HgbA1C, glukosa darah puasa, profil lipid, uji makroalbuminuria, kadar kreatinin serum, urinalisis, EKG.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan
2. Risiko kadar gula darah tidak stabil

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan DM tipe 2 berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Risiko kadar glukosa darah tidak stabil	<p>Kadar glukosa darah Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal)</p> <p>Indikator: Glukosa darah Hemoglobin glikosilat Fruktosamin Urin glukosa Urin keton</p>	<p>Manajemen hiperglikemia Aktivitas: Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia: poliuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, letargi, malaise, pandangan kabur atau sakit kepala. Monitor ketonurin, sesuai indikasi Monitor AGD, elektrolit dan kadar betahidroksibutirat sesuai yang tersedia. Monitor nadi dan tekanan darah ortostatik, sesuai indikasi.</p>

		<p>Berikan insulin sesuai resep.</p> <p>Dorong asupan cairan oral.</p> <p>Monitor status cairan (input dan output)</p> <p>Kondultasikan dengan dokter tanda dan gejala hiperglikemiayang menetap atau memburuk.</p> <p>Identifikasi penyebab hiperglikemia</p> <p>Antisipasi situasi akan adanya kebutuhan peningkatan insulin.</p> <p>Batasi aktifitas ketika kadar glukosa darah >250 mgdl, khususnya jika terjadi ketonuria.</p> <p>Instruksikan keluarga dan pasien mengenai pencegahan, pengenalan tanda - tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia.</p> <p>Dorong pemantauan sendiri kadar glukosa darah.</p>
--	--	---

		Bantu pasien dalam menginterpretasikan kadar glukosa darah. Review riwayat kadar glukosa darah pasien dan atau keluarga.
Nutrisi: ketidakseimbangan, kurang dari kebutuhan tubuh	<p>Status nutrisi: asupan nutrisi.</p> <p>Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (sepenuhnya adekuat)</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asupan kalori Asupan protein Asupan lemak Asupan karbohidrat Asupan serat Asupan vitamin Asupan mineral Asupan zat besi Asupan kalsium Asupan natrium 	<p>Manajemen nutrisi Aktivitas:</p> <p>Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi.</p> <p>Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makan yang dimiliki pasien.</p> <p>Tentukan preferensi makanan pasien.</p> <p>Instruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi (yaitu membahas pedoman diet dan piramida makanan)</p> <p>Bantu pasien dalam menentukan pedoman atau piramida makanan yang paling cocok dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan preferensi.</p>

		<p>Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi.</p> <p>Berikan pilihan makanan sambil menerapkan bimbingan terhadap pilihan (makanan).</p> <p>Atur diet yang diperlukan.</p> <p>Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Monitor kalori dan asupan makanan.</p> <p>Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan</p> <p>Anjurkan pasien untuk memantau kalori dan intake makanan (buku harian makanan).dorong untuk menyiapkan makanan dengan aman.</p>
--	--	--

Topik 4

Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Defenisi

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah keadaan ketidakseimbangan antara kebutuhan antara kebutuhan otot jantung terhadap oksigen dengan penyediaan yang diberikan oleh pembuluh darah koroner (Mila, 2010).

Etiologi

Zulkarnain (2011) beberapa hal dapat menyebabkan terjadinya PJK, yaitu:

Stenosis dan spasme arteri koronaria

Aterosklerosis

Selain itu terdapat beberapa faktor resiko PJK, yaitu :

Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu : usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, etnis.

Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi meliputi: merokok, hiperlipoproteinemia, hiperkolesterolemia, hipertensi, DM, obesitas dan sindrom metabolik, inaktifitas fisik, perubahan keadaan sosial dan stress, kelenjar tiroid yang kurang aktif.

Patofisiologi

Adanya aterosklerosis pembuluh darah koroner, penimbunan lipid dan jaringan fibrosa dalam arteri koroner menyebabkan penyempitan pada lumen pembuluh darah dan menyebabkan resistensi terhadap aliran darah meningkat dan terjadi penurunan kemampuan pembuluh vaskuler untuk melebar sehingga terjadi ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen miokardium dan terjadi infark miokardium yang berakibat terjadinya risiko penurunan cardiac output, nyeri dada dan gangguan pertukaran gas.

Endapan lemak dalam tunika intima menyebabkan terjadinya plak fibrosa dan menjadi ateroma (kompleks aterosklerosis) yang dapat menyebabkan perdarahan, kalsifikasi

dan trombosis yang berakibat terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokardium terganggu.

Manifestasi Klinis

Gejala :

- a. Beberapa hari/ minggu sebelum serangan terjadi tubuh terasa tidak bertenaga, dada tidak enak, saat berolahraga jantung berdenyut keras, napas tersengal – sengal, kadang disertai mual, muntah dan berkeringat.
- b. Nyeri dada. Secara spesifik nyeri yang dirasakan di area dada kiri dan berasal dari dalam, menjalar ke lengan kiri, di ulu hati, dada kanan, nyeri tembus sampai punggung, rahang dan leher. Sensasi nyeri dapat seperti tertusuk – tusuk, terbakar, tertimpa benda berat, panak, seperti disayat.
- c. Takikardi
- d. Keringat dingin
- e. Hipotensi
- f. Tidak bertenaga
- g. Trigliserida sangat tinggi (≥ 800 mg/dl) disertai pembesaran hati dan limpa.

Tanda:

- a. Kadar lemak tinggi
- b. Demam
- c. Mual dan muntah, sakit perut dan kembung
- d. Pucat di wajah
- e. Kulit basah dan dingin
- f. Gerakan lambat
- g. Sesak napas
- h. Cemas dan gelisah
- i. Pingsan

Pemeriksaan diagnostik

1. EKG menunjukkan hipertropi ventrikel kiri, perubahan St-T, aritmia dan adanya gelombang Q.

2. Rontgen dada
3. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar trigliserida
4. Kateterisasi jantung
5. Tomografi
6. Echocardiogram: untuk menunjukkan fungsi atau kapasitas masing-masing ruang pada jantung.
7. *Exercise stress test*: dapat menunjukkan kemampuan jantung beradaptasi terhadap suatu stress/ aktivitas.

Penatalaksanaan

Terapi farmakologis :

Analgetik morfin

Antikoagulan

Antilipemik: lovastatin

Beta bocker adrenergik

Nitrates

Aspirin

Calciu channel blocker

Non farmakologis :

Modifikasi aktifitas

Pembedahan bypass arteri koroner

Coronary artery stent placement

Perubahan diet: rendah kalori, tinggi serat, rendah garam dan rendah lemak

Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTSA).

Asuhan keperawatan

Pengkajian

Nyeri dada dipicu oleh penggunaan tenaga, stress dan berkurang dengan penggunaan nitrogliserin dan istirahat (*Provocate*). Nyeri dengan karakteristik nyeri dada substernal, rasa tertekan, rasa berat atau ketidaknyamanan. Dada terasa seperti diremas, nyeri, terbakar, tersedak, tercekik atau nyeri kram

(*Quality*). Skala, mulai dari ringan sampai dengan berat, akumulasi ketidaknyamanan secara bertahap dan memudar bertahap (*Severity*). Lokasi dibelakang sepertiga tengah atau atas stenum, nyeri menyebar ke leher, rahang, (*Region*). Durasi biasanya 2-10 menit setelah berhenti beraktifitas; nitrogliserin dapat mengurangi rasa nyeri dalam 1 menit (*Duration*) . Faktor presipitasinya adalah aktifitas fisik, terpapar cuaca panas atau dingin, makan makanan yang berat dan berhubungan seksual dapat meningkatkan beban kerja jantung dan meningkatkan kebutuhan oksigen. Manifestasi yang timbul adalah diaforesis, gangguan pencernaan, mual, dyspnea, tekanan darah meningkat, takikardi.

Diagnosa Keperawatan yang sering muncul

1. Nyeri akut
2. Penurunan curah jantung
3. Ansietas

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan PJK berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Nyeri akut	Kontrol nyeri Skala target outcome ke ditingkatkan ke level 4 Indikator: Mengenali kapan nyeri terjadi Menggambarkan faktor penyebab Menggunakan jurnal harian untuk memonitor gejala dari waktu ke waktu	Pemberian analgesik Aktivitas: `tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien. Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan. Cek riwayat adanya riwayat alergi obat.

	<p>Menggunakan tindakan pencegahan</p> <p>Menggunakan analgesik yang direkomendasikan</p> <p>Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan.</p> <p>Menggunakan sumber daya yang tersedia</p> <p>Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri/melaporkan nyeri yang terkontrol.</p>	<p>Evaluasi kemampuan pasien untuk berperan serta dalam pemilihan analgetik, rute dan dosis dan keterlibatan pasien, sesuai kebutuhan.</p> <p>Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan.</p> <p>Tentukan pilihan analgesik berdasarkan tipe dan keparahan nyeri.</p> <p>Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktifitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri.</p> <p>Berikan analgetik sesuai waktu paruhnya, terutama nyeri berat.</p> <p>Evaluasi efektifitas analgesik dengan interval teratur.</p>
<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Kefektivan pomapa jantung</p> <p>Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal)</p> <p>Indikator:</p>	<p>Perawatan jantung Aktifitas:</p> <p>Secara rutin mengecek pasien baik secara fisik dan psikologis sesuai dengan kebijakan tiap agen/ penyedia layanan.</p>

	<p>Tekanan darah sistole</p> <p>Tekanan darah diastole</p> <p>Denyut jantung apikal</p> <p>Indeks jantung</p> <p>Fraksi ejeksi</p> <p>Denyut nadi perifer</p> <p>Ukuran jantung</p> <p>Urin output</p> <p>Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam.</p> <p>Tekanan vena sentral</p> <p>Distensi vena leher</p> <p>Disritmia</p> <p>Suara jantung abnormal</p> <p>Edema perifer</p> <p>Edema paru</p> <p>Diaforesis</p> <p>Mual</p> <p>Kelelahan</p> <p>Dipsnea saat istirahat</p> <p>Dipsnea dengan aktifitas ringan</p> <p>Peningkatan berat badan</p> <p>Asites</p> <p>Hepatomegali</p> <p>Intoleransi aktifitas</p> <p>Pucat</p>	<p>Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung.</p> <p>Dorong adanya peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi pasien sudah distabilkan (dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu istirahat lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktifitas).</p> <p>Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada.</p> <p>Evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada).</p> <p>Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya.</p> <p>Lakukan penilain komprehensif pada sirkulasi perifer (cek nadi perifer, edema,</p>
--	--	---

	<p>Sianosis Wajah kemerahan</p>	<p>pengisuan ulang, kapiler, warna dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen Monitor TTV secara rutin. Monitor disritmia jantung, termasuk gangguan ritme dan konduksi jantung. Dokumentasikan disritmia jantung. Catat tanda dan gejala penurunan curah jantung. Monitor status pernafasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung Monitor abdomen jika terdapat indikasi penurunan perfusi. Monitor keseimbangan cairan. Monitor nilai lab yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit). Evaluasi perubahan tekanan darah Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan Batasi merokok Monitor toleransi aktifitas pasien</p>
--	-------------------------------------	---

		<p>Monitor sesak napas, kelelahan, takipnea dan ortopnea.</p> <p>Lakukan terapi relaksasi</p>
Ansietas	<p>Tingkat kecemasan Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (tidak ada)</p> <p>Indikator: Tidak dapat beristirahat Berjalan mondar- mandir Meremas - remas tangan Sitress Perasaan gelisah Otot tegang Iritabilitas Tidak bisa mengambil keputusan Mengeluarkan rasa marah secara berlebihan. Masalah perilaku Kesulitan berkonsentrasi. Serangan panik Rasa takut yang disampaikan secara lisan</p>	<p>Terapi relaksasi Aktivitas: Gambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia (misalnya musik, meditasi, bernapas dengan ritme, relaksasi rahang dan relaksasi otot progresif)</p> <p>Uji penurunan tingkat energi saat ini, ketidakmampuan untuk konsentrasi atau gejala lain yang mempengaruhi kognisi untuk berfokus pada teknik relaksasi.</p> <p>Tentukan apakah ada intervensi relaksasi dimasa lalu yang sudah memberikan manfaat.</p> <p>Pertimbangkan keinginan individu untuk berpartisipasi, kemampuan berpartisipasi, kemampuan berpartisipasi, pilihan,</p>

	<p>Rasa cemas yang disampaikan secara lisan</p> <p>Peningkatan tekanan darah.</p> <p>Peningkatan frekuensi nadi</p> <p>Peningkatan frekuensi pernapasan.</p> <p>Dilatasi pupil.</p> <p>Berkeringat dingin</p> <p>Pusing</p> <p>Fatigue</p> <p>Penurunan produktifitas</p> <p>Gangguan tidur.</p> <p>Perubahan pola makan.</p>	<p>pengalaman masa lalu dan kontraindikasi sebelum memilih strategi relaksasi tertentu.</p> <p>Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman.</p> <p>Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup</p> <p>Spesifikkan isi intervensi relaksasi (misalnya dengan meminta saran perubahan).</p> <p>Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>Gunakan suara yang lembut dengan irama yang lambat untuk setiap kata.</p> <p>Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada pasien.</p> <p>Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi</p>
--	---	---

		Antisipasi kebutuhan penggunaan relaksasi Evaluasi laporan individu terkait relaksasi yang dicapai secara teratur..
--	--	--

Topik 5

Konsep Rheumatoid Arthritis (RA)

Defenisi RA

Defenisi rheumatoid artritis (RA) adalah penyakit inflamasi kronik, sistemik yang disebabkan oleh destruksi sendi dan deformitas dan menyebabkan diasilitas (Meiner & Lueckenotte, 2006).

Etiologi

Penyebab pasti RA belum diketahui, akan tetapi teori yang secara luas diterima penyebabnya adalah penyakit autoimun yang menyebabkan inflamasi yang menyebabkan inflamasi pada sebagian besar sendi dan kadang - kadang jaringan ikat. Adanya infeksi virus, gangguan metabolisme, genetik, faktor lain: lingkungan dan faktor lingkungan juga diduga merupakan faktor penyebab.

Selain itu, terdapat faktor resiko pada kejadian RA, yaitu jenis kelamin, berdasarkan riset jenis kelamin perempuan yang lebih banyak, adanya riwayat keluarga dengan RA, lanjut usia, terpapar salisilat, merokok, konsumsi kopi lebih dari 3 cangkir sehari (Suarjana, 2009).

Patofisiologi

Reaksi autoimun terjadi dalam jaringan sinovial, pada awalnya terjadi proliferasi makrofag dan fibroblas sinovial, limfosit menginfiltrasi area perivaskuler dan terjadi proliferasi sel endotel

sehingga terjadi neovaskularisasi. Bekuan kecil atau sel inflamasi menyebabkan oklusi pembuluh darah pada sendi di area yang terlibat. Jaringan sinovial yang mengalami inflamasi membentuk pannus, panus menginvasi dan mendestruksi sendi dan tulang rawan. Respon imunologi ini menyebabkan kerusakan sendi dan komplikasi sistemik (Suajana, 2009).

