

Pengantar

KEPERAWATAN GERONTIK

*dengan Pendekatan
Asuhan Keperawatan*

Ns. Bayu Dwisetyo, S.Kep., M.Kep.

Ns. Nurlela Hi Baco, S.Kep., M.Kep.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

1. **Setiap Orang** yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN

Ns. Bayu Dwisetyo, M.Kep
Ns. Nurlela Hi. Baco, M.Kep



PENGANTAR KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN

Diterbitkan pertama kali oleh CV Amerta Media
Hak cipta dilindungi oleh undang-undang *All Rights Reserved*
Hak penerbitan pada Penerbit Amerta Media
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa seizin tertulis dari Penerbit

Anggota IKAPI

Cetakan Pertama: Januari 2022

15,5 cm x 23 cm

ISBN:

978-623-419-041-0

Penulis:

Ns. Bayu Dwisetyo, M.Kep

Ns. Nurlela Hi. Baco, M.Kep

Desain Cover:

Moushawi Almahi

Tata Letak:

Ladifa Nanda

Diterbitkan Oleh:

CV. Amerta Media

NIB. 0220002381476

Jl. Raya Sidakangen, RT 001 RW 003, Kel. Kebanggan, Kec. Sumbang,
Banyumas 53183, Jawa Tengah. Telp. 081-356-3333-24

Email: mediaamerta@gmail.com

Website: www.penerbitbuku.id

Whatsapp : 081-356-3333-24

Isi di luar tanggung jawab penerbit Amerta Media

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena buku ini telah selesai disusun. Buku ini disusun agar dapat membantu para mahasiswa dalam mempelajari konsep-konsep keperawatan gerontik disertai contoh asuhan keperawatan gerontik.

Penulis pun menyadari jika didalam penyusunan buku ini mempunyai kekurangan, namun penulis meyakini sepenuhnya bahwa sekecil apapun buku ini tetap akan memberikan sebuah manfaat bagi pembaca.

Akhir kata untuk penyempurnaan buku ini, maka kritik dan saran dari pembaca sangatlah berguna untuk penulis kedepannya.

Manado, Desember 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	_____	i
TENTANG BUKU	_____	iv
KATA SAMBUTAN	_____	v
KATA PENGANTAR	_____	vii
DAFTAR ISI	_____	viii

BAB I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

GERONTIK	_____	1
A. Definisi Lansia	_____	1
B. Siklus Hidup Manusia	_____	2
C. Permasalahan Lansia	_____	2
D. Model Pelayanan Keperawatan Gerontik	_____	6
E. Lingkup, Peran, dan Fungsi Keperawatan Gerontik	_____	9

BAB II

TEORI PROSES MENUA	_____	15
A. Definisi Proses Menua	_____	15
B. Factor Yang Mempengaruhi Proses Menua	_____	15
C. Teori Proses Menua	_____	16
D. Masalah Pada Proses Penuaan	_____	17

BAB III

TUGAS PERAWAT DALAM PROSES

TEORI MENUA	_____	19
A. Konsep Dasar Tugas Perawat Dalam Proses Menua	_____	19

B.	Teori Tentang Proses Penuaan _____	20
1.	Teori Biologi _____	20
2.	Teori Psikososial _____	22
3.	Teori Lingkungan _____	23
C.	Tugas Perawat Dalam Setiap Teori Penuaan _____	24

BAB IV

PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

GERONTIK	_____	27
A.	Pengkajian Keperawatan _____	27
B.	Diagnosis Keperawatan _____	27
C.	Intervensi Keperawatan _____	32
D.	Implementasi _____	33
E.	Evaluasi _____	33

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

DENGAN MASALAH PERSONAL HYGIENE	_____	35
A.	Konsep Dasar Gangguan Personal Hygiene _____	35
B.	Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Masalah Personal Hygiene _____	43

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

DENGAN MASALAH GIZI	_____	51
A.	Konsep Dasar Teori Lansia Dengan Masalah Gizi _____	51
B.	Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Masalah Gizi _____	58

BAB VII

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

DENGAN HIPERTENSI	_____	63
A.	Definisi Hipertensi _____	63
B.	Etiologi _____	63
C.	Factor Resiko Hipertensi _____	64
D.	Klasifikasi _____	67

E. Patofisiologi _____	67
F. Tidak ada gejala hipertensi _____	68
G. Komplikasi _____	68
H. Asuhan keperawatan lansia dengan hipertensi _____	69
BAB VIII	
ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA	
DENGAN DIABETES MELLITUS _____	87
A. Konsep Dasar Teori Lansia Dengan Masalah Diabetes Mellitus _____	87
B. Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Masalah Diabetes Mellitus _____	99
BAB IX	
ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA	
DENGAN STROKE _____	109
A. Konsep Dasar Teori Lansia Dengan Masalah Stroke _____	109
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan _____	121
C. Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Masalah Stroke _____	133
BAB X	
ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA	
DENGAN GOUTH ATRITIS _____	153
A. Definisi Hipertensi _____	153
B. Etiologi _____	153
C. Gambaran Klinis _____	155
D. Manifestasi Klinis _____	156
E. Patofisiologi _____	156
F. Penatalaksanaan _____	158
G. Athway Gout Arthritis _____	162
DAFTAR PUSTAKA _____	185
LAMPIRAN _____	191

Bab I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK

A. DEFINISI LANSIA

Pada daur kehidupan manusia, tahap lansia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan. Menurut UU No.13/Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia disebutkan bahwa seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun adalah lansia (Dewi,2014). Fatmawati (2010) menjelaskan, beberapa batasan usia pada lansia yaitu usia pertengahan (middle), antara umur 45 hingga 59 tahun, lanjut usia (elderly) berumur antara 60 hingga 74 tahun, lanjut usia tua (old) usia 75 hingga 90 tahun dan usia sangat tua (very old) di atas 90 tahun. Prevalensi Lanjut Usia (lansia) di dunia saat ini diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa (satu dari sepuluh orang berusia lebih dari 60 tahun) dan pada tahun 2025 jumlah lanjut usia diperkirakan akan mencapai 1,2 milyar (Agoes, 2011). Berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 2013, persentase populasi lansia tahun 2000 adalah 7,74% angka ini diperkirakan meningkat pada tahun 2045 menjadi 28,68%. Dari tahun ketahun penduduk lansia di seluruh dunia meningkat. Indonesia dan negara-negara lain dikawasan Asia pasifik akan mengalami peningkatan. Pada tahun 2013 Indonesia termasuk negara Asia ketiga dengan jumlah populasi masyarakat diatas 60 tahun terbesar setelah Cina (200juta), India (100 juta) dan Indonesia (25juta) (WHO, 2013).

Manusia lanjut usia (manula) merupakan populasi penduduk yang berumur tua dengan kelompok usia 60 tahun atau lebih (Bustan, 2007). Menurut (Fatmah, 2010) lansia merupakan proses alamiah yang terjadi secara berkesinambungan pada manusia dimana ketika menua seseorang akan mengalami beberapa perubahan yang pada akhirnya akan mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan seluruh tubuh.

Istilah manusia usia lanjut belum ada yang mematenkan sebab setiap orang memiliki penyebutannya masing-masing seperti manusia lanjut usia (manula), manusia usia lanjut (lansia), usia lanjut (usila), serta ada yang menyebut golongan lanjut umur (glamur) (Maryam, 2008).

B. SIKLUS HIDUP MANUSIA

Di bawah ini dikemukakan beberapa pendapat mengenai batasan umur, yaitu:

1. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Lanjut Usia meliputi:

- a. Usia pertengahan (Middle Age) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
 - b. Lanjut usia (Elderly) ialah kelompok usia antara 60 dan 74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (Old) ialah kelompok usia antara 75 dan 90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (Very Old) ialah kelompok di atas usia 90 tahun.
- ### **2. Departemen Kesehatan RI mengklasifikasikan lanjut usia sebagai berikut:**
- a. Pralansia (prasenilis) Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
 - b. Lansia Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
 - c. Lansia risiko tinggi Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003).
 - d. Lansia potensial Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/ jasa (Depkes RI, 2003).
 - e. Lansia tidak potensial Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003).

C. PERMASALAHAN LANSIA

Jumlah lansia di Indonesia tahun 2014 mencapai 18 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 41 juta jiwa di tahun 2035 serta lebih dari 80 juta jiwa di tahun 2050. Tahun 2050, satu dari empat penduduk Indonesia adalah penduduk lansia dan lebih mudah menemukan penduduk lansia dibandingkan bayi atau balita. Sedangkan

sebaran penduduk lansia pada tahun 2010, Lansia yang tinggal di perkotaan sebesar 12.380.321 (9,58%) dan yang tinggal di perdesaan sebesar 15.612.232 (9,97%). Terdapat perbedaan yang cukup besar antara lansia yang tinggal di perkotaan dan di perdesaan. Perkiraan tahun 2020 jumlah lansia tetap mengalami kenaikan yaitu sebesar 28.822.879 (11,34%), dengan sebaran lansia yang tinggal di perkotaan lebih besar yaitu sebanyak 15.714.952 (11,20%) dibandingkan dengan yang tinggal di perdesaan yaitu sebesar 13.107.927 (11,51%). Kecenderungan meningkatnya lansia yang tinggal di perkotaan ini dapat disebabkan bahwa tidak banyak perbedaan antara rural dan urban. Kebijakan pemerintah terhadap kesejahteraan lansia menurut UU Kesejahteraan Lanjut Usia (UU No 13/1998) pasal 1 ayat 1: Kesejahteraan adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial baik material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketenteraman lahir batin yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia sesuai dengan Pancasila. Pada ayat 2 disebutkan, Lanjut Usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas. Dan mereka dibagi kepada dua kategori yaitu lanjut usia potensial (ayat 3) dan lanjut usia tidak potensial (ayat 4). Lanjut Usia Potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa. Sedangkan Lanjut Usia Tidak Potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain. Bagi Lanjut Usia Tidak potensial (ayat 7) pemerintah dan masyarakat mengupayakan perlindungan sosial sebagai kemudahan pelayanan agar lansia dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar. Selanjutnya pada ayat 9 disebutkan \cong Konsep Lanjut Usia dan Proses Penuaan \cong 6 bahwa pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial adalah upaya perlindungan dan pelayanan yang bersifat terus-menerus agar lanjut usia dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar. Lanjut usia mengalami masalah kesehatan. Masalah ini berawal dari kemunduran selsel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia adalah malnutrisi, gangguan

keseimbangan, kebingungan mendadak, dan lain-lain. Selain itu, beberapa penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia antara lain hipertensi, gangguan pendengaran dan penglihatan, demensia, osteoporosis, dsb. Data Susenas tahun 2012 menjelaskan bahwa angka kesakitan pada lansia tahun 2012 di perkotaan adalah 24,77% artinya dari setiap 100 orang lansia di daerah perkotaan 24 orang mengalami sakit. Di pedesaan didapatkan 28,62% artinya setiap

Tabel 1.1. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pada Lansia Tahun 2013

NO	JENIS PENYAKIT	PREVALENSI MENURUT KELOMPOK UMUR		
		55-64 THN	65-74 THN	75 THN +
1.	Hipertensi	45,9	57	63,8
2.	Arthritis	45	51	54,8
3.	Stroke	33	46	67
4.	Peny. Paru obstruktif kronis	5,6	8,6	9,4
5.	DM	5,5	4,8	3,5
6.	Kanker	3,2	3,9	5
7.	Peny. Jantung coroner	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: Kemenkes RI, Riskesdas, 2013

Berdasarkan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis. Selain itu, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lansia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif, hal ini merupakan upaya peningkatan kesejahteraan lansia khususnya dalam bidang kesehatan. Upaya promotif dan preventif merupakan faktor penting yang harus dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan pada lansia. Untuk mencapai tujuan tersebut, harus ada koordinasi yang efektif antara lintas program terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan dan

organisasi profesi. Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam pelayanan kesehatan melalui penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang ramah bagi lansia bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia supaya lebih berkualitas dan berdaya guna bagi keluarga dan masyarakat. Upaya yang dikembangkan untuk mendukung kebijakan tersebut antara lain pada pelayanan kesehatan dasar dengan pendekatan Pelayanan Santun Lansia, meningkatkan upaya rujukan kesehatan melalui pengembangan Poliklinik Geriatri Terpadu di Rumah Sakit, dan menyediakan sarana dan prasarana yang ramah bagi lansia. Kesadaran setiap lansia untuk menjaga kesehatan dan menyiapkan hari tua dengan sebaik dan sedini mungkin merupakan hal yang sangat penting. Semua pelayanan kesehatan harus didasarkan pada konsep pendekatan siklus hidup dengan tujuan jangka panjang, yaitu sehat sampai memasuki lanjut usia. Pendapat lain menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu: a. Masalah fisik Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra pengelihatannya yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit. b. Masalah kognitif (intelektual) Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar. c. Masalah emosional Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi. d. Masalah spiritual Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

D. MODEL PELAYANAN KEPERAWATAN GERONTIK

1. Model Konseptual Adaptasi Callista Roy.

Model adaptasi Roy merupakan salah satu teori keperawatan yang berfokus pada kemampuan adaptasi klien terhadap stressor yang dihadapinya. Dalam penerapannya Roy menegaskan bahwa individu adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan utuh yang memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua yang ada di sekeliling kita dan berpengaruh pada perkembangan manusia. Sehat adalah suatu keadaan atau proses dalam menjaga integritas diri, respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh menimbulkan adanya suatu kebutuhan dan menyebabkan individu berespon terhadap kebutuhan tersebut melalui upaya atau perilaku tertentu. Menurutnya peran perawat adalah membantu pasien beradaptasi terhadap perubahan yang ada.

2. Model Konseptual Human Being Rogers.

Marta Rogers (1992) mengungkapkan metaparadigma lansia. Dia menyajikan lima asumsi tentang manusia. Setiap manusia diasumsikan sebagai kesatuan yang dengan individualitas. Manusia secara kontinyu mengalami pertukaran energi dengan lingkungan. Manusia mampu abstraksi, citra, bahasa, pikiran, sensasi, dan emosi. Manusia diidentifikasi dengan pola dan mewujudkan karakteristik dan perilaku yang berbeda dari bagian dan yang tidak dapat diprediksi dengan pengetahuan tentang bagian-bagiannya.

- a. *Lingkungan* terdiri dari semua pola yang ada di luar individu. Keduanya, individu dan lingkungan dianggap sistem terbuka. Lingkungan merupakan, tereduksi terpisahkan, energi lapangan pandimensional diidentifikasi dengan pola dan integral dengan bidang manusia (Rogers, 1992).
- b. *Perawatan* utamanya adalah seni dan ilmu dan humanistik kemanusiaan. Ditujukan terhadap semua manusia dan berkaitan dengan sifat dan arah pembangunan manusia. Tujuannya untuk berpartisipasi dalam proses perubahan sehingga orang dapat mengambil manfaat (Rogers, 1992).

- c. *Kesehatan* tidak secara khusus diatur, Malinski (1986) dikutip dari komunikasi pribadi dengan Rogers di mana di negara bagian Rogers bahwa ia memandang kesehatan sebagai sebuah nilai. Komunikasi ini menegaskan kesimpulan sebelumnya bahwa penyakit, patologi dan kesehatan adalah sebuah nilai.

3. Model Konseptual Keperawatan Neuman.

Neuman menyatakan bahwa keperawatan memperhatikan manusia secara utuh dan keperawatan adalah sebuah profesi yang unik yang mempertahankan semua variabel yang mempengaruhi respon klien terhadap stressor. Melalui penggunaan model keperawatan dapat membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai dan mempertahankan level maksimum dari total wellness. Keunikan keperawatan adalah berhubungan dengan integrasi dari semua variabel yang mana mendapat perhatian dari keperawatan. Neuman (1981) menyatakan bahwa dia memandang model sebagai sesuatu yang berguna untuk semua profesi kesehatan dimana mereka dan keperawatan mungkin berbagi bahasa umum dari suatu pengertian. Neuman juga percaya bahwa keperawatan dengan perspektif yang luas dapat dan seharusnya mengkoordinasi pelayanan kesehatan untuk pasien supaya fragmentasi pelayanan dapat dicegah.