Stadium pada RA ada 3, yaitu :

Stadium sinovitis, pada stadium ini terjadi perubahan pada jaringan sinovial dan tanda yang diperlihatkan adanya hiperemi, edema akibat kongesti, nyeri pada saat istirahat atau saat beraktifitas, pembengkakan dan kekakuan sendi.

Stadium destruksi, terjadi kerusakan pada jaringan sinovial dan jaringan sekitarnya, ditunjukkan dengan adanya kontraksi tendon.

Stadium deformitas, perubahan yang terjadi progresif dan berulang, terjadi deformitas dan gangguan fungsi permanen.

Manifestasi klinis

Menurut Suarjana (2009) terdapat 2 kategori manifestasi klinis pada RA, yaitu manifestasi artikular dan ekstraartikular:

Pada manifestasi artukear RA, secara simetris berupa inflamasi sendi, bursa dan sarung tendo yang menyebabkan timbulnya nyeri, bengkak, kekakuan sendi dan hidrops ringan. Tanda nyeri, bengkak, kemerahan dan teraba hangat ditemukan pada awal/ selama kekambuhan, akan tetapi pada RA kronik tidak ditemukan perabaan hangat dan kemerahan.

Menurut Longo dkk (2012) manifestasi ekstraartikular meliputi :

- a. Konstitusional, tanda gejala yang ditemukan adalah penurunan berat badan, demam $>38,3^{\circ}\text{C}$, kelelahan, malaise, depresi dan pada beberapa kasus ditemukan adanya kakeksia.
- b. Nodul, palpasi nodul teraba tegas, tidak lembut di dekat periosteum, tendo atau bursa. Nodul ini bisa terdapat di paru - paru, pleura, pericardium dan peritoneum.

- c. *Sjogren's syndrome* yang ditandai dengan keratoconjunctivitis sicca (*dry eyes*) atau xerostomia.
- d. Pada jantung yang diakibatkan oleh RA adalah perikarditis, kardiomiopati, miokarditis, penyakit arteri koroner atau disfungsi diastol, paru contohnya penyakit pleura, vaskulitis terjadi pada RA kronis.
- e. Hematologi, terjadi anemia normositik, immune mediated trombocytopenia, neutropenia, splenomegali dan nodular RA.
- f. Limfoma karena penyebaran B-cell lymphoma secara luas.

Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan untuk pemeriksaan RA antara lain pemeriksaan serum untuk IgA, IgM, IgG, antibodi anti-CCP dan RF, analisis cairan sinovial, foto polos sendi, MRI dan ultrasound.

Komplikasi

Efek samping yang dapat timbul akibat penggunaan obat anti inflamasi non steroid adalah gastritis dan ulkus peptik. Terjadi komplikasi syaraf,

Penatalaksanaan RA

RA tidak dapat disembuhkan, terapi RA dimulai dini untuk menurunkan angka perburukan penyakit. Dalam 3 bulan sejak muncul gejala RA penderita harus segera dirujuk untuk diagnosis dan inisiasi terapi DMRD (*disease modifying anti-rheumatic drugs*).

1. Terapi farmakologis meliputi: NSAIDs untuk mengurangi rasa nyeri dan kekakuan sendi, mengurangi inflamasi, pemberian kortikosteroid sistemik untuk memperlambat terjadinya kerusakan sendi dan terapi immunosupresive untuk menghambat proses autoimun.

2. Pengaturan aktifitas dan istirahat, istirahat teratur merupakan hal penting untuk mengurangi gejala penyakit, tetapi harus seimbang dengan latihan gerak untuk tetap menjaga kekuatan otot dan pergerakan sendi.
3. Kompres panas dan dingin, untuk mengurangi nyeri dan inflamasi.
4. Pengaturan nutrisi, apabila berat badan berlebih dapat menurunkan berat badan.
5. Pembedahan. Apabila terjadi kerusakan sendi dan RA progresif, pembedahan dilakukan untuk memperbaiki fungsi dan mengurangi rasa nyeri. Indikasi pembedahan: Arthrotomi untuk membuka persendian, sinovektomi untuk mencegah artritis pada sendi tertentu dan mempertahankan fungsi sendi dan untuk mencegah inflamasi berulang, artroplasty dan arthrodesis.

Pengkajian

Kaji riwayat, kesehatan terkait dengan penyakit, riwayat keluarga dan gejala konstitusional meliputi demam, anoreksia, kehilangan berat badan, kelelahan, durasi kekakuan sendi. Pada pemeriksaan fisik, berpengaruh terhadap kesimetrisan sendi, nyeri, kelembutan, pembengkakan, teraba panas, erytema dan deformitas.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul

1. Nyeri akut
2. Mobilitas fisik, hambatan

Tabel 2.7 Intervensi keperawatan RA berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Nyeri akut	Kontrol nyeri Skala target outcome ditingkatkan ke level 4 Indikator:	Pemberian analgesik Aktivitas : Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri

	<p>Mengenali kapan nyeri terjadi</p> <p>Menggambarkan faktor penyebab</p> <p>Menggunakan jurnal harian untuk memonitor gejala dari waktu ke waktu</p> <p>Menggunakan tindakan pencegahan</p> <p>Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik</p> <p>Menggunakan analgesik yang direkomendasikan</p> <p>Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan.</p> <p>Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan.</p> <p>Menggunakan sumber daya yang tersedia</p> <p>Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri' melaporkan nyeri yang terkontrol.</p>	<p>sebelum mengobati pasien.</p> <p>Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan.</p> <p>Cek riwayat adanya riwayat alergi obat.</p> <p>Evaluasi kemampuan pasien untuk berperan serta dalam pemilihan analgetik, rute dan dosis dan keterlibatan pasien, sesuai kebutuhan.</p> <p>Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan.</p> <p>Tentukan pilihan analgesik berdasarkan tipe dan keparahan nyeri.</p> <p>Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik jenis narkotika jika ditemukan tanda - tanda yang tidak biasanya.</p> <p>Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktifitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri.</p>
--	--	---

		<p>Berikan analgetik sesuai waktu paruhnya, terutama nyeri berat.</p> <p>Evaluasi efektifitas analgesik dengan interval teratur.</p>
<p>Mobilitas: fisik, Hambatan</p>	<p>Pergerakan sendi: jari - jari</p> <p>Skala target outcome pada level 4 (tdeviasi ringan dari kisaran normal).</p> <p>Indikator:</p> <p>Metacarpophalageal ekstensi 0° (R)</p> <p>Metacarpophalageal fleksi 90° (R)</p> <p>Metacarpophalageal hiperfleksi 30° (R)</p> <p>Proksimal interphalageal ekstensi 0° (R)</p> <p>Proksimal interphalageal ekstensi 100-120° (R)</p> <p>Distal interphalageal ekstensi 0° (R)</p> <p>Distal interphalageal fleksi 45-80° (R)</p> <p>Metacarpophalangeal ekstensi 0° (L)</p> <p>Metacarpophalangeal fleksi 90° (L)</p> <p>Metacarpophalangeal hiperfleksi 30° (L)</p>	<p>Terapi latihan: mobilitas sendi</p> <p>Aktivitas:</p> <p>Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi.</p> <p>Kolaborasikan dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan.</p> <p>Tentukan level motivasi pasien untuk meningkatkan atau memelihara pergerakan sendi.</p> <p>Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi.</p> <p>Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas.</p> <p>Inisiasi pengukuran kontrol nyeri sebelum memulai latihan sendi.</p>

	<p>Proksimal interhalangeal ekstensi 0° (L)</p> <p>Proksimal interhalangeal fleksi 100-120° (L).</p> <p>Distal interpalangeal ekstensi 0° (L)</p> <p>Distal interphalangeal fleksi 45-80° (L)</p>	<p>Pakailah baju yang tidak menghambat pergerakan pasien.</p> <p>Lindungi pasien dari trauma selama latihan</p> <p>Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif.</p> <p>Dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana.</p> <p>Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>Instruksikan pasien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif.</p> <p>Sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan</p> <p>Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan ROM aktif</p> <p>Dukung pasien untuk membuat jadwal latihan ROM aktif</p> <p>Dukung pasien untuk melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan.</p>
--	---	---

		<p>Bantu pasien untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai dengan kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.</p> <p>Dukung pasien untuk duduk di tempat tidur, disamping tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi.</p> <p>Dukung ambulasi jika memungkinkan</p> <p>Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan</p> <p>Sediakan dukungan positif dalam melakukan latihan sendi.</p>
--	--	---

Topik 6

Konsep Demensia

Defenisi Demensia

Demensia adalah sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensia, belajar dan daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi, perhatian dan konsentrasi, penyesuaian dan kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2009).

Etiologi

Menurut Nugroho (2008) penyebab demensia dikategorikan dalam 3 kategori, yaitu: a) Etiologi dengan penyakit yang penyebabnya tidak dikenal kelainan, yaitu terdapat pada tingkat

subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim atau pada metabolisme. b) Etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, penyebabnya adalah: penyakit degenerasi spino-serebral, sub akut leuko-ensefalitis sklerotik fan bogaert, khorea huntington. c) Etiologi penyakit yang dapat diobati, diantaranya adalah: penyakit cerebro kardiovaskuler.

Klasifikasi Demensia

Demensia menurut usia: demensia prasenilis (<65 tahun) dan demensia senilis (>65 tahun); Demensia vaskuler; Demensia kerusakan struktur otak; Demensia menurut perjalanan penyakit: reversibel dan irreversibel; Menurut sifat klinis: demensia proprius dan pseudo-demensia.

Manifestasi Klinik

1. Terjadinya penurunan daya ingat, lupa.
2. Disorientasi waktu dan tempat.
3. Terjadi penurunan kemampuan menyusun kata menjadi kalimat atau bahkan tidak mampu menyusun kata, kata yang tidak tepat untuk suatu kondisi, mengulang cerita yang sama berkali - kali.
4. Ekspresi yang berlebihan. Misalnya marah terhadap masalah kecil.
5. Perubahan perilaku, menarik diri, gelisah, acuh.

Penatalaksanaan

Sebagian besar demensia tidak dapat disembuhkan.

Farmakologis

- a. Demensia alzheimer menggunakan obat antikoliesterase, contoh: galantamine.
- b. Demensia vaskuler dengan obat anti platelet, contoh aspirin.
- c. Demensia akibat stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, akan tetapi dapat dihambat perkembangannya atau

dihentikan dengan mengobati kausanya, misalnya hipertensi, DM yang berhubungan dengan stroke.

- d. Bila penyebabnya depresi, diberikan antidepresi.
- e. Untuk mengendalikan perilaku yang berlebihan dapat menggunakan anti psikotik.

Dukungan atau peran keluarga: Bantu pasien terhadap orientasi dengan memfasilitasi pemasangan kalender yang besar, pencahayaan yang terang, jam dinding dan berupaya untuk mempertahankan lingkungan yang familiar.

Terapi simptomatik: Diet, latihan fisik yang sesuai, terapi rekreasional dan aktifitas, penanganan masalah.

Pencegahan dan perawatan demensia

Dapat dilakukan dengan mempertajam daya ingat dan mengoptimalkan fungsi otak dengan cara:

- a. Mencegahnya masuknya zat yang dapat merusak sel otak, diantaranya adalah: alkohol dan zat adiktif yang berlebihan.
- b. Membiasakan membaca buku.
- c. Kegiatan rohani
- d. Mempertahankan interaksi dengan lingkungan, berkumpul dengan kelompok dengan persamaan minat dan hobi.
- e. Mengatasi stress

Pemeriksaan diagnostik

- a. Pemeriksaan laboratorium
- b. CT Scann dan MRI
- c. Pemeriksaan EEG
- d. Pemeriksaan serebrospinal
- e. Pemeriksaan genetik
- f. Pemeriksaan neuropsikologis

Komplikasi

Menurut Kusharyadi (2010) komplikasi yang dapat terjadi pada lansia dengan demensia adalah: Peningkatan resiko infeksi

diseluruh bagian tubuh, Tromboemboli, infark miokardium, Kejang, Kontraktur pada sendi, Defisit perawatan diri karena penurunan kemampuan, Malnutrisi dan dehidrasi

Asuhan keperawatan

Pengkajian

Data fokus meliputi riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik lansia. Riwayat keperawatan meliputi riwayat kesehatan yang diduga merupakan faktor resiko timbulnya demensia, yaitu penyakit degeneratif, penyakit CVA, gagal jantung, trauma otak, infeksi dan lain - lain.

Kaji awitan dan karakteristik gejala (tentukan jenis dan stadium gangguan). Menetapkan status kognitif dengan menggunakan alat ukur standar. Tentukan kemampuan perawatan diri. Menilai ancaman terhadap keamanan fisik (misalnya mengembara, pengujian realitas buruk). Menilai mempengaruhi dan respon emosional. Kaji kemampuan dan tingkat dukungan yang tersedia bagi pengasuh. Gangguan Komunikasi terkait dengan gangguan serebral seperti yang ditunjukkan oleh memori, penilaian, dan penemuan kata yang berubah. Kaji tingkat kemandirian, Kaji resiko cedera, Risiko untuk Kekerasan: Self-directed atau Other-directed terkait dengan kecurigaan dan ketidakmampuan mengenali orang atau tempat.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul

1. Hambatan komunikasi verbal
2. Resiko jatuh

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Demensia berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
<p>Hambatan komunikasi verbal</p>	<p>Tingkat demensia Skala target outcome dipertahankan ke tingkat 3 (sedang). Indikator: Kesulitan mengingat peristiwa yang baru terjadi Kesulitan mengingat nama Kesulitan mengenal anggota keluarga Kesulitan mengingat nama benda yang lazim dikenal Kesulitan menemukan jalan ke tempat yang lazim dikenal. Kesulitan mempertahankan percakapan Kesulitan menafsirkan isyarat fisiologis Kesulitan memproses informasi. Kesulitan mengikuti perintah kompleks</p>	<p>Manajemen demensia Aktivitas: Sertakan anggota keluarga dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi perawatan sejauh yang diinginkan. Identifikasi pola - pola perilaku biasa untuk kegiatan seperti tidur, penggunaan obat, eliminasi, asupan makanan dan perawatan diri. Tentukan riwayat fisik, sssial, psikologis kebiasaan dan rutinitas pasien. Tentukan jenis dan tingkat defisit kognitif dengan menggunakan alat pengkajian yang terstandar. Monitor fungsi kognitif, menggunakan alat pengkajian yang terstandar. Tentukan harapan - harapan perilaku yang sesuai dengan status kognitif pasien.</p>