4. Model Konseptual Keperawatan Henderson.

Fokus keperawatan pada teori Henderson adalah klien yang memiliki keterikatan hidup secara individual selama daur kehidupan, dari fase ketergantungan hingga kemandirian sesuai dengan usia, keadaan, dan lingkungan. Perawat merupakan penolong utama klien dalam melaksanakan aktivitas penting guna memelihara dan memulihkan kesehatan klien atau mencapai kematian yang damai. Bantuan ini diberikan oleh perawat karena kurangnya pengetahuan kekuatan, atau kemauan klien dalam melaksanakan 14 komponen kebutuhan dasar.

5. Model Konseptual Budaya Leininger.

Model konseptual Leininger sering disebut sebagai *Transcultural Nursing Theory* atau teori perawatan transkultural.

Pemahaman yang benar pada diri perawat mengenai budaya klien, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat, dapat mencegah terjadinya *culture shock* atau *culture imposition*. *Culture shock* terjadi saat pihak luar (perawat) mencoba mempelajari atau beradaptasi secara efektif dengan kelompok budaya tertentu (klien). Klien akan merasakan perasaan tidak nyaman, gelisah dan disorientasi karena perbedaan nilai budaya, keyakinan, dan kebiasaan. Sedangkan *culture imposition* adalah kecenderungan tenaga kesehatan (perawat), baik secara diam-diam maupun terang-terangan, memaksakan nilai-nilai budaya, keyakinan, dan kebiasaan/perilaku yang dimilikinya kepada individu, keluarga, atau kelompok dari budaya lain karena mereka meyakini bahwa budayanya lebih tinggi daripada budaya kelompok lain.

6. Model Konseptual Perilaku Johnson.

Teori Dorothy Johnson tentang keperawatan (1968) berfokus pada bagaimana klien beradaptasi terhadap kondisi sakitnya dan bagaimana stress actual atau potensial dapat mempengaruhi kemampuan beradaptasi. Tujuan dari keperawatan adalah menurunkan stress sehingga klien dapat bergerak lebih mudah melewati masa penyembuhannya (Johnson, 1968). Teori Johnson berfokus pada kebutuhan dasar yang mengacu pada pengelompokan perilaku berikut:

- a. Perilaku mencari keamanan.
- b. Perilaku mencari perawatan.
- c. Menguasai diri sendiri dan lingkungan sesuai dengan standar internalisasi prestasi.
- d. Mengakomodasi diet dengan cara yang diterima secara sosial dan cultural.
- e. Mengeluarkan sampah tubuh dengan cara yang diterima secara sosial dan cultural.
- f. Perilaku seksual dan identitas peran.
- g. Perilaku melindungi diri sendiri.

Menurut Johnson, perawat mengkaji kebutuhan klien berdasarkan kategori perilaku diatas, yang disebut *subsistem perilaku*. Dalam kondisi normal klien berfungsi secara efektif didalam

lingkungannya. Akan tetapi ketika stres mengganggu adaptasi normal, perilaku klien menjadi tidak dapat diduga dan tidak jelas. Perawat mengidentifikasi ketidakmampuan beradaptasi seperti ini dan memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

7. Model Konseptual Self Care Orem.

Konsep keperawatan Orem mendasari peran perawat dalam memenuhi kebutuhan klien untuk mencapai kemandirian dan kesehatan yang optimal.

a. Teori Self care deficit.

Inti dari teori ini menggambarkan manusia sebagai penerima perawatan yang tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dan memiliki berbagai keterbatasan-keterbatasan dalam mencapai taraf kesehatannya.

b. Teori Self care.

Ketika klien tidak mampu melakukan perawatan dirinya sendiri maka deficit perawatan diri terjadi dan perawat akan membantu klien untuk melakukan tugas perawatan dirinya.

c. Teori nursing system.

Perawat menentukan, mendesain, dan menyediakan perawatan yang mengatur kemampuan individu dan memberikannya secara terapeutik sesuai dengan tiga tingkatan.

E. LINGKUP, PERAN DAN FUNGSI KEPERAWATAN GERONTIK

Lingkup aspek gerontik meliputi:

1. Pencegahan terhadap ketidakmampuan akibat proses penuaan.
2. Perawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan akibat proses penuaan.
3. Pemulihan ditujukan untuk upaya mengatasi kebutuhan akibat proses penuaan

Apa yang merupakan tanggung-jawab etis khusus perawat yang merawat perempuan lansia? Beberapa pendapat menyatakan bahwa masyarakat dan anggotanya membawa tanggung-jawab khusus untuk

menanggapi kebutuhan populasi yang rentan. Menurut salah satu pendapat suatu kewajiban untuk melindungi seseorang di bawah ancaman bahaya diterapkan tidak hanya untuk kesejahteraan material yang berbahaya, tetapi terhadap perasaan, citra diri, atau kehormatan diri terutama yang rentan terhadap cedera. Berkembangnya argumentasi ini pada pelayanan kesehatan, bisa menjadikan anggapan bahwa perawat dan para tenaga kesehatan lainnya mempunyai kewajiban lebih kuat terhadap pasien lansia. Mengingat semua pasien rentan karena penyakit mereka, pasien lansia berada pada risiko ganda. Mereka mudah terkena serangan tidak hanya berdasarkan keadaan sakit, tetapi juga karena menjadi lebih tua di dalam suatu masyarakat yang mengevaluasi dan mendiskriminasi lansia. Perempuan lansia bahkan lebih peka karena stereotip negatif penuaan, mungkin lebih kasar berlaku untuk mereka dan memungkin lebih berbahaya ketika diterapkan. Keadaan pasien seperti itu didasarkan kepada diskriminasi jenis kelamin dalam masyarakat yang lebih besar dan dalam lingkungan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, beberapa pakar menghimbau perawat gerontik dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien lansia mempunyai tanggung jawab untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Menentang mitos dan pandangan stereotip dihubungkan dengan penuaan.
2. Membedakan suatu ciri proses penuaan yang sehat dari penyakit.
3. Memeriksa faktor psikologis sosial dan biologis yang mempengaruhi penuaan yang sehat.
4. Mengembangkan strategi untuk melindungi, meningkatkan, dan memelihara kesehatan wanita lanjut usia.
5. Memurnikan suatu konsep kesehatan fungsional dengan mengetahui pribadi, juga sumber daya lingkungan dan menekankan potensi pertumbuhan penuaan wanita pada semua tingkat kesehatan.

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam, suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial, baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Peran adalah bentuk dari perilaku yang

diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Kozier Barbara, 1995).

Peran perawat yang dimaksud adalah cara untuk menyatakan aktifitas perawat dalam praktik, dimana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung keperawatan secara professional sesuai dengan kode etik professional. Dimana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri terpisah demi untuk kejelasan.

Dalam prakteknya keperawatan gerontik meliputi peran dan fungsinya sebagai berikut:

1. Sebagai Care Giver/ pemberi asuhan langsung

Sebagai pelaku/pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada klien, menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ada dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Proses penyembuhan lebih dari sekedar sembuh dari penyakit tertentu, sekalipun pemberi ketrampilan tindakan yang meningkatkan kesehatan fisik merupakan hal yang penting bagi pemberi asuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan klien secara holistik, meliputi gaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Pemberi asuhan memberikan bantuan bagi klien dan keluarga dalam menetapkan tujuan dan mencapai tujuan tersebut dengan menggunakan energi dan waktu yang minimal.

2. Sebagai Pendidik klien lansia

Sebagai pendidik klien, perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima sehingga klien/keluarga

dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Sebagai pendidik, perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien lansia yang beresiko tinggi, kader kesehatan, dan lain sebagainya.

Perawat menjalankan peran sebagai pendidik ketika klien, keluarga atau kelompok masyarakat dianggap memerlukan pengajaran. Hubungan pengajar - orang yang belajar adalah tingkatan lebih lanjut dari hubungan pertolongan perawatan. Di dalam hubungan saling ketergantungan ini akan terbangun suatu kepercayaan. Perawat membangun rasa percaya tersebut dengan berbagi pandangan objektif klien.

Peran ini, dapat dalam bentuk penyuluhan kesehatan, maupun bentuk desiminasi ilmu kepada klien

3. Sebagai komunikasi (*comunicator*)

Setiap perawat yang berkeinginan menjadi perawat yang memberikan perawatan secara efektif, hal pertama yang harus dipelajari adalah cara berkomunikasi. Komunikasi yang baik menjadikan perawat mengetahui tentang klien mereka yang akhirnya mampu mendiagnosa dan menemukan hal - hal yang mereka butuhkan selama proses perawatan.

4. Sebagai pemberi bimbingan/konseling klien (*Counselor*)

Tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat-sakitnya. Adanya pola interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya. Memberikan konseling/bimbingan kepada klien, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai prioritas. Konseling diberikan kepada individu/keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan, mengubah perilaku hidup kearah perilaku hidup sehat.

5. Sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber potensi klien (*Coordinator*).

Perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih.

Dalam menjalankan peran sebagai koordinator, perawat dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengkoordinasi seluruh pelayanan keperawatan.
- b. Mengatur tenaga keperawatan yang akan bertugas.
- c. Mengembangkan sistem pelayanan keperawatan.
- d. Memberikan informasi tentang hal-hal yang terkait dengan pelayanan keperawatan pada sarana kesehatan.

6. Rehabilitator

Rehabilitasi merupakan proses dimana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka dan perawat membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut. Rentang aktivitas rehabilitatif dan restoratif mulai dari mengajar klien berjalan dengan menggunakan kruk sampai membantu klien mengatasi perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan penyakit kronis.

7. Pembuat keputusan klinik (*Collaborator*)

Untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat menggunakan keahliannya berpikir secara kritis melalui proses keperawatan. Perawat membuat keputusan ini sendiri atau berkolaborasi dengan klien dan keluarga. Dalam setiap situasi seperti ini, perawat bekerja sama dan berkonsultasi dengan pemberi perawatan kesehatan profesional lainnya (Keeling dan Ramos, 1995)

8. Sebagai Caring

Tanggung-jawab etis seorang perawat secara umum telah diuraikan dalam kaitannya dengan caring dan perlindungan. Reverby melacak sejarah keperawatan Amerika pada awal abad ke-19. Selama waktu tersebut, hampir tiap-tiap perempuan menghabiskan sebagian

dari hidupnya untuk memperhatikan macam-macam penyakit dan kelemahan teman-teman dan sanak keluarga. Pada saat keperawatan dikenal sebagai suatu pekerjaan professional dan tempat dalam merawat dipindahkan dari rumah sakit, tugas merawat ditafsirkan berarti ketaatan terhadap perintah dokter. Menurut Reverby, caring keperawatan baru-baru ini telah mengalami suatu perubahan bentuk. Berbeda dari sebelumnya, sekarang akan ditemui perawat menuntut hak untuk menentukan bagaimana tugas merawat didapatkan. Sekarang perawat menginginkan suatu model caring yang menyertakan hak-hak terhadap otonomi dengan nilai-nilai ideal tradisional mengenai hubungan dan azas mengutamakan orang lain.

Pakar teori ilmu perawatan modern yang melanjutkan untuk mengidentifikasi caring sebagai hal yang utama untuk merawat juga menekankan bahwa teori ilmu keperawatan itu harus dibangun dari praktek keperawatan dibandingkan dengan gambaran ideal dalam keperawatan. Benner dan Wrubel sebagai contoh, mengembangkan penafsiran teori caring keperawatan dari pengamatan empiris dalam praktik keperawatan. Mereka mendefenisikan caring sebagai suatu perhatian kepada orang lain, peristiwa, pekerjaan, dan hal-hal lain. Oleh karena itu, dapat dipahami bahwa caring memungkinkan untuk keperawatan karena memadukan pemikiran, perasaan, dan tindakan serta memberikan arah dan motivasi.

Bab II

TEORI PROSES MENUA

A. DEFINISI PROSES MENUA

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diterima. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah. Proses menua dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho, 2008).

Penuaan adalah normal dan tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Namun demikian penuaan pada setiap individu akan berbeda tergantung pada stresor yang mempengaruhi penuaan itu sendiri (Stanley & Patricia, 2006).

B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PROSES MENUA

Menurut Miller (1995) dalam Tamher, S dan noorkasiani (2009) faktor yang mempengaruhi penuaan antara lain:

1. Psikologis

Komponen yang berperan adalah kapasitas penyesuaian diri yang terdiri atas pembelajaran, memory (daya ingat), perasaan kecerdasan, dan motivasi. Selain hal-hal tersebut, dari aspek psikologis dikenal isu yang erat hubungannya dengan lansia yaitu teori mengenai timbulnya depresi, gangguan kognitif, stress serta koping.

2. Biologis

Sebagaimana layaknya manusia yang tumbuh semakin lama semakin tua dan proses penuaannya bukan karena evolusi akan tetapi karena proses biologis dan keausan pada tubuh.

3. Sosial

Lingkungan sosial sangat mempengaruhi proses penuaan karena lingkungan sosial yang nyaman dan bebas dari penyakit menular akan meningkatkan derajat kesehatan.

C. TEORI PROSES MENUA

Menurut Nugroho (2008) secara individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda karena masing-masing lansia mempunyai kebiasaan yang berbeda-beda dan tidak ada satu faktor pun ditemukan untuk mencegah proses menua.

Teori kejiwaan sosial

1. Aktivitas atau kegiatan

- a. Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.
- b. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan dan ke lanjut usia.
- c. Lansia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas selama mungkin dan secara mandiri.

2. Kepribadian berlanjut

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori atas, pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personaliti yang dimilikinya.

3. Teori pembebasan

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya, pada lanjut usia pertama diajukan oleh Cumming dan Henry, teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepas diri dari kehidupan sosialnya tahu menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi

kehilangan ganda (*triple loss*), yakni: kehilangan peran, hambatan kontak sosial, berkurangnya komitmen. *Triple loss* akan mempengaruhi konsep diri karena lansia merasa tidak berarti karena kehilangan peran dan cenderung menarik diri dari lingkungan yang menyebabkan lansia menjadi memiliki harga diri rendah.

D. MASALAH PADA PROSES MENUA

1. Lansia memiliki konflik interpersonal seperti perselisihan dengan keluarga dan teman, menurunnya dukungan sosial karena kematian orang terdekat dan sulitnya berinteraksi dengan orang lain karena suatu masalah. Hal tersebut dapat terjadi suatu tantangan bagi setiap individu yang apabila masalah tersebut dialami dalam waktu bersamaan (Bioshop, 2008).
2. Pada saat usia lanjut individu memiliki tingkat emosi yang baik hingga menata dirinyandalam menghadapi situasi lingkungan. Dengan demikian lansia mampu mengontrol pemikiran irasional atau negatif terhadap dirinya seperti perasaan kurang percaya diri, tidak berguna, khawatir yang bisa berakhir dengan depresi(sudirman 2011).
3. Kurangnya kemampuan dalam mengelolah emosi bisa menimbulkan reaksiemosiaonal yang berlebihan meliputi rasa ketakutan, kecemasan, kegembiraan, merasa malu, marah, dan juga sikap yang tidak sabar dan penyangkalan (Taylor, 2003).
4. Individu lanjut usia mengalami berbagai permasalahan yang sifatnya kompleks dan dapat mengakibatkan dampak negatif bagi kualitas hidup.(American Psychological Association 2003). Kebanyakan masalah di timbulkan oleh tantangan perkembangan berupa berbagai permasalahan yang sifatnya major sehingga individu akan mengalami kesulitan beradaptasi atau penyesuaian diri (Papalia, & Feldman, 2007).

Bab III

TUGAS PERAWAT DALAM PROSES MENUA

A. KONSEP DASAR MENUA

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita (Siti Bandiyah, 2009).

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Ada kalanya orang belum tergolong lanjut usia (masih muda) tetapi mengalami kekurangan-kekurangan yang menyolok atau diskrepansi (Wahyudi Nugroho, 2006).

Menjadi tua (menua) adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, toodler, pra school, school, remaja, dewasa dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013).

Menurut WHO dan Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses

menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Padila, 2013).

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin buruk, gerakan semakin lambat, dan figure tubuh yang tidak proposional (Nugroho, W. 2012).

B. TEORI PROSES PENUAAN

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

1. Teori Biologi

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

a. Teori “Genetik Clock”

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

b. Teori Error

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan.