	<p>Kesulitan memecahkan masalah</p> <p>Kesulitan mengekspresikan kebutuhan.</p> <p>Kesulitan melakukan kegiatan dasar hidup sehari - hari (ADL).</p> <p>Kesulitan melakukan kegiatan alat bantu sehari - hari (IADL).</p> <p>Kesulitan menafsirkan rangsangan lingkungan.</p> <p>Keluyuran yang tidak aman.</p> <p>Imobilitas.</p> <p>Disorientasi waktu</p> <p>Disorientasi tempat</p> <p>Disorientasi orang</p> <p>Inkontinensia usus</p> <p>Inkontinensia urin</p> <p>Gangguan pola tidur/ bangun</p> <p>Gangguan pada kegiatan sosial</p> <p>Depresi</p> <p>Agitasi</p> <p>Iritabilitas</p> <p>Agresi</p> <p>Kecurigaan</p> <p>Penarikan diri secara sosial</p>	<p>Sediakan lingkungan dengan stimulus yang rendah (misalnya lingkungan yang tenang, musik menenangkan; redup dan sederhana, pola yang tidak asing pada dekorasi; harapan - harapan kinerja yang tidak melebihi kemampuan pengolahan kognitif dan makan dalam kelompok kecil.</p> <p>Berikan pencahayaan memdai yang tidak menyilaukan.</p> <p>Identifikasi dan singkirkan potensi bahaya di lingkungan pasien.</p> <p>Kenakan gelang identitas pasien.</p> <p>Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas sehari - hari yang konsisten.</p> <p>Siapkan untuk berinteraksi dengan menggunakan kontak mata dan sentuhan yang sesuai.</p> <p>Panggil klien dengan jelas, dengan nama ketika memulai interaksi dan bicara perlahan.</p>
--	---	--

	<p>Perubahan kepribadian</p> <p>Perubahan tingkat kesadaran.</p>	<p>Berikan suatu arahan sederhana pada suatu waktu.</p> <p>Bicara dengan suara jelas, rendah , hangat, nada menghormati.</p> <p>Gunakan distraksi/ pengalihan daripada melakukan konfrontasi untuk mengelola perilaku.</p> <p>Berikan perhatian/ hubungan positif tanpa syarat.</p> <p>Berikan waktu istirahat untuk mencegah kelelahan dan mengurangi stress.</p> <p>Monitor nutrisi dan berat badan.</p> <p>Berikan ruangan yang aman untuk perilaku mondar - mandir dan keluyuran.</p> <p>Berikan isyarat/ petunjuk, seperti peristiwa ini, musim, lokasi dan nama - nama untuk membantu orientasi.</p> <p>Berikan pasien (aktivitas) orientasi yang umum dan sesuai musim pertahun dengan menggunakan isyarat/ petunjuk yang tepat (misal, dekorasi hari libur)</p>
--	--	---

		Kurangi tingkat kebisingan dengan menghindari sistem panggilan dan lampu panggilan yang berdering atau bunyi berdengung..
Risiko terjadinya jatuh	<p>Perilaku pencegahan jatuh Skala target outcome dipertahankan pada tingkat 3 (kadang - kadang menunjukkan)</p> <p>Indikator: Meminta bantuan Menggunakan pegangan tangan seperti yang diperlukan. Menggunakan batang pegangan seperti yang diperlukan. Menggunakan perangkat koreksi penglihatan Menyediakan bantuan untuk bergerak Memberikan pencahayaan yang memadai</p>	<p>Manajemen lingkungan: keselamatan. Aktivitas: Identifikasi kebutuhan keamanan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu. Identifikasi hal - hal yang membahayakan lingkungan (misalnya bahaya fisik, biologi dan kimia). singkirkan bahan berbahaya dari lingkungan jika diperlukan. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan berbahaya dan beresiko. Sediakan alat untuk beradaptasi (misalnya kursi untuk pijakan dan pegangan tangan). Gunakan peralatan perlindungan (misalnya pengekangan, pengangan pada sisi, kunci pintu,</p>

	<p>Menggunakan bangku dan tangga dengan aman.</p> <p>Menyesuaikan toilet sesuai yang diperlukan.</p> <p>Menyesuaikan ketinggian kursi sesuai yang diperlukan.</p> <p>Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai yang diperlukan.</p> <p>Kontrol ketidakmampuan beristirahat.</p>	<p>pagar dan gerbang) untuk membatasi mobilitas fisik atau akses situasi yang membahayakan.</p> <p>Monitor lingkungan terhadap terjadinya perubahan status keselamatan.</p> <p>Edukasi individu dan kelompok beresiko tinggi terhadap bahan berbahaya yang ada di lingkungan.</p>
--	---	---

Topik 7

Konsep osteoporosis

Defenisi osteoporosis

Osteoporosis adalah kelainan di mana terjadi penurunan massa tulang total. Terdapat perubahan pergantian tulang homeostasis normal, kecepatan resorpsi tulang lebih besar dari kecepatan pembentukan tulang, mengakibatkan penurunan masa tulang total. Tulang secara progresif menjadi porus, rapuh dan mudah patah; tulang menjadi mudah fraktur dengan stres yang tidak akan menimbulkan pengaruh pada tulang normal (Brunner&Suddarth, 2000).

Klasifikasi Osteoporosis

Osteoporosis dibagi menjadi 2 kelompok yaitu: Osteoporosis primer, berkaitan dengan kelainan tulang, sehingga menyebabkan peningkatan proses resorpsi di tulang trabekula dan

beresiko meningkatkan risiko fraktur vertebra dan colles. Pada wanita paska menopause terjadi karena defisiensi estrogen terjadi pada usia sekitar 51 - 75 tahun. Osteoporosis sekunder terjadi sekitar 15% dari kasus, disebabkan oleh penyakit di luar tulang, diantaranya adalah hipertiroidisme, hiperparatiroidisme, gangguan gastrointestinal, neoplasma dan pecandu alkohol. Selain itu, penggunaan obat - obat tertentu dalam jangka panjang juga dapat menyebabkan osteoporosis sekunder, misalnya kortikosteroid, phenitoin, heparin.

Etiologi

Beberapa faktor dapat mempengaruhi massa tulang pada lanjut usia, yaitu :

Determinan massa tulang: Faktor genetik, perbedaan genetik mempengaruhi kepadatan tulang, hal ini dapat terlihat dari perbedaan bangsa memiliki kepadatan tulang yang berbeda. Faktor mekanis, beban mekanik yang berat menyebabkan massa otot besar dan massa tulang juga besar. Faktor makanan dan hormon, pada masa pertumbuhan hormon dengan asupan nutrisi yang cukup (protein dan mineral), pertumbuhan tulang optimal yang juga dipengaruhi oleh genetik.

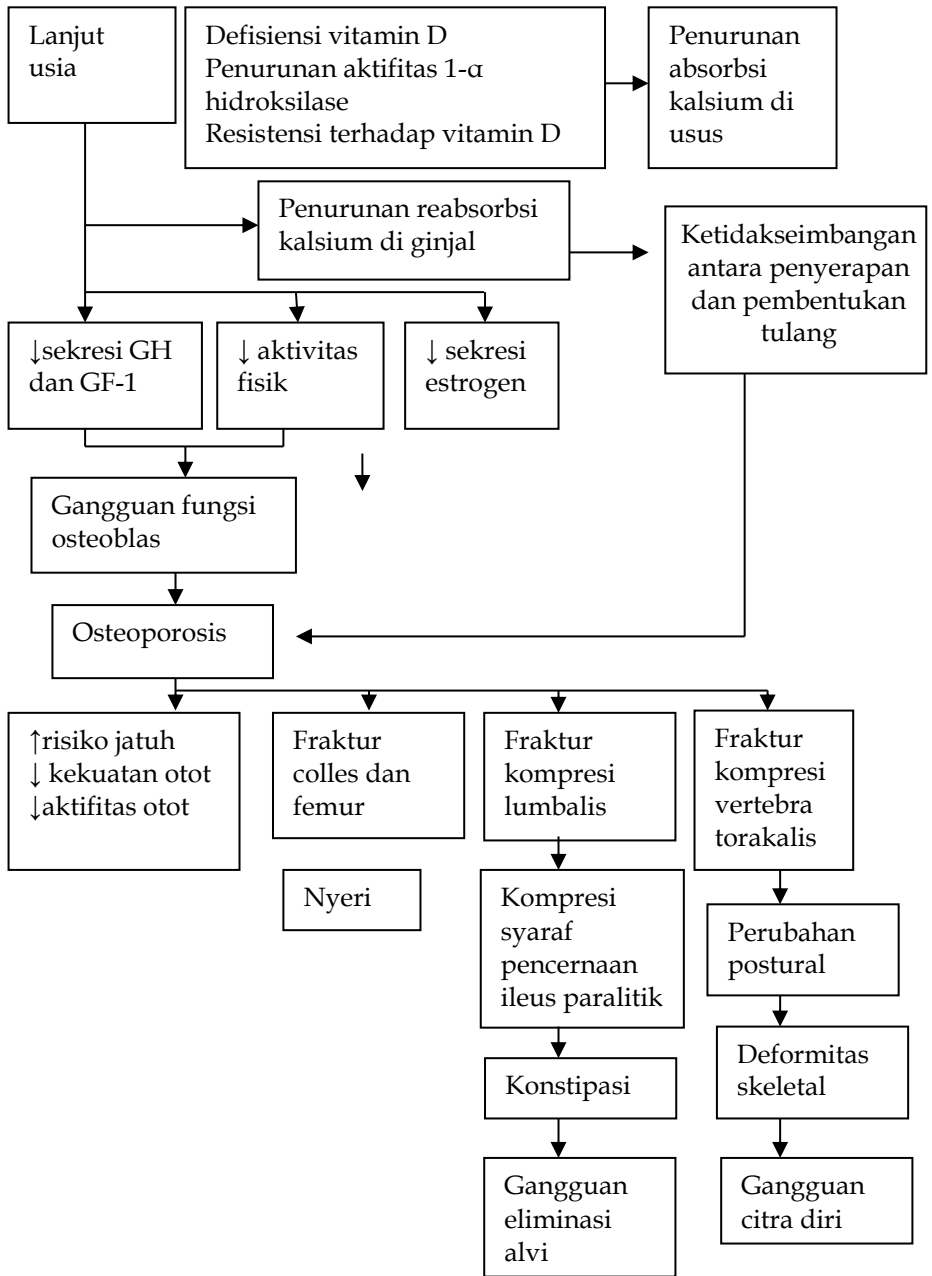
Determinan penurunan massa tulang: Faktor genetik, individu yang memiliki tulang kecil lebih berisiko mengalami fraktur. Faktor mekanis merupakan faktor terpenting dalam proses penurunan massa tulang sehubungan dengan proses penuaan. Pada lanjut usia dengan penurunan aktivitas dapat menurunkan massa tulang. Kalsium, merupakan nutrisi yang penting dalam sistem muskuloskeletal. Pada wanita pre menopause dengan asupan kalsium rendah dan absorpsi yang kurang optimal maka akan menyebabkan keseimbangan kalsium negatif. Protein, asupan protein akan menyebabkan ekskresi asam amino yang mengandung sulfat melalui urin, hal ini dapat meningkatkan ekskresi kalsium. Hormon estrogen yang menurun menyebabkan gangguan keseimbangan kalsium karena terjadi penurunan efisiensi absorpsi kalsium dari makanan dan menurunkan konservasi kalsium di

ginjal. Konsumsi kafein dapat meningkatkan ekskresi kalsium melalui urin maupun feses. Konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok juga dapat menyebabkan penurunan kalsium.

Manifestasi klinis

1. Kepadatan tulang yang berkurang secara perlahan pada awal osteoporosis tidak menimbulkan gejala.
2. Nyeri dapat timbul mendadak, tanpa disertai fraktur maupun disertai fraktur.
3. Nyeri hebat dan terlokalisasi pada area vertebra yang mengalami osteoporosis.
4. Nyeri berkurang pada saat istirahat di tempat tidur.
5. Nyeri ringan pada saat bangun tidur dan bertambah jika melakukan aktifitas.
6. Penurunan berat badan akibat adanya deformitas vertebra torakalis.

Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi Osteoporosis

Pemeriksaan diagnostik

1. Pemeriksaan radiologis, untuk mengetahui densitas massa tulang, gambaran khas yang terlihat adalah penipisan korteks dan daerah trabekuler.
2. Pemeriksaan densitas massa tulang (densitometri), apabila nilai BMD (*Bone Mineral Density*) $-2,5$ maka terjadi osteoporosis dan mengalami osteopenia bila BMD antara $-2,5$ dan -1 , normal apabila BMD >-1 . Metode untuk menilai densitas massa tulang menggunakan: SPA (single photon absorptiometry), DPA (dual photon absorptiometry), QCT (quantitative computer tomography).
3. Sonodensitometri; MRI; Biopsi tulang dan histomorfometri; Ct scan
4. Pemeriksaan laboratorium: kadar Ca, P, fosfatase alkali, HPT, ekskresi fosfat dan hidroksipolin, kadar $1,25-(OH)_2-D_3$ absorpsi Ca menurun.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul

1. Nyeri kronis
2. Hambatan mobilitas fisik
3. Risiko cedera: fraktur

Tabel 2.9 Intervensi keperawatan Osteoporosis berdasarkan NOC dan NIC

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Nyeri kronis	Status kenyamanan fisik Skala target outcome dipertahankan pada tingkat 5 (tidak terganggu) Indikator: Kontrol terhadap gejala Kesejahteraan fisik Relaksasi otot	Manajemen nyeri Aktivitas: Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.