Sejalan dengan perkembangan umur sel tubuh, maka terjadi beberapa perubahan alami pada sel pada DNA dan RNA, yang merupakan substansi pembangun atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel-sel Nukleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

c. Teori Autoimun

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

d. Teori Free Radical

Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses menua terjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh dan hal itu dipengaruhi oleh adanya berbagai radikal bebas dalam tubuh. Radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia sehingga salah satu hasil kerja metabolisme tubuh. Walaupun secara normal ia terbentuk dari proses metabolisme tubuh, tetapi ia dapat terbentuk akibat: (1) proses oksigenasi lingkungan seperti pengaruh polutan, ozon, dan petisida. (2) reaksi akibat paparan dengan radiasi. (3) sebagai reaksi berantai dengan molekul bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa: superoksida (O_2), radikal hidroksil, dan H_2O_2 . Radikal bebas sangat merusak karena

sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh. Makin tua umur makin banyak terbentuk radikal bebas sehingga proses pengrusakan harus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

e. Teori Kolagen

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak.

f. Wear Teori Biologi

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

2. Teori Psikososial

a. Activity Theory (Teori Aktivitas)

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

b. Continuitas Theory (Teori Kontinuitas)

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

c. Disanggement Theory

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

d. Teori Stratifikasi Usia

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

e. Teori Kebutuhan Manusia

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

f. Jung Theory

Terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.

g. Course of Human Life Theory

Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimumnya.

h. Development Task Theory

Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

3. Teori Lingkungan

a. Radiation Theory (Teori Radiasi)

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

b. Stress Theory (Teori Stress)

Stress fisik maupun psikologi dapat mengakibatkan pengeluaran neurotransmitter tertentu yang dapat mengakibatkan perfusi jaringan menurun sehingga jaringan mengalami gangguan metabolisme sel sehingga terjadi penurunan jumlah cairan dalam sel dan penurunan eksitasi membrane sel.

c. Pollution Theory (Teori Polusi)

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

d. Exposure Theory (Teori Pemaparan)

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

C. TUGAS PERAWAT DALAM SETIAP TEORI PENUAAN

1. Tugas Perawat Dalam Teori Biologi

Menurut teori biologi tugas perawat adalah memperhatikan kesehatan objektif, kebutuhan, kejadian-kejadian yang dialami klien lansia selama hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, penyakit yang dapat dicegah atau ditekan progresivitasnya. Pearawatan fisik secara umum bagi klien lansia dapat dibagi atas 2 bagian, yakni:

- a. Klien lansia yang masih aktif, dimana keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhannya sehari-hari masih mampu melakukan sendiri.
- b. Klien lansia yang pasif atau tidak dapat bangun, dimana keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit.

Perawat harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama hal-hal yang berhubungan dengan kebersihan perorangan untuk mempertahankan kesehatannya. Kebersihan perorangan sangat penting dalam usaha mencegah timbulnya penyakit atau peradangan, mengingat sumber infeksi dapat timbul bila kebersihan kurang mendapat perhatian. Disamping itu, kemunduran kondisi fisik akibat proses penuaan dapat mempengaruhi ketahanan tubuh terhadap gangguan atau serangan infeksi dari luar. Untuk klien lansia yang aktif dapat arahan bimbingan mengenai kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit dan badan, kebersihan kuku dan rambut, kebersihan tempat tidur, kursi atau sebaliknya. Komponen pendekatan fisik yang lebih mendasar adalah memperhatikan dan membantu para klien lansia untuk bernafas dengan lancar, makan (termasuk memilih dan menentukan makanan), minum, melakukan eliminasi, tidur, menjaga sikap tubuh waktu berjalan, duduk, mengubah posisi tidur, bersitirahat, kebersihan tubuh, memakai dan menukar pakaian, mempertahankan suhu badan, melindungi kulit dari kecelakaan.

Toleransi terhadap kekurangan oksigen sangat menurun pada klien lansia. Untuk itu kekurangan oksigen yang mendadak harus dicegah dengan cara posisi bersandar pada beberapa bantal, jangan makan terlalu banyak, jangan melakukan gerak bada yang berlebihan, dan sebagainya. Seorang perawat harus dapat memotivasi para klien lansia agar mau dan menerima makanan yang disajikan. Kurangnya

kemampuan mengunyah sering dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan. Untuk mengatasi masalah ini adalah dengan menghadirkan makanan lunak atau memakai gigi palsu, waktu makan yang teratur, menu bervariasi dan bergizi, makanan yang serasi, serta suasana yang menyenangkan dapat menambah selera makan. Bila ada penyakit tertentu perawat harus mengatur makanan sesuai diet yang dianjurkan. Perawat perlu mengadakan pemeriksaan kesehatan terutama pada klien lansia yang diduga menderita penyakit tertentu atau secara berkala dilakukan bila terdapat kelainan tertentu. Perawat perlu memberikan penjelasan dan penyuluhan kesehatan, mengkaji penyebab keluhan, kemudian mendiskusikan dengan klien tentang cara pemecahannya.

2. Tugas Perawat Dalam Teori Sosial

Perawat sebaiknya memfasilitasi sosialisasi antar lansia dengan mengadakan diskusi dan tukar pikiran serta berbicara sebagai salah satu upaya pendekatan social. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama berarti menciptakan sosialisai antar manusia, yang menjadi pengangan bagi perawat bahwa orang yang tercipta adalah makhluk social yang membutuhkan orang lain. Hubungan yang tercipta adalah hubungan social antara wreda dengan wreda maupun wreda dengan perawat sendiri.

Perawat memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada para wreda untuk mengadakan komunikasi, melakukan rekreasi seperti jalan pagi, menonton film, atau hiburan lain karena mereka perlu dirangsang untuk mengetahui dunia luar. Dapat disadari bahwa pendekatan komunikasi dalam perawatan tidak kalah pentingnya dengan upaya pengobatan dalam proses penyembuhan atau ketenangan para klien lansia.

3. Tugas Perawat Dalam Teori Psikologi

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lansia, perawat dapat berperan sebagai supporter maupun interpreter terhadap segala sesuatu yang asing sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab. Perawat hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberikan kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar mereka merasa puas. Pada

dasarnya klien lansia membutuhkan rasa aman dan cinta kasih dari lingkungannya, termasuk perawat yang memberikan perawatan. Untuk itu perawat harus menciptakan suasana yang aman, tidak gaduh, membiarkan mereka melakukan kegiatan dalam batas kemampuan dan hobi yang dimilikinya.

Perawat harus dapat membangkitkan semangat dan kreasi klien lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dideritanya. Hal ini perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi bersama dengan makin lanjutnya usia. Perawat harus sabar mendengarkan cerita-cerita yang membosankan, jangan mentertawakan atau memarahi bila klien lansia lupa atau bila melakukan kesalahan harus diingat, kemunduran ingatan akan menwarnai tingka laku mereka dan kemunduran ingatan jangan dimanfaatkan untuk tujuan-tujuan tertentu. bila di usahakan agar masa lansia ini mereka tetap merasa puas dan bahagia.

Bab IV

PROSES ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA

A. DEFINISI PENGKAJIAN KEPERAWATAN LANSIA

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi data bio, psiko, sosial, dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada.

B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGKAJIAN PADA LANSIA

1. Interelasi (saling keterkaitan) antara aspek fisik dan psikososial: terjadi penurunan kemampuan mekanisme terhadap stres, masalah psikis meningkat dan terjadi perubahan pada fisik lansia.
2. Adanya penyakit dan ketidakmampuan status fungsional.
3. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat pengkajian, yaitu: ruang yang adekuat, kebisingan minimal, suhu cukup hangat, hindari cahaya langsung, posisi duduk yang nyaman, dekat dengan kamar mandi, privasi yang mutlak, bersikap sabar, relaks, tidak tergesa-gesa, beri kesempatan pada lansia untuk berpikir, waspada tanda-tanda keletihan.

Pengkajian Fokus

1. Data Demografi

a. Jenis Kelamin

Laki-laki yang mengalami penurunan pendapatan cenderung berisiko depresi lebih tinggi dibandingkan perempuan karena laki-laki merupakan kepala keluarga yang mempunyai peran besar dalam keluarga (Lee dan Smith, 2009).

b. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan lansia dapat mempengaruhi pendapatan uang pensiunan dan mekanisme koping yang dilakukan (Hayati, 2014).

c. Anggota Keluarga

Kaji berapa jumlah anggota keluarga inti dan berapa orang yang sekiranya masih dalam masa pembiayaan klien.

d. Pekerjaan Terdahulu dan Penghasilan

Pekerjaan lansia sebelum pensiun/berhenti bekerja perlu dikaji. Tidak semua pekerjaan apalagi yang bukan pegawai akan dapat uang pensiun. Selain itu jumlah uang pensiunan juga dapat memengaruhi tingkat stress dan depresi lansia semakin rendah jumlah uang pensiun yang diterima maka semakin tinggi tingkat stress dan depresi (Kurniasih, 2013).