	<p>Posisi yang nyaman Perawatan pribadi dan kebersihan Intake makanan Intake cairan Tingkat energi Nyeri otot</p>	<p>Observasi adanya petunjuk non verbal, mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang dapat berkomunikasi secara efektif.</p> <p>Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri. Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien. Gali bersama pasien faktor - faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri. Bantu keluarga dalam mencari dan</p>
--	---	--

		<p>menyediakan dukungan.</p> <p>Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.</p> <p>Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan dan suara bising).</p> <p>Kurangi atau eliminasi faktor - faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan).</p> <p>Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai dengan kebutuhan .</p>
--	--	---

		<p>Ajarkan prinsip - prinsip manajemen nyeri.</p> <p>Pertimbangkan tipe dan sumber nyeri ketika memilih strategi penurunan nyeri.</p> <p>Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat.</p> <p>Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi.</p>
Hambatan mobilitas fisik	<p>Tingkat ketidaknyamanan.</p> <p>Skala outcome dipertahankan pada tingkat 4 (ringan).</p> <p>Indikator:</p> <p>Nyeri</p> <p>Cemas</p> <p>Menderita</p> <p>Tidak dapat beristirahat</p> <p>Sindrom restless legs</p> <p>Meringis</p> <p>Ketegangan wajah</p>	<p>Manajemen lingkungan</p> <p>Aktivitas:</p> <p>Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien.</p> <p>Identifikasi kebutuhan keamanan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu.</p> <p>Singkirkan bahaya lingkungan (misalnya karpet yang longgar dan kecil, furnitur yang dapat dipindahkan).</p> <p>Singkirkan benda - benda berbahaya dari lingkungan.</p> <p>Sediakan tempat tidur dengan ketinggian yang rendah yang sesuai.</p>

		<p>Sediakan perangkat - perangkat adaptif (misalnya, bangku pijakan atau pegangan tangan) yang sesuai.</p> <p>Tempatkan furniture di kamar dengan pengaturan terbaik untuk mengakomodasi disabilitas pasien/ keluarga.</p> <p>Letakkan benda yang sering digunakan dalam jangkauan pasien.</p> <p>Pertimbangkan estetika lingkungan ketika memilih teman sekamar.</p> <p>Sediakan kasur yang kokoh.</p> <p>Edukasi pasien dan pengunjung mengenai perubahan/ tindakan pencegahan, sehingga mereka tidak akan dengan sengaja mengganggu lingkungan yang direncanakan.</p>
<p>Risiko cedera</p>	<p>Kontrol risiko:osteoporosis Skala outcome dipertahankan pada tingkat 4 (Sering menunjukkan).</p>	<p>Pencegahan jatuh Aktivitas: Identifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari pasien yang mungkin meningkatkan</p>

	<p>Indikator:</p> <p>Mencari informasi terkait osteoporosis</p> <p>Mengidentifikasi faktor risiko individu terkait osteoporosis.</p> <p>Memonitor faktor risiko individu</p> <p>Memilih makanan yang mengandung kalsium untuk memenuhi kebutuhan tubuh.</p> <p>Mengonsumsi suplemen kalsium sesuai anjuran.</p> <p>Mengonsumsi suplemen vitamin D sesuai anjuran.</p> <p>Mencegah penggunaan rokok/tembakau.</p> <p>Mempertahankan berat badan sesuai yang dianjurkan.</p> <p>Mengikuti aktivitas penurunan berat badan sesuai usia.</p> <p>Melakukan pemeriksaan secara rutin.</p> <p>Melaporkan riwayat keluarga terkait osteoporosis.</p>	<p>potensi jatuh pada lingkungan tertentu.</p> <p>Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh.</p> <p>Kaji ulang riwayat jatuh bersama dnegn pasien dan keluarga.</p> <p>Identifikasi karakteristik lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh (misalnya lantai licin dan tangga terbuka).</p> <p>Monitor gaya berjalan (terutaa kecepatan), keseimbangan dan tingkat kelelahan dengan ambulasi.</p> <p>Tanyakan pasien mengenai persepsi keseimbangan dengan tepat.</p> <p>Berbagi dengan pasien terhait hasil observasi pada gaya berjalan (terutama kecepatan) dan pergerakan.</p> <p>Sarankan perubahan pada gaya berjalan (terutama kecepatan) pada pasien.</p> <p>Ajarkan pasien untuk beradaptasi terhadap</p>
--	---	---

	<p>Melaporkan riwayat fraktur.</p> <p>Mengidentifikasi obat - obatan yang dapat mengurangi kepadatan tulang.</p> <p>Melaporkan penggunaan obat - obatan yang dapat mengurangi kepadatan tulang.</p> <p>Melakukan pemeriksaan untuk mengevaluasi kepadatan mineral tulang.</p> <p>Mengikuti anjuran sesuai dnegan hasil evaluasi kepadatan mineral tulang.</p> <p>Mengonsumsi obat anti resorptif sesuai resep.</p> <p>Melaporkan efek samping obat anti resorptif sesuai resep.</p> <p>Mengikuti terapi biofosfat oral dengan tepat.</p> <p>Memonitor perubahan status kesehatan.</p> <p>Manfaatkan dukungan personal</p>	<p>modifikasi gaya berjalan yang telah disarankan (terutama kecepatan).</p> <p>Sediakan alat bantu (misalnya tongkat atau walker) untuk menyeimbangkan gaya berjalan (terutama kecepatan).</p> <p>Dukung pasien untuk menggunakan tongkat atau walker dengan tepat.</p> <p>Letakkan benda - benda dalam jangkauan yang mudah bagi pasien.</p> <p>Instruksikan pasien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan dengan tepat.</p> <p>Ajarkan pasien bagaimana jika jatuh, untuk meminimalkan cedera.</p> <p>Berikan tanda untuk mengingatkan pasien agar meminta bantuan saat keluar dari tempat tidur dengan tepat.</p> <p>Monitor kemampuan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya.</p>
--	---	--

	<p>untuk mengurangi risiko osteoporosis. Memanfaatkan fasilitas di masyarakat untuk mengurangi risiko osteoporosis.</p>	<p>Gunakan teknik yang tepat untuk memindahkan pasien dari dan ke kursi roda, tempat tidur, toilet dan lainnya.</p> <p>Sediakan tempat duduk toilet yang ditinggikan untuk memudahkan perpindahan.</p> <p>Sediakan kursi dengan ketinggian yang tepat, dengan sandaran tangan dan punggung yang mudah dipindahkan.</p> <p>Gunaan pegangan tangan dengan panjang dan tinggi yang tepat untuk mencegah jatuh dari tempat tidur sesuai kebutuhan.</p> <p>Letakkan tempat tidur mekanik pada posisi yang paling rendah.</p> <p>Sediakan permukaan tidur yang dekat dengan lantai sesuai kebutuhan.</p> <p>Bantu eliminasi dengan frekuensi dan interval terjadwal.</p> <p>Pindahkan barang - barang yang diletakkan rendah (tempat sepatu,</p>
--	---	--

		<p>meja) yang membahayakan.</p> <p>Tempatkan pagar di pintu keluar yang mengarah ke tangga.</p> <p>Sediakan permukaan yang tidak licin pada bak mandi dan pancuran.</p> <p>Ajarkan anggota keluarga mengenai faktor risiko yang berkontribusi terhadap adanya kejadian jatuh dan bagaimana keluarga bisa menurunkan risiko ini.</p> <p>Bantu keluarga mengidentifikasi bahaya di rumah dan memodifikasi (bahaya tersebut).</p>
--	--	--

Ringkasan

Perubahan struktur, fisiologi, perubahan gaya hidup dan diet turut andil terhadap kejadian suatu penyakit degeneratif diantaranya adalah hipertensi, stroke, penyakit jantung koroner, DM tipe 2, rheumatoid arthritis, demensia dan osteoporosis.

Dalam konsep asuhan keperawatan hal yang paling penting untuk menegakkan diagnosa adalah pengkajian keperawatan, dalam melakukan pengkajian sebaiknya menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang sesuai dengan lansia dan memanfaatkan data sekunder yang berasal dari keluarga maupun dari petugas kesehatan yang merawat klien.

Tes Formatif

1. Seorang pria usia 70 tahun, pada 6 bulan lalu istrinya meninggal dunia dikarenakan sakit. Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari anaknya, ayahnya lebih senang menyendiri, mengurung diri di kamar. Selama pengkajian, kontak mata kurang, banyak menunduk, pandangan kosong dan menangis disaat ditanya tentang mendiang istrinya. Klien mengeluh nafsu makan menurun, susah tidur pada malam hari dan malas bergaul dengan para tetangganya.

Pertanyaan: Apa masalah keperawatan yang dialami Lansia tersebut?

- a. Isolasi sosial menarik diri
 - b. Depresi
 - c. Harga diri rendah
 - d. Nutrisi kurang dari kebutuhan
 - e. Gangguan istirahat tidur
-
2. Jika anda menemukan lansia yang menderita sakit menahun yang ditampung oleh salah satu warga yang kurang mampu, semua kebutuhan pasien dipenuhi seadanya oleh warga sampai pasien diputuskan untuk dibawa ke PSTW oleh warga setempat. Pertanyaan: Sebagai perawat, Hal utama yang anda lakukan dari kasus diatas adalah?
 - a. berikan perawatan stadium terminal
 - b. siapkan segera sarana dan fasilitas yang memadai
 - c. berikan askep geriatric di bagian kronis
 - d. berikan sarana pembinaan sesuai dengan kondisi pasien
 - e. rujuk segera pasien ke rumah sakit dan dirawat di bangsal geriatric
 3. Ners M. mengajarkan tentang teknik senam otak bagi lansia di PSTW, diakhir sesi penyuluhan, Ners M meminta lansia untuk melakukan senam otak seperti yang sudah diajarkan dalam penyuluhan tersebut
Pertanyaan: Apakah jenis evaluasi yang dilakukan oleh Ners M?
 - a. formatif

- b. sumatif
 - c. partisipatif
 - d. normatif
 - e. administratif
4. Seorang perempuan lansia usia 70 tahun dibawa keluarganya ke physiatrer. Keluarga mengatakan 5 bulan terakhir, nenek lansia tersebut mengurung diri dikamar, hanya mau mandi 1x sehari, nafsu makan menurun, dan tidak mau menceritakan masalahnya.
- Pertanyaan: Apa teknik yang tepat bagi anda sebagai perawat profesional demi menggali masalah yang dialami klien lansia tersebut?
- a. Beri perhatian terus menerus pada klien walaupun ia tidak mau bicara
 - b. Anjurkan klien melakukan perawatan diri secara mandiri
 - c. Anjurkan keluarga untuk memberikan perawat khusus kepada lansia tersebut
 - d. Anjurkan klien menggunakan antidepresan secara teratur
 - e. Berikan pasien lingkungan yang tenang dan nyaman.

Kunci Jawaban Tes Formatif

- 1. A
- 2. C
- 3. A
- 4. A

Daftar Pustaka

- Kemenkes RI. 2014. *Situasi dan Analisis Lanjut Usia. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Jakarta.*
- Meiner S.E & Lueckenotte A.G. 2006. *Gerontologic Nursing third edition.* Mosby Elsevier: USA.
- Ismayadi. 2004. *Proses Menua (Aging Proses).*Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara.
- Rigaud A.S & Forette B. 2001. *Hypertension in Older Adults.* The Journals of Gerontology: Series A, Volume 56, Issue 4, 1 April 2001, Pages M217–M225, <https://doi.org/10.1093/gerona/56.4.M217>.
- Joint National Committee. 2003. *The seventh report of the Joint National Committee on the prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure.* Dibuka dari website : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>.
- Liu M, He Y, Jiang B, Wang J, Wu L, Wang Y, Zhang D, Zeng J, and Yao Y. 2015. *Association Between Family History and Hypertension Among Chinese Elderly.* Medicine (Baltimore). 2015 Dec; 94(48): e2226. Published online 2015 Dec 7. doi: 10.1097/MD.0000000000002226.
- Anggraini, AD., Waren, S., Situmorang, E., Asputra, H., dan Siahaan, SS. 2009. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pasien Yang Berobat Di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang Periode Januari Sampai Juni 2008.*Fakultas Kesehatan. Universitas Riau. Files of DrsMed-FK UNRI : 1-41.
- Novitaningtyas. 2014. *Hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia di Kelurahan Makamhaji Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo.* Skripsi Program Studi Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Sarwanto, Wilujeng L.K dan Rukmini.2009. *Penyakit hipertensi penduduk di indonesia dan faktor yang berisiko*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Volume 12 No 2 April 2009, hal 154-162.
- Ambrose J.A, Barua R.S. 2004. *The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update*. Journal of the American College of Cardiology, Volume 43, Issue 10, 19 May 2004, Pages 1731-1737.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704004346> dibuka tanggal 10 Oktober 2017.
- Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. 2010. *Cigarette smoking and hypertension*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550499> dibuka tanggal 1 Oktober 2017.
- Winderlich M. 2009. The Facts About Salt and High Blood Pressure.
<https://www.everydayhealth.com/hypertension/managing/consume-less-salt.aspx> dibuka tanggal 1 Oktober 2017.
- Nurkhalida.2003.Warta Kesehatan Masyarakat.Depkes RI. Jakarta.
- Subramanian V.2015. Hubungan antara Stres dan Tekanan Darah Tinggi pada Mahasiswa. ISM,Vol 2No 1, Januari - April, hal 4-7.
https://www.researchgate.net/publication/313288531_HUBUNGAN_ANTARA_STRES_DAN_TEKANAN_DARAH_TINGGI_PADA_MAHASISWADOI: 10.15562/ism.v2i1.74. dibuka tanggal 10 September 2017.
- Rimbawan & Siagian.2004. Indeks Glikemiks Pangan. Bogor: Penebar Swadaya.
- Afriwardi.2009. Ilmu Kedokteran Olahraga. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Putriastuti L.2015. Analisis Hubungan Antara Kebiasaan Olahraga dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien Usia 45 tahun keatas. Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol 4 No 2, Mei 2016:225-236. doi: 10.20473/jbe.v4i2.2016.225-236.
- Kembuan IY, Kandou G, Kaunang WPJ. 2015. Hubungan Obesitas Dengan Penyakit Hipertensi Pada Pasien Poliklinik Puskesmas Touluaan Kabupaten Minahasa Tenggara.

- Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Feryadi, R., Sulastri, D., Kadri, H.2014. Hubungan Kadar Profil Lipid dengan Hipertensi pada Masyarakat Etnik Minangkabau di Kota Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014: 3(2). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Dibuka tanggal 10 Oktober 2017.
- Jatiningsih, K.2016. 'Pengaruh senam lansia terhadap tekanan darah pada lanjut Usia dengan Hipertensi di Posyandu Lanjut Usia di desa Wotgaleh Sukoharjo'. Skripsi, Fakultas ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Oliva, R.V., Bakris, G.L.2012. Management of hypertension in the elderly population. *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 67, Issue 12, 1 December 2012, Pages 1343-1351, <https://doi.org/10.1093/gerona/gls148>.
- Ovianasari,A. 2015. 'Pengaruh Latihan Yoga terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Dusun Niten Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta'.Skripsi, Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Udani, G. 2016. Pengaruh Massase pada Penderita Hipertensi di UPTD Panti Tresna Werdha Lampung Selatan. *Jurnal Kesehatan*, volume VII, Nomor 3, November 2016, hlm 503-507.
- Winarto, E. 2008. Efek Hipnosis terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Primer di RSUD Banyumas. Tesis, Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Beckerman, J.2016. Symptoms of high blood pressure. <https://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/hypertension-symptoms-high-blood-pressure> dibuka tanggal 2 Oktober 2017.
- Muzahim,S.A.K.2014. Hypertension in the Elderly, Awareness, Control And Complications Cross-Sectional Study. *Diyala Journal of Medicine* Volume 6, Issue 1, April 2014.