2. Riwayat Kesehatan Dahulu dan Sekarang

Perlu dikaji terkait penyakit yang pernah diderita untuk memprediksi apakah lansia tersebut dapat terserang penyakit yang sama lagi dikemudian hari atau justru penderita komplikasi akibat penyakit primernya terdahulu. Hal tersebut berkaitan dengan pembiayaan yang mungkin akan dibebankan pada lansia apalagi jika lansia tersebut tidak memiliki keanggotaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

3. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui perubahan system tubuh

b. Pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik, yaitu head to toe dan system tubuh

1) Psikologis

a) Apakah mengenal masalah-masalah utamanya?

b) Bagaimana sikapnya terhadap proses penuaan?

- c) Apakah dirinya merasa dibutuhkan?
 - d) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan?
 - e) Bagaimana mengatasi stress yang dialami?
 - f) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri?
 - g) Apakah lanjut usia sering menngalami kegagalan?
 - h) Apakah harapah pada saat ini dan yang akan datang?
 - i) Perlu dikaji juga mengenai fungsi kognitif: daya ingat, proses piker, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam penyelesaian masalah
- 2) Social Ekonomi
- a) Dari mana sumber keuangan lanjut usia?
 - b) Apa saja kesibukan lanjut usia dalam mengisi waktu luang?
 - c) Dengan siapa dia tinggal?
 - d) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lanjut usia?
 - e) Bagaimana pandangan lanjut usia terhadap lingkungannya?
 - f) Berapa sering lanjut usia berhubungan dengan orang lain di luar rumah?
 - g) Siapa saja yang mengunjungi?
 - h) Seberapa besar ketergantungannya?
 - i) Apakah dapat menyalurkan hobi atau keinginannya dengan fasilitas yang ada?
- 3) Spiritual
- a) Apakah secara teratur melakukan ibadah seadui dengan keyakinan agamanya?
 - b) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, misalnya pengajian?
 - c) Bagaimana cara lanjut usia menyelaesaikan masalah apakah dengan berdoa?
 - d) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal?

Pengkajian dasar

1. Temperature
Mungkin serendah 95°F (hipotermi) 35°C Lebih teliti diperiksa di sublingual
2. Pulse (denyut nadi)
Kecepatan, irama, volume Apical, radial, pedal

3. Respirasi (pernapasan)
Kecepatan, irama, dan kedalaman tidak teraturnya pernapasan
4. Tekanan darah
Saat baring, duduk, berdiri hipotensi akibat posisi tubuh
 - a) Berat badan perlahan lahan hilang pada tahun-tahun terakhir
 - b) Tingkat orientasi
 - c) Memori (ingatan)
 - d) Pola tidur
 - e) Penyesuaian psikososial
5. System pernapasan
 - a) Kesimetrisan raut wajah
 - b) Tingkat kesadaran adanya perubahan-perubahan dari otak
Tidak semua orang menjadi snile Kebanyakan mempunyai daya ingatan menurun atau melemah
 - c) Mata: pergerakan, kejelasan melihat, adanya katarak
 - d) Pupil: kesamaan, dilatasi
 - e) Ketajaman penglihatan Jangan dites di depan jendela
Pergunakan tangan atau gambar Cek kondisi kacamata
 - f) Sensory deprivation (gangguan sensorik)
 - g) Ketajaman pendengaran Apakah menggunakan alat bantu dengar
Tinitus Serumen telinga bagian luar jangan dibersihkan
 - h) Adanya rasa sakit atau nyeri
6. System Kardiovaskuler
 - a) Sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan
 - b) Auskultasi denyut nadi apical
 - c) Periksa adanya pembengkakan vena jugularis
 - d) Pusing
 - e) Sakit
 - f) Edema
7. System Gastrointestinal
 - a) Status gizi
 - b) Pemasukan diet
 - c) Anoreksia, tidak dicerna, mual, dan muntah
 - d) Mengunyah dan menelan
 - e) Keadaan gizi, rahang, dan rongga mulut
 - f) Auskultasi bising usus
 - g) Palpasi apakah perut kembung ada pelebaran kolon

- h) Apakah ada konstipasi, diare, dan inkontenensia alvi
- 8. System Genitourinarius
 - a) Warna dan bau mulut
 - b) Distensi kandung kemih, inkontenensia (tidak dapat menahan untuk buang air kecil)
 - c) Frekuensi, tekanan, atau desakan
 - d) Pemasukan dan pengeluaran cairan
 - e) Disuria
 - f) Seksualitas Kurang minat untuk melaksanakan Adanya kecacatan social yang mengarah ke aktivitas seksual
- 9. System kulit
Kulit Temperature, tingkat kelembaban Keutuhan luka, luka terbuka, robekan Turgor (keknyalan kulit)
- 10. Perubahan pigmen
 - a) Adanya jaringan parut
 - b) Keadaan kuku kotor
 - c) Keadaan rambut kotor
 - d) Adanya gangguan-gangguan umum
- 11. System Muskuloskeletal
 - a) Kontraktur Atrofi otot Mengecilkan tendon Ketidak adekuatannya sendi
 - b) Tingkat mobilitas Ambulasi dengan atau tanpa bantuan/peralatan Keterbatasan gerak Kekuatan otot Kemampuan melangkah atau berjalan
 - c) Gerakan sendi
 - d) Paralisis
 - e) kifosis
- 12. Psikososial
 - a) Menunjukkan tanda-tanda meningkatnya ketergantungan
 - b) Focus-fokus pada diri bertambah
 - c) Memperlihatkan semakin sempitnya perhatian
 - d) Membutuhkan bukti nyata akan rasa kasih saying yang berlebihan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
2. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan penurunan motivasi /minat
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan proses penuaan

CARE PLAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: - Frekuensi makan (membaik) - Nafsu makan (membaik)	Manajemen nutrisi • Observasi - Identifikasi status nutrisi - identifikasi makanan yang disukai - monitor asupan makanan - monitor berat badan
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan muskuloskeletal dan kelemahan	Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat - Melakukan perawatan diri meningkat - Memertahankan kebersihan diri	Observasi - identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - monitor tingkat kemandirian Terapeutik - dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi - anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan proses penuaan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat - Hidrasi (meningkat) - Nekrosis (meningkat) - Suhu kulit(membaik)	Perawatan integritas kulit • Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan, eksteren, penurunan mobilitas) • Terapeutik - Ubus posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

D. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

E. EVALUASI

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

Bab V

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN MASALAH PERSONAL HYGIENE

A. KONEP DASAR GANGGUAN PERSONAL HYGIENE

1. Pengertian *Personal Hygiene*.

Personal Hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti *Personal* yang artinya perseorangan dan *Hygiene* berarti sehat. Kebersihan perseorangan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah).

Dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang. Kebersihan itu sendiri sangat dipengaruhi oleh nilai individu dan kebiasaan. Jika seseorang sakit maka masalah kebersihan biasanya kurang diperhatikan. Hal ini terjadi karena kita menganggap masalah kebersihan adalah masalah sepele, padahal jika masalah tersebut dibiarkan terus akan mempengaruhi kesehatan secara umum (Tarwoto, 2004).

2. Macam-macam *personal hygiene*.

Pemeliharaan *personal hygiene* berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Seseorang dikatakan memiliki *personal hygiene* baik apabila, orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung, dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian.

Menurut Potter & Perry (2006) macam-macam *personal hygiene* adalah:

a. Perawatan Kulit.