- Sakarnadi, A.2016. Diagnosis dan Pemeriksaan Hipertensi. <https://duniasehat.net/2016/10/13/diagnosis-dan-pemeriksaan-pemeriksaan-hipertensi/> dibuka 10 Oktober 2017.
- Ayustri,R. 2016. *Konsep Dasar Penyakit Stroke Lansia*. <http://ristalikestar.blogspot.co.id/2016/03/konsep-dasar-penyakit-stroke-lansia.html> dibuka tanggal 1 September 2017.
- Mardatillah, S. 2014. *Penatalaksanaan Stroke*. <https://wailineal.blogspot.co.id/2014/09/penatalaksanaan-stroke.html> dibuka tanggal 1 September 2017.
- Yudha, S. 2013. *Asuhan Keperawatan Stroke atau CVA (Cerebrovascular attack)*. <http://istanakeperawatan.blogspot.co.id/2011/11/asuhan-keperawatan-stroke-atau-cva.html> dibuka tanggal 10 September 2017.
- Belleza, M. 2016. *Cerebrovascular Accident (Stroke)*. <https://nurseslabs.com/cerebrovascular-accident-stroke/> dibuka tanggal 1 Nopember 2017.
- Meiner, S.E & Lueckenotte, A.G. 2006. *Gerontologic Nursing Third Edition*. United States of America: Mosby Elsevier.
- Bulechek, G, Butcher, H.K, Dochterman, J.M, Wagner, C.M. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC).6th Edition*. Missouri:Elseiver Mosby.
- Moorhead, Sue., Johnson Marion., Mass Meridean, L., Swanson, Elisabeth. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) fifth edition*. United States of America: Elsevier.
- Boedisantoso, A.R. 2009."Komplikasi Akut Diabetes Mellitus "Dalam Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu Edisi Ke 7 Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Belleza, M. 2016. *Diabetes Mellitus*. <https://nurseslabs.com/diabetes-mellitus/> dibuka tanggal 1 Oktober 2017.
- Maryam, S. Dkk. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Lansia*. Jakarta: Trans Info Media

- Rochmah, W., 2006, *Diabetes Melitus Pada Usia Lanjut, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi Ketiga, Editor Suyono, S., 1857, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Rnpedia. 2017. Coronary artery Disease Nursing Cara Plan & Management. <https://www.rnpedia.com/nursing-notes/medical-surgical-nursing-notes/coronary-artery-disease/> dibuka tanggal 7 September 2017.
- Arifuddin.2012.Laporan Pendahuluan Penyakit Jantung Koroner Lengkap. <http://thelostamasta.blogspot.co.id/2012/09/laporan-pendahuluan-penyakit-jantung.html> dibuka tanggal 1 Oktober 2017.
- Zulkarnain, N. 2011. Asuhan Keperawatan (Askep) Penyakit Jantung Koroner (PJK). http://nuzulul-fkp09.web.unair.ac.id/artikel_detail-36401-ep%20Kardiovaskuler-Askep%20Penyakit%20Jantung%20Koroner.html#popup dibuka tanggal 1 September 2017.
- Suarjana, I.N.2009. *Arthritis Reumatoid Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V*. Interna Publishing. Jakarta.
- Longo, Dan L. MD., Kasper, Dennis L. MD., et al. 2012. *Harrison's Principle of Internal Medicine ed.18 Chapter 231: Rheumatoid Arthritis*. McGraw-Hill Companies, Inc. USA.
- Mulyati, S.2014.Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus dalam Konteks Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan di Ruang Rawat Penyakit Dalam Gedung A RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Karya Ilmiah Akhir. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Imron, M. 2017. Contoh Soal Uji Kompetensi Perawat <https://infuset.blogspot.co.id/2017/08/contoh-soal-uji-kompetensi-perawat2017.html> dibuka tanggal 2 September 2017.
- Imron, M.2017.Contoh Soal Uji Kompetensi perawat (keperawatan gerontik komunitas Keluarga) 4.

- <http://infuset.blogspot.co.id/2017/10/contoh-soal-uji-kompetensi-perawat-7.html> dibuka tanggal 5 Agustus 2017.
- Wardani, S.E. 2016. Asuhan Keperawatan Osteoporosis. <http://keperawatanuinam.blogspot.co.id/2016/09/asuhan-keperawatan-osteoporosis.html> dibuka tanggal 5 Agustus 2017.
- Nuryani, Y.2012. Asuhan Keperawatan Osteoporosis (Askep Osteoporosis) <http://perawatyulius.blogspot.co.id/2012/04/asuhan-keperawatan-osteoporosis-askep.html> dibuka tanggal 6 Agustus 2017.
- Nur, A, Wilya, V, Ramadhan, R.2016. *Kebiasaan Aktivitas Fisik Pasien Diabetes Mellitus Terhadap Kadar Gula Darah di Rumah Sakit Umum dr. Fauziah Bireuen*. SEL Volume 3 Nomor 2 November 2016, halaman 41-48.
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik. 2005. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Diabetes Mellitus*. Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- <https://www.slideshare.net/gustians/osteoporosis-24354180>

BAB 3.

APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

Topik. 1

Aplikasi Asuhan Keperawatan Gerontik Dalam Konteks Individu Ilustrasi Kasus :

Ny. Kemi perempuan usia 90 tahun dirawat di Panti Werdha Harmoni sejak 15 tahun silam. Ny.Kemi dirawat di di panti werdha karena tidak mempunyai anak dan rumah, selama ini dia dan suaminya tinggal dan bekerja di rumah saudagar kaya dan kemudian suaminya meninggal dunia dan Ny.Kemi tinggal di panti.

Pengkajian

Pengkajian Gerontik dalam individu (Format pengkajian dengan pendekatan teori model adaptasi Roy)	
Hari/ Tanggal : Kamis 23 Nopember 2017 Pukul : 10.00	
Oleh : Ning Arti.W	
1. IDENTITAS DIRI KLIEN	
a. Identitas Diri Klien	
Nama : Ny.Kemi	
Umur/Jenis Kelamin : 90 tahun/perempuan	
Status Perkawinan	: menikah
Agama	: Kritten
Suku	: Jawa
Pendidikan	: SD

2. RIWAYAT USIA LANJUT

Pekerjaan : -
: Asisten rumah tangga
Masuk Panti : 2006
: 25 Desember 2001
Jumlah dan keluarga yang masih ada : -

3. RIWAYAT KESEHATAN

Keluhan utama yang dirasakan saat ini :

Saat ini klien mengatakan nyeri punggung dan sering lemas disertai ngantuk

Riwayat penyakit yang pernah diderita :

DM, Hipertensi dan nyeri pada daerah punggung

Riwayat penggunaan obat-obatan untuk mengurangi keluhan :

Biasanya klien di bawa ke puskesmas jika mengeluh pusing karena tensinya naik ataupun nyeri pada punggung berlebihan. Namun tidak tahu obat yang diberikan kepadanya

Riwayat pemanfaatan pelayanan kesehatan :

Klien dengan bantuan pengurus panti dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik

Riwayat merokok/minum-minuman keras :

Tidak ada

4. FISILOGIS

a Fungsi respirasi dan kardiovaskuler

1) TTV : S: 36,5 C N:88 x/menit RR:18 x/menit T: 140/90 mgdl

2) Pengkajian Thorak

- Bentuk dada : normal
- Nyeri tekan pada dada : Tidak
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi :

Suara nafas : Vesikuler

Suara nafas tambahan : Ronchi Wessing Rhales

lain-lain Tidak ada nafas tambahan

Suara jantung tambahan : Tidak

b Nutrisi

1) Kebiasaan makan dan minum:

- Jumlah makan : 3 x/hari
- Porsi makan : 1 piring selalu habis
- Jenis Makanan : nasi, sayur, lauk
- Jumlah minum : 1500 cc/hari
- Jenis minuman : teh dan air putih

2) IMT : 17 (under weight)

3) Luka bekas operasi : Tidak ada

4) Bising usus : 15 x/menit Bising Aorta : Tidak ada

5) Perkusi Abdomen: Tympani

6) Nyeri tekan : Tidak ada

7) Massa : Tidak ada

c Pembesaran Hepar : Tidak ada

d Eliminasi

BAK : 5-9 x/hari, warna kuning jernih. Sering BAK di malam hari

Lain-lain: (Ex: dapatkah lansia tersebut mengontrol BAK ?) BAK tidak dapat dikontrol karena mengalami penurunan kecepatan dalam berjalan. Sehingga pengeluaran urin tidak terkendali karena tidak mampu mencapai toilet dengan cepat.

BAB : 2-3 hari sekali, Warna kuning, Konsistensi keras

Lain-lain :

e Aktivitas dan Istirahat

1) Kekuatan otot :	5	5
	4	3

2) Kebiasaan Istirahat :

Tidur siang 8 jam, Tidur malam 3 jam

Insomnia : Tidak

Barthel Indeks :

No	Item yang dinilai	Dibantu	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di tempat tidur)	5-10	15
3	Personal hygiene (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi)	0	5
4	Naik turun kloset (melepas/memakai pakaian saat BAB/BAK, menyiram WC)	5	10
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar atau	10	15
	Menggayuh kursi roda sendiri	0	5
7	Naik dan turun tangga	5	10
8	Berpakaian (termasuk menalikan sepatu, menutup resleting)	5	10
9	Mengontrol anus	5	10
10	Mengontrol kandung kemih	5	10
Score		91	

Penilaian barthel indeks menurut Granger :

0-2 : Dependen total

21-40 : Dependent berat

41-60 : Dependent Sedang

61-90 : Dependent Ringan

91-100: Mandiri

f Integumen

1) Elastisitas kulit : Normal

2) Warna rambut : Putih

Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual berat

h Fungsi endokrin

1) Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

2) GDA: 300 mg/dl

5. Konsep Diri

a Harapan sebagai lansia: tidak merepotkan pengurus panti dan meninggal dengan tenang.

b Penilaian Depresi berdasarkan Skala depresi Beck : Tidak depresi atau minimal

6. Fungsi Peran

a Pekerjaan sebelumnya: Asisten rumah tangga

b Pekerjaan saat ini : tidak bekerja

c Peran lansia saat ini : Sebagai penghuni panti

d Kebiasaan beribadah : setiap hari pagi jam 5 mengikuti ibadah pagi di aula panti. Jika Natal beribadah ke gereja diantar mobil panti.

e Sistem pendukung : sistem pendukungnya adalah para pengurus panti

f Nilai dan keyakinan sebagai lansia : Sebagai lansia harus menyiapkan diri untuk menghadapi kematian kapanpun tiba.

7. Interdependent

Apgar Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Score
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada saat saya sedang mengalami kesusahan	0

2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalahnya dengan saya.	1
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau kegiatan baru	2
4	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai.	1
5	Pemecahan	Saya puas dengan teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	1

Penilaian: selalu (2), Kadang-kadang (1), Tidak pernah (0)

8. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG (tidak dilakukan pemeriksaan penunjang)

Diagnosa Keperawatan yang muncul

1. Ketidakstabilan kadar gula darah
2. Nyeri akut
3. Inkontinensia Urin Fungsional

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Kadar glukosa darah tidak stabil	<p>Kadar glukosa darah</p> <p>Skala target outcome ditingkatkan pada level 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal)</p> <p>Indikator: Glukosa darah</p>	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Aktivitas:</p> <p>Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi.</p> <p>Monitor tanda dan gejala hiperglikemia: poliuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, letargi, malaise, pandangan kabur atau sakit kepala.</p> <p>Monitor ketonurin, sesuai indikasi</p> <p>Monitor AGD, elektrolit dan kadar betahidroksibutirat sesuai yang tersedia.</p> <p>Monitor nadi dan tekanan darah ortostatik, sesuai indikasi.</p> <p>Berikan insulin sesuai resep.</p> <p>Dorong asupan cairan oral.</p> <p>Monitor status cairan (input dan output)</p> <p>Konsultasikan dengan dokter tanda dan gejala hiperglikemia yang menetap atau memburuk.</p> <p>Bantu ambulansi jika terdapat hipotensi ortostatik.</p> <p>Identifikasi penyebab hiperglikemia</p> <p>Antisipasi situasi akan adanya kebutuhan peningkatan insulin.</p> <p>Batasi aktifitas ketika kadar glukosa darah >250 mgdl, khususnya jika terjadi ketonuria.</p>

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
		<p>Instruksikan keluarga dan pasien mengenai pencegahan, pengenalan tanda - tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia.</p> <p>Dorong pemantauan sendiri kadar glukosa darah.</p> <p>Bantu pasien dalam menginterpretasikan kadar glukosa darah.</p> <p>Review riwayat kadar glukosa darah pasien dan atau keluarga.</p>
Nyeri Akut	<p>Kontrol Nyeri Skala target outcomeditingk akan pada level 5 (sepenuhnya adekuat)</p> <p>Indikator : Kemampuan klien untuk melakukan manajemen nyeri</p>	<p>Manajemen Nyeri Aktivitas: Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri</p> <p>Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien tentang nyeri yang dirasakan</p> <p>Tentukan akibat dari nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>Gali bersama klien faktor-faktor yang memperberat nyerinya</p> <p>Evaluasi dengan orang terdekat pasien tehnik-tehnik untuk mengontrol nyeri yang digunakan selama ini</p> <p>Berika informasi mengenai nyeri yang dirasakan pasien</p>

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
		<p>Kendalikan faktor lingkungan yang dapat meningkatkan respon nyeri pasien</p> <p>Ajarkan tehnik nonfarmakologi kepada klien</p>
<p>Inkontinensia Urin Fungsional</p>	<p>Kontinensia urin</p> <p>Skala out come pada level 5 (inkontinensia tidak terganggu)</p> <p>Indikator:</p> <p>Kemampuan berpindah</p>	<p>Latihan Kebiasaan berkemih Aktifitas:</p> <p>Simpan catatan spesifikasi penahanan selama 3 hari untuk membentuk pola pengosongan kandung kemih</p> <p>Tetapkan interval jadwal toilet awal, berdasarkan pada pola pengosongan kandung kemih dan rutinitas biasa</p> <p>Bangun waktu awal dan akhir terkait dengan jadwal ke toilet, selama 24 jam</p> <p>Terapkan interval toileting dan sebaiknya tidak kurang dari 2 jam</p> <p>Bantu klien ke toilet dan dorong untuk mengosongkan kandung kemih</p> <p>Diskusikan dan lakukan pencatatan setiap hari dengan staf untuk memberikan penguatan dan mendorong kepatuhan eliminasi</p> <p>Jaga eliminasi yang dijadwalkan sehingga dapat mempertahankan kebiasaan berkemih.</p>

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
		Berikan umpan balik positif ketika pasien berkemih sesuai jadwal dan tidak memberi komentar ketika pasien inkontinensia

Implementasi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Implementasi
Kadar glukosa darah tidak stabil	<p>Manajemen hiperglikemia:</p> <p>Memeriksa kadar gula darah setiap hari</p> <p>Mengidentifikasi adanya tanda-tanda hiperglikemi</p> <p>Mengukur tekanan darah dan nadi setiap hari</p> <p>Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam penggunaan insulin.</p> <p>Memonitor intake dan out putnya</p> <p>Melakukan identifikasi penyebab naiknya kadar gula darah</p> <p>Mengajarkan kepada pasien dan pengelola panti mengenai pencegahan, pengenalan tanda - tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia.</p>
Nyeri Akut	<p>Manajemen Nyeri:</p> <p>Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri yang pernah dirasakan klien sebelumnya dan bagaimana respon klien terhadap nyeri yang dirasakan klien.</p> <p>Menggali keyakinan dan pengetahuan klien tentang nyeri yang dirasakan</p>

Diagnosa keperawatan	Implementasi
	<p>Menentukan dampak dari dari nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>Mengidentifikasi bersama klien faktor-faktor yang memperberat nyerinya</p> <p>Melakukan evaluasi dengan orang terdekat pasien tehnik-tehnik untuk mengontrol nyeri yang digunakan selama ini</p> <p>Memberikan informasi mengenai nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>Mengendalikan faktor lingkungan kebisingan suara yang dapat meningkatkan respon nyeri pasien</p> <p>Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam ketika nyeri datang.</p>
<p>Inkontinensia Urin Fungsional</p>	<p>Latihan Kebiasaan berkemih</p> <p>Mengevaluasi pola berkemih selama 3 hari untuk mengidentifikasi pola berkemihnya. Dan kemudian dicatat.</p> <p>Menyimpulkan interval jadwal toilet awal, berdasarkan pada pola pengosongan kandung kemih.</p> <p>Menentukan jadwal akhir ke toilet selama 24 jam</p> <p>Melakukan observasi dan pencatatan setiap hari dengan staf untuk memberikan penguatan dan mendorong kepatuhan eliminasi sesuai yang dijadwalkan.</p> <p>Memberikan umpan balik positif ketika pasien berkemih sesuai jadwal dan tidak memberi komentar ketika pasien inkontinensia</p>

Topik 2

Aplikasi Asuhan Keperawatan Gerontik Dalam Konteks Keluarga Ilustrasi Kasus

Tn. Mahfud adalah seorang laki-laki berusia 68 tahun tinggal dirumah bersama dengan Tn.N anak laki-laknya (39 tahun), menantunya Ny.J perempuan (35 tahun), cucunya An.H laki-laki (12 tahun) dan An.N laki-laki (5 tahun). Tn.Mahfud mempunyai riwayat stroke satu bulan lalu, tetapi kondisinya sudah membaik.

PENGAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Hari, tanggal : Kamis, 23 Nopember 2017

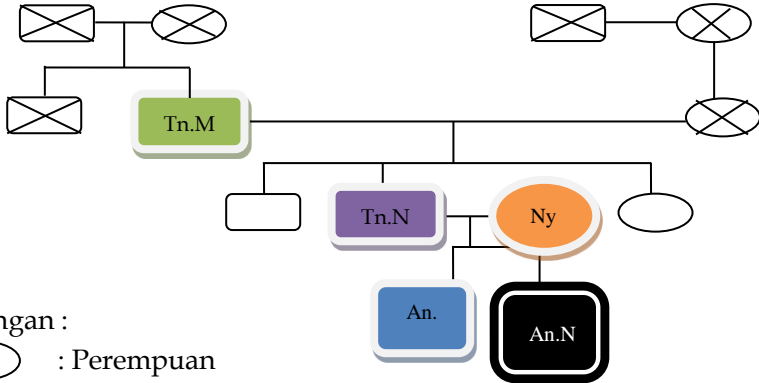
Jam : 08.00

1. DATA UMUM





- a Inisial Kepala Keluarga : Tn.M
- b Umur KK : 68 tahun
- c Alamat dan telepon : Ds. Suka-suka
- d Pekerjaan KK : Tidak bekerja
- e Pendidikan terakhir KK : SMP
- f Agama KK : Islam
- g Suku bangsa KK : Jawa
- h Komposisi keluarga :

No	Inisial	JK	Hub. dg KK	Umur	Pendidikan terakhir	Agama	Pekerjaan
1	Tn. M	Laki-laki	Kepala keluarga	68 thn	SMP	Islam	Tidak bekerja
2	Tn. N	Laki-laki	Anak	42 thn	SLTA	Islam	Petani
3	Ny.J	Perempuan	Menantu	35 thn	SLTA	Islam	Ibu rumah tangga
4	An.H	Laki-laki	Cucu	12 thn	-	Islam	pelajar
5	An.N	Laki-laki	Cucu	6 thn	-	Islam	Pelajar

i. Genogram



Keterangan :

-  : Perempuan
-  : Laki-laki
-  : Hubungan pernikahan
-  : Meninggal dunia

j. Tipe Keluarga

Dalam keluarga ini terdiri dari keluarga inti ditambah dengan seorang kakek, sehingga tipe keluarga ekstended family

k. Suku Bangsa

Suku bangsa dari seluruh anggota keluarga ini adalah suku Jawa.

l. Agama

Seluruh anggota keluarga beragama Islam

m. Status sosial ekonomi keluarga

Pendapatan per bulan keluarga ini $\pm 2.500.000$ (masih diatas UMR)

n. Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga ini biasa menghabiskan waktu luangnya untuk setiap sore untuk menonton televisi di rumah.

2. RIWAYAT TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga lansia (*Aging Family*)

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

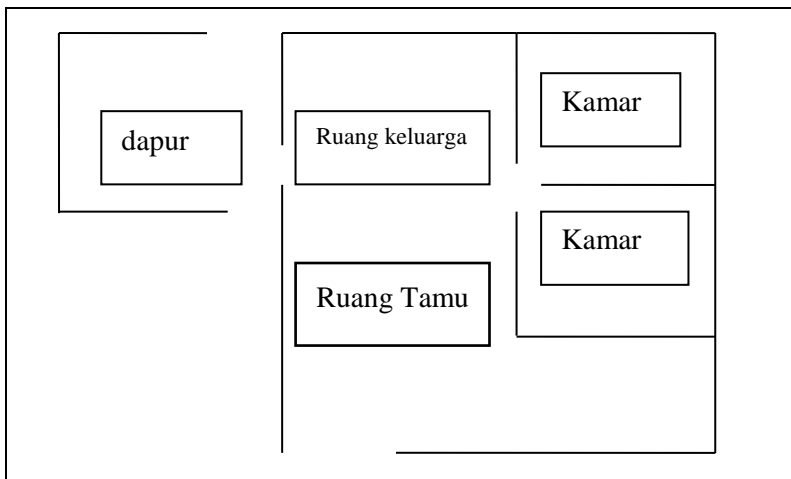
Semua tugas perkembangan keluarga terpenuhi

- c. Riwayat kesehatan keluarga inti
Tn.M adalah penderita stroke dan satu bulan yang lalu di rawat di RS. Perubahan fisik yang terjadi pada Tn.M akibat stroke adalah kelumpuhan pada kaki kanannya dan bicara pelo.
- d. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
Hanya penyakit batuk pilek sembuh dengan istirahat dan support nutrisi.

3. LINGKUNGAN

- a. Karakteristik rumah : permanen

1) Denah rumah



- 2) Keadaan lingkungan dalam rumah
Keadaan lingkungan rumah bersih dan nyaman
- 3) Keadaan lingkungan di luar rumah
 - a) Pemanfaatan halaman
Halaman rumah tidak terlalu luas tetapi dimanfaatkan dengan baik di tanami pohon belimbing.
 - b) Sumber air minum
Sumber air bersih dari sumur milik sendiri
 - c) Pembuangan air kotor

Pembuangan air kotor di buatkan lubang resapan yang ditutup dan jauh dari sumber air

d) Pembuangan sampah

Pengelolaan sampah sudah baik, sampah kering di sendirikan dan dibakar sedangkan sampah basah di buang di lubang sampah.

e) Jamban

Jamban sudah menggunakan jenis leher angsa

f) Sumber pencemaran

Tidak ada sumber pencemaran

g) Sanitasi rumah

Sanitasi rumah baik

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Masyarakat setempat mempunyai jiwa gotong royong yang tinggi

c. Mobilitas geografi keluarga

Rumah keluarga ini berada di desa namun jalanan depan rumahnya adalah jalur propinsi sehingga akses ke semua pelayanan seperti Puskesmas, pasar dan tempat-tempat umum lainnya sangat mudah.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga ini biasa sholat berjamaah di masjid dan mengikuti yasinan yang diadakan satu minggu sekali.

e. Sistem pendukung keluarga

Keluarga ini mempunyai sistem pendukung keuangan dari anak tertuanya, selain itu tempat tinggal keluarga ini berdekatan dengan saudara kandung dan sepupu dari kepala keluarga

4. STRUKTUR KELUARGA

a. Pola komunikasi

Anggota keluarga berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain dan masyarakat sekitar menggunakan bahasa jawa.

- b. Struktur kekuatan atau kekuasaan keluarga
Kepala keluarga memang Tn.M, tetapi yang menentukan keputusan adalah Tn.N anak yang tinggal satu rumah dengan Tn.M
- c. Struktur peran (formal dan informal)
Tn.M : Sebagai kepala keluarga namun tidak mammbil kepupu mengambil keputusan
Tn.N : Sebagai anggota keluarga tetapi berperan mengambil keputusan dan mencari nafkah
Ny.J : Sebagai anggota keluarga, sekaligus ibu rumah tangga yang mendampingi suami dan mengurus anak-anaknya. Ny.J juga membantu mengurus kebunnya untuk meningkatkan perekonomian keluarganya.
An.H : Sebagai anggota keluarga mempunyai tugas belajar, tetapi sesekali An.H juga membantu pekerjaan kedua orang tuannya di kebun
An.N : Sebagai anggota keluarga yang mempunyai tugas belajar.
- d. Nilai dan norma
Norma yang dianut dalam keluarga ini adalah norma dan nilai dari agama islam karena keluarga ini sangat agamis

5. FUNGSI KELUARGA

- a. Fungsi afeksi
 - 1) Kebutuhan – kebutuhan keluarga
Perlindungan psikologi terpenuhi, kebutuhan rasa nyaman juga sudah terpenuhi. Keluarga dapat berinteraksi dengan anggota keluarga yang lain, anggota keluarga ini juga dapat berinteraksi dengan masyarakat melalui kegiatan sosial yang ada.
 - 2) Hubungan keakraban
Keluarga ini sangat akrab satu dengan yang lain, bahkan Ny.J (menantu) sangat akrab dengan Tn.M (kepala keluarga) karena yang merawatnya selama ini adalah Ny.J

- 3) Perpisahan dan kekerabatan
Keluarga Tn.M sangat akrab dengan kerabatnya, karena kerabat Tn.M bertempat tinggal disekitar rumah Tn.M
- b. Fungsi sosial
- 1) Cara pola asuh pada anak
Keluarga Tn.M mengasuh anak dengan demokratis. Anak-anak mereka boleh memilih apa yang mereka lakukan selama tidak melanggar nilai dan norma yang berlaku.
 - 2) Siapa yang menjadi pelaku sosialisasi anak-anak
Keluarga dan teman bermain baik disekolah maupun tempat mengaji
 - 3) Nilai anak-anak dalam keluarga
Anak sangat berharga bagi mereka.
 - 4) Keyakinan budaya yang mempengaruhi pola asuh
Anak-anak diasuh dengan pendekatan budaya jawa dan agama Islam
 - 5) Estimasi resiko masalah pengasuhan
An.H sekarang sudah kelas 6 SD, untuk mencegah An.H terpengaruh hal-hal yang tidak baik dari lingkungan maka Tn.N merencanakan setelah An.H lulus diarahkan untuk menepuh pendidikan SMP dan tinggal di pesantren.
 - 6) Kelayakan lingkungan rumah untuk bermain bagi anak
Lingkungan rumah sangat kondusif untuk bermain. Anak-anak biasa bermain di belakang rumah mereka yang halamannya luas, kalau di depan rumah selain kurang luas juga dekat dengan jalur propinsi kendaraan lalu lalang sangat cepat.
- c. Fungsi perawatan kesehatan
- 1) Keadaan kesehatan
Saat ini dapat dikatakan seluruh anggota keluarga dalam kondisi sehat
 - 2) Kebersihan perorangan
Seluruh anggota keluarga dapat merawat kebersihan dirinya
 - 3) Penyakit yang sering diderita
Batuk dan pilek

- 4) Penyakit keturunan
Tn.N mempunyai penyakit hipertensi karena keturunan dari ayahnya (Tn.M)
 - 5) Penyakit kronis atau menular
Tn.M menderita stroke
 - 6) Kecacatan
Saat ini Tn.M mengalami bicara pelo dan kelemahan pada kaki kanan
 - 7) Pola makan
Makan 3 kali sehari dengan makanan pokok nasi, sayur, lauk dan buah seadanya
 - 8) Pola istirahat
Keluarga ini membiasakan diri untuk tidur siang walaupun hanya 30 menit. Untuk masalah kebutuhan tidur seluruh anggota keluarga ini terpenuhi.
 - 9) Ketergantungan obat atau bahan
Saat ini Tn.M selalu mengkonsumsi obat anti hipertensi, jika tidak maka mengeluk pusing
 - 10) Mencari pelayanan kesehatan
Keluarga ini adalah peserta BPJS sehingga mencari pertolongan sesuai dengan alur yang ditentukan BPJS
- d. Fungsi reproduksi
Ny.J menggunakan KB hormonal susuk

6. STRESS DAN KOPING KELUARGA

- a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang
Stresor jangka pendek adalah biaya yang akan dikeluarkan untuk pendidikan An.H.
- b. Kemampuan berespon terhadap stressor
Keluarga ini mampu menghadapi masalah pembiayaan anaknya karena keluarga ini yakin bahwa setiap anak pasti mempunyai rejeki sendiri-sendiri

c. Strategi koping yang digunakan

Strategi koping yang di gunakan keluarga ini untuk menghadapi masalahnya adalah strategi kognitif dengan melihat masalah ini dari aspek positifnya yaitu jika An.H masuk pesantren maka akan terhidar pengaruh tidak baik dari lingkungan oleh sebab itu sekarang berusaha menabung untuk pembiayaannya.

d. Strategi adaptasi disfungsional

Jika sudah berusaha untuk menabung dan ternyata masih kurang maka Ny.J akan meminjam uang di koperasi RW yang bunganya kecil.

7. PEMERIKSAAN FISIK

Hari Senin, 10 Januari 2011

No	Nama	Status Nutrisi	TD Mm/Hg	N x/'	R x/'	S °C	Keterangan keluhan
1	Tn.M	Normal	140/100	88	20	36	Pelo dan kelemahan pada kaki kanan tetapi masi bisa mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya
2	Tn.N	Normal	130/90	80	18	36	-
3	Ny.J	Normal	130/90	82	20	36	Sedikit pusing
4	An.H	Normal	100/80	88	20	36	-
5	An.N	Normal	100/80	88	20	36	-

8. HARAPAN KELUARGA TERHADAP PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

a. Persepsi terhadap masalah

Tekanan darah tidak dijadikan sumber masalah utama, tetapi juga keluarga mempunyai komitmen untuk mengontrol tekanan darahnya. Selain itu keluarga masih belum menerapkan pola hidup yang dapat mengontrol kesehatan Tn. M, seperti konsumsi

- sayur yang dipanaskan kembali dan tidak membedakan kadar garam masakan antara Tn. M dengan anggota keluarga yang lain.
- b. Harapan terhadap masalah
Kunjungan tenaga kesehatan dirumah akan membantu keluarga untuk mengontrol tekanan darahnya. Keluarga sering bertanya bagaimana cara mengontrol hipertensi pada Tn. M dan menanyakan bagaimana penanganan anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Analisa Data

No	Data Subjektif	Data Objektif	Masalah
1	Tn.M mempunyai riwayat stroke dan di rawat di RS satu bulan yang lalu Keluarga menanyakan bagaimana agar hipertensi Tn.M terkendali.	Sayurnya masakan yang sudah dipanaskan. Persepsi bahwa sayuran yang dipanaskan tidak mengganggu kesehatan. Masakan antara tn.M dan anggota keluarga yang tidak hipertensi tidak dibedakan.	Defisit pengetahuan keluarga tentang manajemen hipertensi
2	Tn. M berusia 68 tahun Tn. M paska stroke Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu	Kaki kanan mengalami kelemahan	Risiko terhadap cedera

SKORING DIAGNOSA KEPERAWATAN

Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi

No	Kriteria	Skor	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah : Ancaman kesehatan	1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Apabila keadaan tidak segera ditangani maka dapat membahayakan Tn. M akibat pola hidup yang tidak sesuai.
	Kemungkinan masalah bisa diubah: mudah	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Mudah, karena latar belakang pendidikan dan komitmen keluarga untuk menangani penyakit tn.M
	Potensial masalah untuk dicegah: cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Anggota keluarga memiliki aktivitas yang sibuk, akan tetapi masih dapat meluangkan waktu merawat tn. M
	Menonjolnya masalah : masalah harus segera ditangani	2	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Masalah harus segera ditangani untuk mendukung perbaikan kondisi tn.M
Total				3,8	

Risiko terhadap cedera

No	Kriteria	Skor	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah: Kurang sehat	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Apabila keadaan tidak segera ditangani maka dapat menyebabkan Tn. M jatuh.
	Kemungkinan masalah bisa diubah: sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Sebagian, karena menurut keluarga membutuhkan banyak biaya untuk modifikasi rumah
	Potensial masalah untuk dicegah: cukup	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Beberapa tindakan dapat dilakukan keluarga untuk mencegah cedera
	Menonjolnya masalah : masalah tidak dirasakan	0	1	$0/2 \times 1 = 0$	Tidak terlalu dirasakan oleh keluarga
Total				2 2/3	

Diagnosa keperawatan berdasarkan skoring

1. Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi
2. Risiko terhadap cedera

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi	Peningkatan kemampuan keluarga melakukan manajemen Hipertensi Indikator: Pengetahuan baik tentang: Mematuhi pengobatan Manfaat pemantauan dirisendiri secara terus menerus Manfaat memodifikasi gaya hidup Diet yang dianjurkan Manfaat manajemen penyakit	Pendidikan kesehatan tentang hipertensi Aktivitas: Identifikasi faktor internal maupun eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi keluarga dalam berperilaku hidup sehat Tentukan pengetahuan dan gaya hidup perilaku saat ini pada keluarga. Hindari tehnik yang menakutkan sebagai strategi untuk memotivasi keluarga Libatkan seluruh keluarga dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan Tekankan pola makan yang sehat Mamfaatkan sistem dukungan sosial dan keluarga untuk meningkatkan efektivitas gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan.
Risiko cedera	Perilaku pencegahan jatuh Skala target outcome dipertahankan pada tingkat 3	Manajemen lingkungan: keselamatan. Aktivitas: Identifikasi kebutuhan keamanan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu.

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	<p>(kadang - kadang menunjukkan)</p> <p>Indikator:</p> <p>Meminta bantuan</p> <p>Menggunakan pegangan tangan seperti yang diperlukan.</p> <p>Menggunakan batang pegangan seperti yang diperlukan.</p> <p>Menggunakan perangkat koreksi penglihatan</p> <p>Menyediakan bantuan untuk bergerak</p> <p>Memberikan pencahayaan yang memadai</p> <p>Menggunakan bangku dan tangga dengan aman.</p> <p>Menyesuaikan toilet sesuai yang diperlukan.</p> <p>Menyesuaikan ketinggian kursi</p>	<p>Identifikasi hal - hal yang membahayakan lingkungan (misalnya bahaya fisik, biologi dan kimia).</p> <p>singkirkan bahan berbahaya dari lingkungan jika diperlukan.</p> <p>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan berbahaya dan beresiko.</p> <p>Sediakan alat untuk beradaptasi (misalnya kursi untuk pijakan dan pegangan tangan).</p> <p>Gunakan peralatan perlindungan (misalnya pengekangan, pengangan pada sisi, kunci pintu, pagar dan gerbang) untuk membatasi mobilitas fisik atau akses situasi yang membahayakan.</p> <p>Monitor lingkungan terhadap terjadinya perubahan status keselamatan.</p> <p>Edukasi individu dan kelompok beresiko tinggi terhadap bahan berbahaya yang ada di lingkungan.</p>

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	sesuai yang diperlukan. Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai yang diperlukan. Kontrol ketidakmampuan beristirahat.	

Implementasi Keperawatan

Diagnosa	Implementasi
Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi	Pendidikan kesehatan tentang hipertensi: Berkomitmen untuk tidak menakut nakuti klien dan keluarga Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam memberikan penyuluhan Menggali pengetahuan klien dan keluarga Memberikan penyuluhan tentang definisi hipertensi, tanda dan gejala, komplikasi penyakit, pola hidup sehat untuk mengontrol tekanan darah dan diet untuk mengontrol tekanan darah
Risiko cedera	Mengidentifikasi kebutuhan keamanan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu. Mengidentifikasi hal - hal yang membahayakan lingkungan (misalnya bahaya fisik, biologi dan kimia). singkirkan bahan berbahaya dari lingkungan jika diperlukan.

	<p>Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahan berbahaya dan beresiko. Menyediakan alat untuk beradaptasi (misalnya kursi untuk pijakan dan pegangan tangan).</p> <p>Menggunakan peralatan perlindungan (misalnya pengekangan, pengangan pada sisi, kunci pintu, pagar dan gerbang) untuk membatasi mobilitas fisik atau akses situasi yang membahayakan.</p> <p>Memonitor lingkungan terhadap terjadinya perubahan status keselamatan.</p> <p>Mengedukasi individu dan kelompok beresiko tinggi terhadap bahan berbahaya yang ada di lingkungan.</p>
--	--

Topik 3

Aplikasi Asuhan Keperawatan Dalam Konteks Kelompok Khusus

DATA DEMOGRAFI

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan jenis kelamin

Tabel 3.1 Distribusi Lansia Berdasarkan Jenis Kelamin di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Presentase
1	Laki-laki	13	24%
2	Perempuan	41	76%
Total		54	100%

Dari tabel 3.1 menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah lansia adalah perempuan sebanyak 41 orang lansia (76%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan umur (menurut WHO)

Tabel 3.2 Distribusi Lansia Berdasarkan Usia di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Usia	Jumlah	Presentase
1	60-74 Tahun (lanjut usia)	25	46%
2	75-90 Tahun (lanjut usia tua)	28	52%
3	> 90 Tahun (lanjut usia sangat tua)	1	2%
Total		54	100%

Dari gambar 3.2 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah kelompok umur 75-90 tahun yaitu sebanyak 28 orang lansia (52%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Agama

Tabel 3.3 Distribusi Lansia Berdasarkan Agama di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Usia	Jumlah	Presentase
1	Islam	48	88%
2	Kristen	3	6%
3	Katolik	3	6%
Total		54	100%

Dari gambar 3.3 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah beragama Islam yaitu sebanyak 48 orang lansia (88%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Status

Tabel 3.4 Distribusi Lansia Berdasarkan Status di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Menikah	44	81%
2	Tidak menikah	10	19%
Total		54	100%

Dari gambar 3.4 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah menikah yaitu sebanyak 44 orang lansia (91%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Riwayat Pendidikan

Tabel 3.5 Distribusi Lansia Berdasarkan Pendidikan di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	SD	14	26%
2	SMP	7	13%
3	SMA	2	4%
4	Sekolah rakyat	1	2%
5	Tidak sekolah	30	55%
Total		54	100%

Dari gambar 3.5 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah tidak sekolah yaitu sebanyak 30 orang lansia (55%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Riwayat Pekerjaan

Tabel 3.6 Distribusi Lansia Berdasarkan Pekerjaan di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Petani	35	66%
2	Swasta	6	11%
3	IRT	10	18%
4	Perawat	3	5%
Total		54	100%

Dari gambar 3.6 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah petani yaitu sebanyak 35 orang lansia (66%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

10 Kasus penyakit terbanyak berdasarkan keluhan

Tabel 3.7 Sepuluh Kasus Terbanyak Berdasarkan Keluhan

No.	Status	Jumlah
1	Nyeri sendi	16
2	Insomnia	10
3	Hipertensi	7
4	Gatal-gatal	7
5	Gangguan Pendengaran	6
6	Pusing	5
7	Gangguan Penglihatan	5
8	Diare	4
9	Batuk	3
10	DM	2

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Depresi

Tabel 3.8 Distribusi Lansia Berdasarkan depresi di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Tidak depresi	22	40%
2	Depresi ringan	17	32%
3	Depresi sedang	15	28%
Total		54	100%

Dari gambar 3.8 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah tidak depresi yaitu sebanyak 22 orang lansia (40%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Apgar keluarga

Tabel 3.9 Distribusi Lansia Berdasarkan Apgar keluarga di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Disfungsi keluarga sangat tinggi	13	24%
2	Disfungsi keluarga sedang	15	28%
3	Disfungsi keluarga ringan	26	48%
Total		54	100%

Dari gambar 3.9 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah disfungsi keluarga ringan yaitu sebanyak 26 orang lansia (48%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan MMSE

Tabel 3.10 Distribusi Lansia Berdasarkan MMSE di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Normal	11	20%
2	Gangguan kognitif ringan	13	24%
3	Gangguan kognitif berat	30	56%
Total		54	100%

Dari gambar 3.10 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah gangguan kognitif berat yaitu sebanyak 30 orang lansia (56%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Distribusi frekuensi penghuni berdasarkan Status Gizi

Tabel 3.11 Distribusi Lansia Berdasarkan Status Gizi di UPT PSLU Blitar pada tanggal 5 Desember 2016

No.	Status	Jumlah	Presentase
1	Sangat kurus	9	17%
2	Kurus	12	22%
3	Normal	29	54%
4	Gemuk	4	7%
Total		54	100%

Dari gambar 3.11 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah dengan status gizi normal yaitu sebanyak 29 orang lansia (54%) dari 54 jumlah responden secara keseluruhan.

Analisa Data

No	Data Subyektif	Data Obyektif	Masalah Kesehatan
1.	Sebagian besar dari jumlah lansia yang ada di UPT PSLU Blitar mengalami keluhan berbagai penyakit.	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah lanjut usia 54 orang • Jenis penyakit yang diderita antara lain nyeri sendi, hipertensi, insomnia, gatal - gatal, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, pusing, batuk, diare, sakit perut • Kerusakan Kognitif Berat 57% • Kerusakan kognitif ringan 24% 	Defisiensi kesehatan komunitas

Masalah Keperawatan

1. Defisiensi kesehatan komunitas

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Defisiensi Kesehatan Komunitas	Status kesehatan komunitas 1. Status kesehatan lansia sempurna 2. Monitoring standar kesehatan komunitas untuk ukuran dan evaluasi kesehatan menjadi sempurna	Pengembangan kesehatan komunitas 1. Identifikasi bersama komunitas mengenal masalah kekuatan dan prioritas kesehatan 2. Berikan kesempatan berpartisipasi bagi semua segmen komunitas 3. Bantu anggota komunitas untuk meningkatkan kesadaran dan memberikan perhatian mengenai masalah-masalah kesehatan 4. Lakukan dialog untuk menentukan masalah-masalah kesehatan komunitas dan mengembangkan rencana tindakan 5. Fasilitasi implementasi dan revisi terkait dari rencana komunitas 6. Bantu anggota komunitas terkait dengan pengembangan

			<p>dan pengadaan sumber daya</p> <ol style="list-style-type: none">7. Jaga komunikasi terbuka dengan anggota dan lembaga komunitas8. Perkuat kntsk antara individu dan kelompok untuk mendiskusikan kepentingan bersama (yang umum) dan yang berlawanan
--	--	--	--

Implementasi dan Evaluasi

No	Kegiatan	Implementasi	Evaluasi	HASIL
1	Senam reumatik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan tempat dan waktu 2. Berkoordinasi dengan pengurus panti dan lansia. 3. Menyampaikan izin untuk melaksanakan senam rematik. 4. Melaksanakan kegiatan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat : Lapangan UPT PSLU Blitar b. Tanggal : 9,10,12,13,14 Desember 2016 c. Waktu: 07.00 WIB d. Sasaran: Lansia yang masih aktif e. Jumlah: 25 orang 5. Mengevaluasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat bekerjasama dengan mahasiswa 2. Proses <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat aktif dalam kegiatan. b. Para lansia dapat memberikan respon yang baik. c. Para lansia kooperative selama kegiatan berlangsung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dari kegiatan yang telah dilakukan dapat disimpulkan terjadi penurunan jumlah lansia yang mengalami nyeri persendian, data awal menunjukkan 16 orang lansia mengalami nyeri dipersendian dan data terbaru menunjukkan terjadi penurunan sebanyak 10 orang lansia. 2. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengatakan merasakan badanya menjadi lebih nyaman dan keluhan nyeri di persendian berkurang 3. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengerti tentang manfaat senam rematik dan dapat melakukannya secara mandiri

2	Senam Yoga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan tempat dan waktu 2. Berkoordinasi dengan pengurus panti dan lansia. 3. Menyampaikan izin untuk melaksanakan senam Yoga 4. Melaksanakan kegiatan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat : Aula UPT PSLU Blitar b. Tanggal : 13,14,15, Desember 2016 c. Waktu: 16.30 WIB d. Sasaran: Lansia yang masih aktif e. Jumlah: 25 orang 5. Mengevaluasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat bekerjasama dengan mahasiswa 2. Proses <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat aktif dalam kegiatan. b. Para lansia dapat memberikan respon yang baik. c. Para lansia kooperative selama kegiatan berlangsung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dari kegiatan yang telah dilakukan dapat disimpulkan lansia antusias dalam mengikuti gerakan yang diajarkan 2. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengerti tentang manfaat senam Yoga dan dapat melakukannya secara mandiri di tempat tidur. 3. Dari 4 lansia yang mengalami hipertensi, hanya 50% (2) lansia yang mengalami penurunan tekanan darah dan 50% (2) lansia yang tidak mengalami penurunan. 4. Dari 7 lansia yang mengalami insomnia, hanya 57% (4) lansia yang mengalami peningkatan kualitas tidur. Sedangkan yang belum mengalami peningkatan kualitas tidur sebanyak 43% (3) lansia.
---	------------	---	--	---