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi pelindung, sekresi, ekspresi, pengatur temperature, dan sensai. Kulit memiliki 3 lapisan utama yaitu epidermis, dermis dan subkutan. Epidermis (lapisan luar) disusun beberapa lapisan tipis dari sel yang mengalami tahapan berbeda dari maturasi, melindungi jaringan yang berbeda di bawahnya terhadap hilangnya cairan dan cedera mekanis maupun kimia serta mencegah masuknya mikroorganisme yang memproduksi penyakit. Dermis, merupakan lapisan kulit yang lebih tebal yang terdiri dari ikatan kolagen dan serabut elastik untuk mendukung epidermis. Serabut saraf, pembuluh darah, kelenjar keringat, kelenjar sebacea, dan folikel rambut bagian yang melalui lapisan dermal. Kelenjar sebacea mengeluarkan sebum, minyak, cairan odor, kedalam folokel rambut. Sebum meminyaki kulit dan rambut untuk menjaga agar tetap lemas dan kuat. Lapisan subkutan terdiri dari pembuluh darah, saraf dan limfe dan jaringan penyambung halus yang terisi dengan sel-sel lemak. Jaringan lemak berfungsi sebagai insulator panas bagi tubuh. Kulit berfungsi sebagai pertukaran oksigen, nutrisi dan cairan dengan pembuluh darah yang berbeda di bawahnya, mensintesa sel baru, dan mengeliminasi sel mati, sel yang tidak berfungsi. Sirkulasi yang adekuat penting untuk memelihara kehidupan sel. Kulit sering kali mereflekskan perubahan pada kondisi fisik dengan perubahan pada warna, ketebalan, tekstur, turgor, temperature. Selama kulit masih utuh dan sehat, fungsi fisiologisnya masih optimal.

b. Mandi.

Mandi adalah perawatan *hygiene* total. Mandi dapat di kategorikan sebagai pembersihan atau traupetik. Mandi di tempat tidur yang lengkap di perlukan bagi individu dengan ketergantungan total dan memerlukan *personal hygiene* total. Keluasan mandi individu dan metode yang digunakan untuk mandi berdasarkan pada kemampuan fisik individu dan kebutuhan tingkat *hygiene* yang di perlukan. Individu yang bergantung dalam krbutuhan *hygiene* nya sebagian atau individu yang terbaring di tempat tidur dengan kecukupan diri yang tidak mampu mencapai semua bagian badan memperoleh mandi sebagian di tempat tidur.

Pada lansia, mandi biasanya di lakukan dua kali sehari atau lebih sesuai selera dengan air dingin atau air hangat. Diusahakan agar mandi satu kali sehari tidak di bawah pancuran atau konsensial, tetapi merendam diri di bak mandi yang akan member kenikmatan, relaksasi dan menambah tenaga serta kebugaran tubuh. Penting juga membersihkan alat kelamin dan kulit antara dubur dan kelamin (perineum). Gosokan dimulai dari sisi kelamin kearah dubur. Bagi wanita putting payudara jangan lupa dibersihkan dan kemudian dikeringkan. Setelah selesai mandi keringkan badan, termasuk rongga telinga lipatan-lipatan kulit dan celah-celah jari kaki untuk menghindarkan timbulnya infeksi jamur, juga pada semua lipatan-lipatan kulit lainnya (Setiabudhi, 2010).

c. Perawatan Mulut.

Hygiene mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir. Menggosok membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan plak, dan bakteri memasase gusi, dan mengurangi ketidak nyamanan yang di dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Beberapa penyakit yang muncul akibat perawatan gigi dan mulut yang kurang yang buruk adalah karies, radang gusi, dan sriawan. *Hygiene* mulut yang baik memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulasi nafsu makan.

Golongan lansia sering mengalami tanggalnya gigi geligi. Salah satu sebab adalah karena proses penuaan dan penyebab lain yang lebih sering adalah kurang baiknya perawatan gigi dan mulut. Osteoporosis dan periodontitis pada lansia menyebabkan akar gigi agak longgar dan di celah-celah ini tersangkut disisa makan. Inilah penyebab terjadinya peradangan. Karies timbul antara lain akibat permentasi sisa makanan yang menempel pada gigi oleh kuman yang lambat laun mengakibatkan lobang pada enamel gigi dan bila tidak di tambal akan menyebabkan radang dan kematian syaraf gigi karena infeksi. Setelah konsumsi makan dan minuman yang bersifat asam, gigi perlu di bersihkan yaitu kumurkumur dengan air. Maka penting untuk menggosok gigi sekurang-kurangnya dua kali sehari atau menggosok gigi setiap kali selesai makan (setiabudhi,2010).

d. Perawatan Mata Hidung dan Telinga.

Secara normal tidak ada perawatan khusus yang di perlukan untuk membersihkan mata, hidung, dan telinga selama individu mandi. Secara normal tidak ada perawatan khusus yang di perlukan untuk mata karena secara tereus-menerus di bersihkan oleh air mata, kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya pertikel asing ke dalam mata. Normalnya, telinga tidak terlalu memerlukan pembersihan. Namun, telinga yang serumen terlalu banyak telinganya perlu di bersihkan baik mandiri ataupun di bantu oleh anggota keluarga. *Hygiene* telinga merupakan implikasi untuk ketajaman pendengaran. Bila benda asing terkumpul pada kanal telinga luar, maka akan mengganggu konduksi suara. Hidung berfungsi sebagai indra penciuman, memantau temperature dan kelembapan udara yang dihirup, serta mencegah masuknya pertikel asing kedalam system pernafasan.

e. Perawatan Rambut.

Penampilan dan kesejahteraan seseorang sering kali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-hari. Menyikat, menyisir dan bersampho adalah cara-cara dasar *higienis* perawtan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indicator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu, atau obat-pbatan dapat mempengaruhi karakteristik rambut. Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat di identifikasi.

Kerontokan rambut sering terjadi pada lansia. Jumlah rambut rata-rata adalah lebih 100.000 helai, 80% bersifat aktif tumbuh dan sisanya 20% berada dalam stadium tidak aktif. Rambut membutuhkan perawatan baik dan teratur, terutama pada wanita. Agar tidak terlalu banyak mengalami kerontokan, antara lain kurangnya sanitasi atau adanya infeksi jamur yang lazim disebut ketombe. Rata-rata 50-100 helai rambut dapat rontok dalam masa sehari. Oleh karena itu rambut sebaik-baiknya perlu di cuci dengan shampo yang mengandung anti ketombe yang cocok. Cuci rambut

sebaiknya dilakukan tiap 2 atau 3 hari dan minimal seminggu sekali (setiabudhi,2010).

f. Perawatan Kaki dan Kuku.

Kaki dan kuku sering kali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Tetapi orang sering kali tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadi nyeri atau ketidaknyamanan. Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene* karna berbagai kuman dapat dapat masuk kedalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah.

Pada lansia, proses penuan member perubahan pada kuku yaitu pertumbuhan kuku menjadi lambat, permukaan tidak mengkilat tetapi menjadi bergaris dan mudah pecah karna agak keropos. Warnanya bisa berubah menjadi kuning atau *opaque*. Kuku bisa menjadi lembek terutama kuku kaki akan menjadi lebih tebal dan kaku serta sering ujung kuku kiri dan kanan menusuk masuk ke dalam jaringan sekitarnya (*unguis incarnates*). Pengguntingan dilakukan setelah kuku di rendam di air hangat selama 5-10 menit karna pemanasan membuat kuk menjadi lembek dan mudah di gunting (setiabudhi,2010).

g. Perawatan Genetalia.

Perawatan genetalia merupakan bagian dari mandi lengkap. Seseorang yang paling butuh perawatan genetalia yang teliti adalah seseorang yang beresiko terbesar memperoleh infeksi. Seseorang yang tidak mampu melakukan perawtan diri dapat di bantu keluarga untuk melakukan *personal hygiene*.

3. Menurut Tarwoto (2004) tujuan perawatan *personal hygiene*:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
- b. Memelihara kebersihan diri seseorang.
- c. Memperbaiki *personal hygiene* yang kurang.
- d. Mencegah pentnyakit.
- e. Meningkatkan percaya diri seseorang.
- f. Menciptakan keindahan.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene*.

Menurut Tarwoto (2004) sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain:

a. Citra tubuh.

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. *Personal hygiene* yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karna adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

b. Praktik sosial.

Kebiasaan keluarga, jumlah orang di rumah, dan ketersediaan air panas atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan *personal hygiene*. Praktek *personal hygiene* pada lansia dapat berubah di karenakan situasi kehidupan, misalnya jika mereka tinggal di panti jompo mereka tidak dapat mempunyai privasi dalam lingkungannya yang baru. Privasi tersebut akan mereka dapatkan di rumahnya sendiri karena mereka tidak mempunyai kemampuan fisik untuk melakukan *personal hygiene* sendiri.

5. Status sosial ekonomi.

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo dan alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

6. Pengetahuan.

Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Seseorang harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Sering kali pembelajaran penyakit atau kondisi yang mendorong individu untuk meningkatkan *personal hygiene*.