				5. Dari 11 lansia yang mengalami nyeri sendi, hanya 73% (8) lansia yang mengalami penurunan nyeri sendi sedangkan lansia yang belum mengalami penurunan nyeri sendi hanya 27% (3) lansia.
3	<i>Peer Group Support</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan tempat dan waktu 2. Berkoordinasi dengan pengurus panti dan lansia. 3. Menyampaikan izin untuk melaksanakan <i>peer group support</i> 4. Melaksanakan kegiatan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat : Aula UPT PSLU Blitar b. Tanggal : 10 dan 13 Desember 2016 c. Waktu: 16.30 WIB 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat bekerjasama dengan mahasiswa 2. Proses <ol style="list-style-type: none"> a. Lansia dapat aktif dalam kegiatan. b. Para lansia dapat memberikan respon yang baik. c. Para lansia kooperative selama kegiatan berlangsung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia antusias dalam mengikuti <i>peer group support</i> dan terjalin hubungan yang baik antar lansia. 2. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengatakan merasa sedih ditinggal oleh keluarga, atau kerabat 3. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia merasa takut tentang bagaimana kondisi menjelang ajal 4. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengharapkan PSLU tetap mengayomi lansia dengan baik. 5. Dari kegiatan yang telah dilakukan dapat disimpulkan terjadi

		<p>d. Sasaran: Lansia yang masih aktif</p> <p>e. Jumlah: 25 orang</p> <p>5. Mengevaluasi</p>		<p>penurunan jumlah lansia yang mengalami depresi, data awal menunjukkan 9 orang lansia (36%) mengalami depresi sedang dan setelah dilakukan kegiatan peer group support didapatkan terjadi penurunan tingkat depresi sebanyak 7 orang lansia (28%).</p>
4	Roll game	<p>1. Mempersiapkan tempat dan waktu</p> <p>2. Berkoordinasi dengan pengurus panti dan lansia.</p> <p>3. Menyampaikan izin untuk melaksanakan roll game.</p> <p>4. Melaksanakan kegiatan sebagai berikut :</p> <p>a. Tempat : Aula UPT PSLU Blitar</p> <p>b. Tanggal : 12 Desember 2016</p> <p>c. Waktu: 16.30 WIB</p>	<p>1. Struktur</p> <p>a. Lansia dapat bekerjasama dengan mahasiswa dan lansia lainnya</p> <p>2. Proses</p> <p>a. Lansia dapat aktif dalam kegiatan bermain roll game</p> <p>b. Lansia dapat memberikan respon yang baik.</p>	<p>1. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengatakan senang dengan permainan tersebut</p> <p>2. Dari kegiatan yang dilakukan lansia antusias mengikuti permainan estafet bola kertas yang menggunakan bola kaki.</p> <p>3. Dari kegiatan yang telah dilakukan lansia mengetahui dan memahami manfaat dari permainan memori dan dapat disimpulkan bahwa terjadi usaha dari lansia untuk meningkatkan kekompleksan dan</p>

		<p>d. Sasaran: Lansia yang masih aktif</p> <p>e. Jumlah: 25 orang</p> <p>5. Mengevaluasi</p>	<p>c. lansia kooperative selama kegiatan berlangsung</p> <p>d. Terjalin hubungan yang baik antar lansia</p>	<p>kerjasama serta melatih kepercayaan diri pada lansia</p>
5	BLS	<p>1. Mempersiapkan tempat dan waktu</p> <p>2. Berkoordinasi dengan dosen, staf dan karyawan UPT5 PSLU Blitar.</p> <p>3. Menyampaikan izin untuk melaksanakan BLS</p> <p>4. Melaksanakan kegiatan sebagai berikut :</p> <p>a. Tempat : Aula UPT PSLU Blitar</p> <p>b. Tanggal : 16 Desember 2016</p> <p>c. Waktu: 09.30 WIB</p>	<p>1. Struktur</p> <p>a. Karyawan UPT PSLU Blitar dapat bekerja sama dengan dosen dan mahasiswa</p> <p>2. Proses</p> <p>a. Karyawan UPT PSLU Blitar aktif mengikuti pelatihan</p> <p>b. Para karyawan UPT PSLU Blitar memberikan respon yang baik ketika mengikuti pelatihan</p>	<p>1. Peserta/ Karyawan UPT PSLU Blitar Mengikuti pelatihan hingga selesai</p> <p>2. Peserta/ Karyawan UPT PSLU Blitar aktif bertanya dalam proses pemberian materi BLS oleh pemateri</p> <p>3. Dari pelatihan yang telah dilakukan dapat disimpulkan para peserta (karyawan UPT PSLU Blitar) yang berjumlah 11 orang memahami fungsi, tujuan dan tehnik-tehnik Resusitasi Jantung Paru (RJP) yang baik dan benar sesuai <i>american Heart association</i> (AHA) sehingga para karyawan dapat memberikan pertolongan pertama pada lansia</p>

		<p>d. Sasaran: Staf dan Karyawan UPT PSLU Blitar</p> <p>e. Jumlah: 11 Karyawan</p> <p>5. Mengevaluasi</p>	<p>c. Karyawan UPT PSLU Blitar kooperatif selama kegiatan berlangsung</p> <p>d. Karyawan UPT PSLU Blitar mencoba tehnik yang diajarkan pada pantom yang telah disediakan</p>	<p>dengan henti jantung khususnya dan semua masyarakat umum.</p>
--	--	---	--	--

Ringkasan

1. Asuhan keperawatan pada lansia maka perawat harus menggunakan teknik komunikasi yang sesuai dengan lansia, permasalahan kesehatan yang muncul pada lansia akibat penurunan fungsi organ tubuh dapat mempengaruhi kelancaran dalam berinteraksi dengan lansia, dalam melakukan implementasi keperawatan dapat melibatkan lansia dan keluarga.
2. Aplikasi dalam asuhan keperawatan lansia dalam konteks keluarga, dalam menentukan prioritas diagnosa menggunakan skoring diagnosa keperawatan, nilai skoring yang terbesar menunjukkan masalah lebih diprioritaskan.
3. Asuhan keperawatan kelompok khusus adalah suatu upaya dibidang keperawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada kelompok-kelompok individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan kesehatan serta rawan terhadap masalah tersebut, yang dilaksanakan secara terorganisasi dengan tujuan meningkatkan kemampuan kelompok dan derajat kesehatannya, mengutamakan upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan kepada mereka yang tinggal dipanti dan kepada kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, diberikan oleh tenaga keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah melalui proses keperawatan.

Tes Formatif

1. Nn.D, seorang perempuan usia 65 tahun dirawat diruangan khusus panti wredha Damai karena stroke, tubuhnya tidak dapat digerakkan dan tidak dapat mengotrol BAK sehingga pengurus panti menyediakan pampers, dan jika BAB ditolong dengan menggunakan pispot sehingga Nn.D beresiko untuk mengalami decubitus. Pengurus panti akan menilai sejauh mana Nn.D beresiko decubitus untuk menentukan intervensi keperawatan. Pertanyaan soal: Apa alat ukur yang digunakan untuk menilai decubitus ?

Pilihan jawaban :a) MMSE b)SPMSQ c) Barthel Indeks
d) Skala Braden e) Indeks Kats

2. Ny.P, perempuan usia 75 tahun tinggal dipanti whreda Damai, mengalami penurunan kekuatan otot, berjalan membungkuk dengan menggunakan alat bantu. Sering BAK kececeran di lantai sehingga teman-teman satu kamar merasa tidak nyaman sekamar dengannya, karena bau ruangan menjadi tidak sedap. Di kamar tersebut hanya Ny.P yang tidak dapat mengontrol BAK diantara ke 6 lansia yang tinggal disana.

Pertanyaan soal: Intervensi keperawatan apa yang dilakukan untuk mencegah 5 lansia lain yang tinggal di kamar tersebut supaya tidak mengalami hal yang sama dengan Ny.P?

Pilihan jawaban :a) Distraksi b) Hipnocaring c)Blader training
d) Toilet training e) Mengajari senam kegel

3. Kamar Melati panti Wreda Harmoni di huni oleh 10 lansia. Semua lansia yang tinggal di kamar tersebut dapat memenuhi ADLnya secara mandiri. Namun setelah dilakukan pengkajian lebih lanjut tidak seorangpun yang dapat menyebutkan hari itu hari apa dan tanggal berapa. Padahal sudah ada kalender duduk yang diletakkan diatas TV.

Pertanyaan soal: Apa yang harus dilakukan petugas panti untuk mengatasi masalah orientasi waktu tersebut?

Pilihan jawaban

- a. Melatih lansia senam Brain gym
 - b. Memberi tahu hari dan tanggal setiap hari
 - c. Memasang kalender sobek di kamar melati
 - d. Meningkatkan konsumsi makanan supaya tidak demensia
 - e. Melakukan terapi aktivitas kelompok untuk mengenal waktu
4. Dari hasil pengkajian di Panti Whreda Damai didapatkan 50% lansia mengalami nyeri sendi, 25% mengeluh tidak bisa tidur setiap malam dan 15% mempunyai tekanan darah tinggi. Pengurus panti terdiri dari 2 orang lulusan SMA, 1 orang lulusan SD dan 1 orang lulusan S1 ekonomi. Anda sebagai perawat

Puskesmas yang bertugas mengasuh panti tersebut ingin memprioritaskan masalah yang ditemukan.

Pertanyaan soal: Bagaimana cara menentukan prioritas masalah tersebut?

Pilihan jawaban

- a. Berdasarkan nilai kepentingan
- b. Mengumpulkan petugas panti dan mengidentifikasi sesuai SDM yang ada
- c. Mengumpulkan petugas panti dan lansia yang mempunyai fungsi kognitif baik untuk bersama-sama menentukan prioritas masalah
- d. Mengumpulkan petugas panti dan seluruh lansia untuk bersama-sama menentukan prioritas masalah
- e. Mengidentifikasi sarana dan prasarana terlebih dahulu.

Kunci Jawaban Tes Formatif

1. D
2. E
3. C
4. C

Daftar Pustaka

Bulechek Gloria. *Nursing Interventions Classification*. Mosb

PPNI. 2016. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
Jakarta

Swanso E et all. *Nursing Outcomes Classification*. Mosby

LAMPIRAN

BARTHEL INDEKS

No	Item yang dinilai	Dibantu	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di tempat tidur)	5-10	15
3	Personal hygiene (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi)	0	5
4	Naik turun kloset (melepas/memakai pakaian saat BAB/BAK, menyiram WC)	5	10
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar atau	10	15
	Menggayuh kursi roda sendiri	0	5
7	Naik dan turun tangga	5	10
8	Berpakaian (termasuk menalikan sepatu, menutup resleting)	5	10
9	Mengontrol anus	5	10
10	Mengontrol kandung kemih	5	10
Score		91	

- 0-2 : Dependen total
- 21-40 : Dependent berat
- 41-60 : Dependent Sedang
- 61-90 : Dependent Ringan
- 91-100 : Mandiri

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)				
Score		No	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	0
		2	Hari apa sekarang? (hari, tanggal dan tahun)	0
		3	Apa nama tempat ini?	1
		4	Berapa nomor telepon anda?	0
		4.a	Dimana alamat anda? (ditanyakan pada klien yang tidak mempunyai telepon)	1
		5	Berapa usia anda?	0
		6	Kapan anda lahir?	1
		7	Siapa presiden Indonesia saat ini?	0
		8	Siapa nama presiden sebelumnya?	0
		9	Siapa nama kecil ibu anda?	0
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	0
		Jumlah total		3
Hasil pemeriksaan : Fungsi intelektual sedang				

Penilaian:

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual berat



STIKes PATRIA HUSADA BLITAR

Standar Operating Procedure (SOP) Relaksasi Progresif

Pengertian	Relaksasi progresif adalah terapi non farmakologis yang merupakan serangkaian upaya untuk menegangkan dan mengendurkan otot-otot ditubuh untuk mencapai keadaan relaks (Sustrani, 2005)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan skala nyeri 2. Menurunkan kecemasan 3. Memberikan rasa nyaman
Indikasi	Pasien yang mengalami nyeri akut maupun nyeri kronik
Petugas	Perawat
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan 2. Mengatur posisi pasien
Persiapan lingkungan	Memberikan lingkungan yang tenang, aman dan nyaman.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan diri 2. Kontrak dengan pasien 3. <i>Beginning The Induction</i> Saya akan memandu anda untuk melakukan relaksasi.....Silahkan duduk dengan posisi yang santai.....dan kita akan memulai. Baik silahkan tutup mata anda singkirkanlah dahulu beban pikiran anda untuk sementara waktu..... Tarik nafas dalam.....hembuskan yang panjang.....terus lakukan.....dan rasakan anda semakin relaks dan santai.....tarik nafas lebih dalam lagi.....tahan 3 hitungan.....satu, dua, tiga.....hembuskan lagi lebih panjangrasakan anda semakin santai dan semakin relaks.....dan rasakan sekarang

anda mulai terasa mengantuk.....bagus sekali, lepaskan saja.....lepaskan pikiran-pikiran yang mengganggu.....karena ini tandanya anda sudah dalam kondisi yang sangat rileks.....oke.....terus tarik nafas dan hembuskan yang panjang....., rasakan kini anda makin relaks, dan semakin santai.....dan bila mana anda semakin mengantuk.....biarkan saja, ini tandanya anda sudah sangat rileks dan tenang.....!!!

4. Systematic Relaxtion of the body

Baiklah, sekarang saya akan meminta anda untuk menghitung mundur,.....dari 10 sampai dengan satu, coba ikuti hitungan saya dalam hati.....dan rasakan setiap menghitung anda akan semakin nyenyak dan lelap lebih dalam dari sebelumnya.....semua pikiran yang membebani diri anda menjadi lepas.....rasakan tubuh anda berangsur-angsur menjadi santai dan lemas dari ujung kepala sampai ke telapak kaki anda.....dan ketika hitungan tersebut sudah mencapai angka satu, maka seluruh tubuh anda sudah sangat santai dan lemas sekali, dan anda benar-benar sudah tertidur dengan sangat nyenyak.....baik kita mulai....., tarik nafas yang dalam.....hembuskan dan mulai menghitung.....**sepuluh**....., ya tarik nafas lagi.....hembuskan.....**Sembilan**.....ya bagus sekali rasakan kepala anda sudah santai dan lemas sekali.....tarik nafas lagi.....hembuskan.....**delapan**.....rasakan santai dan lemas itu menjalar dari kepala anda ke leher anda, rasakan leher anda sudah sangat nyaman, lemas dan rileks sekali.....**tujuh**.....rasakan rasa nyaman dan santai itu ke bahu anda dank e tangan

	<p>anda.....rasakan tangan dan bahu anda sudah sangat lemas dan santai sekali.....enam.....rasakan rasa santai itu merayap ke dada dan perut anda.....rasakan dada dan perut anda sangat dan amat lega sekali, sangat santai dan relaks.....bagus.....terus nikmati.....anda sangat menikmati hal ini.....limarasakan sekarang rasa santai itu menjalar ke paha anda.....rasakan paha anda lemas sekali.....</p>
Evaluasi sikap	Respon pasien yang meliputi kekuatan otot dan pergerakan bola mata
Daftar Rujukan	<p>Haryanto Joni. 2012. Relaksasi progresif disampaikan pada Hypnosis Workshop di Blitar.</p> <p>Sustrani Lanny et al 2005, <i>Hipertensi</i>, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta</p>