7. Budaya.

Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi *personal hygiene*. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktek perawatan diri yang berbeda. Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu maka tidak boleh di mandikan.

8. Kebiasaan seseorang.

Setiap individu mempunyai pilihan kapan untuk mandi, bercukur dan melakukan perawatan rambut. Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti menggunakan shampo dan alat mandi yang lain.

9. Kondisi fisik.

Pada keadaan sakit, tentu untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan anggota keluarga untuk melakukannya.

10. Manfaat perawatan *personal hygiene* menurut Potter dan Perry (2006):

a. Perawatan kulit.

Memiliki kulit yang utuh, bebas bau badan, dapat mempertahankan rentan gerak, merasa nyaman dan sejahtera, serta dapat berpartisipasi dalam memahami metod perawatan kulit.

b. Mandi.

Mandi dapat menghilangkan mikroorganisme dari kulit serta sekresi tubuh, menghilangkan bau tidak enak, memperbaiki sirkulasi darah ke kulit, membuat individu merasa lebih rileks dan segar serta meningkatkan citra dari individu.

c. Perawatan mulut.

Mukosa mulut utuh terhidrasi baik serta untuk mencegah penyebaran penyakit yang di tularkan melalui mulut misalnya tifus dan hepatitis, mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh, mencapai rasa nyaman, memahami praktik *hygiene* mulut dan mampu melakukan sendiri perawatan *hygiene* mulut dengan benar.

- d. Perawatan hidung mulut dan telinga.
Organ sensori yang berfungsi normal, mata, hidung, dan telinga akan bebas dari infeksi, serta dapat berpartisipasi dan mampu melakukan perawatan mata, hidung dan telinga sehari-hari.
- e. Perawatan rambut.
Memiliki rambut dan kulit kepala yang bersih dan sehat, untuk mencapai rasa nyaman dan harga diri, dan dapat berpartisipasi dalam melakukan perawatan rambut.
- f. Perawatan kaki dan kuku.
Memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, merasa nyaman dan bersih, serta dapat memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku dengan benar.
- g. Perawatan genetalia.
Untuk mencegah terjadinya infeksi, mempertahankan kebersihan genetalia, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan *personal hygiene*.
- h. Dampak dari *personal hygiene*.
Menurut Tarwoto (2004) dampak yang akan timbul jika kurangnya *personal hygiene* adalah:
 - 1) Dampak fisik.
Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karna tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah munculnya kutu pada rambut, gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mayta dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.
 - 2) Dampak fisikososial.
Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA MASALAH KEBUTUHAN DASAR *PERSONAL HYGIENE*

1. Pengkajian.

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisir yang meliputi tiga aktifitas dasar yaitu: pertama, mengumpulkan data secara sistematis, kedua, mensortir dan mengatur data yang di kumpulkan dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat di buka kembali. Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal:

- a. Status kesehatan klien.
- b. Kekuatan klien dan masalah kesehatan yang dialami (actual atau resiko/potensial). Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (skil) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang di kemukakan oleh klien. Data objektif merupakan data yang di dapat dari hasil observasi, pengukuran, dan pemeriksaan fisik. Ada beberapa cara pengelompokan data, yaitu:
 - 1) Berdasarkan system tubuh.
 - 2) Berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow).
 - 3) Berdasarkan teori keperawatan.
 - 4) Berdasarkan pola kesehatan fungsionalTarwoto & Wartonah (2003).

2. Pemeriksaan Fisik.

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada masalah *personal hygiene*:

- a. Rambut.
 - 1) Keadaan kesuburan rambut.
 - 2) Keadaan rambut yang mudah rontok.
 - 3) Keadaan rambut yang kusam.
 - 4) Keadaan tekstur.
- b. Kepala.
 - 1) Botak atau alopesia.
 - 2) Ketombe.
 - 3) Berkutu.
 - 4) Adakah eritema.

- 5) Kebersihan.
- c. Mata.
 - 1) Adakah sklera ikterik.
 - 2) Adakah konjungtiva pucat.
 - 3) Kebersihan mata.
 - 4) Apakah gatal atau mata merah.
- d. Hidung.
 - 1) Adakah pilek.
 - 2) Adakah alergi.
 - 3) Adakah perdarahan.
 - 4) Adakah perubahan penciuman.
 - 5) Kebersihan hidung.
 - 6) Bagaimana *membrane* mukosa.
 - 7) Adakah sputum deviasi.
- e. Mulut.
 - 1) Keadaan mukosa mulut.
 - 2) Kelembapannya.
 - 3) Adakah lesi.
 - 4) Kebersihan.
- f. Gigi.
 - 1) Adakah karang gigi.
 - 2) Kelengkapan gigi.
 - 3) Pertumbuhan.
 - 4) Kebersihan.
- g. Telinga.
 - 1) Adakah kotoran.
 - 2) Ada lesi.
 - 3) Bagaimana bentuk telinga.
 - 4) Adakah infeksi.
- h. Kulit.
 - 1) Kebersihan kurang baik.
 - 2) Terdapat lesi pada kulit.
 - 3) Keadaan turgor kulit kurang baik.
 - 4) Temperatur.
 - 5) Teksture kulit tidak baik.
 - 6) Pertumbuhan bulu.

- i. Kuku tangan dan kaki.
 - 1) Bentuknya bagaimana.
 - 2) Warnanya.
 - 3) Adakah lesi.
 - 4) Pertumbuhannya.
- j. Genetalia.
 - 1) Kebersihannya.
 - 2) Pertumbuhan rambut pubis.
 - 3) Keadaan kulit.
 - 4) Keadaan lubang uretra.
 - 5) Keadaan labia minor dan minora.
 - 6) Cairan yang dikeluarkan.
 - 7) Tubuh secara umum.
 - 8) Kebersihan normal.
 - 9) Keadaan postur tubuh.

3. Analisa Data.

Analisa data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan lainnya. Pengumpulan data merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Data dasar adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

Data fokus adalah tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindak yang dilaksanakan terhadap klien. Data dasar akan digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien. Pengumpulan data di mulai sejak klien masuk rumah sakit (*intial assesment*), selama klien dirawat secara terus menerus (*ongoing assesment*) serta pengkajian ulang untuk menambah/melengkapi data (*re-assesment*) (sigit, 2010).

4. Tipe Data.

a. Data Subjektif.

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa di tentukan oleh perawat, mencakup presepsi, perasaan, ide klien terhadap status kesehatan lainnya (Sigit, 2010).

b. Data Objektif.

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba/sentuhan) selama pemeriksaan fisik, kemudian mengkaji batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (Wilkison, 2013).

5. Rumusan Masalah.

Rumusan masalah ini bertujuan untuk mendiskripsikan masalah apa yang akan dicapai. Masalah keperawatan yang akan dicapai dilihat berdasarkan teori kebutuhan dasar dan hasil pengkajian kasus klien. Pada kasus teori kebutuhan dasar yang dibahas adalah kebutuhan dasar *personal hygiene*.

6. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Kebutuhan Dasar.

Pada masalah kebutuhan dasar *personal hygiene* diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Potter & Perry, (2006) adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan proses penuaan.
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan penurunan motivasi/minat.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan kerusakan integritas kulit.

7. Perencanaan.

Rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan.

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan proses penuaan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Hidrasi meningkat. 2. Kerusakan jaringan menurun. 3. Kerusakan lapisan kulit menurun. 4. Nekrosis menurun. 5. Suhu kulit membaik. 6. Tekstur kulit membaik.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perawatan Integritas Kulit. • Observasi: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). • Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 2. Gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitive. 3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. • Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan minum air yang cukup. 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan Perawatan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dukungan Perawatan Diri. • Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
	penurunan motivasi/minat.	<p>Diri Meningkatkan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat. 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat. 3. Kemampuan makan meningkat. 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat. 5. Minat melakukan perawatan diri. 6. Mempertahankan kebersihan diri. 7. Mempertahankan kebersihan mulut. 	<p>perawatan diri sesuai usia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi). 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi). 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. jadwalkan rutinitas perawatan diri. • Edukasi: Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan.
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan kerusakan integritas kulit.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat Infeksi Menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat. 3. Demam menurun. 4. Kemerahan menurun. 	<p>➤ Pencegahan Infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi: Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. • Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Berikan perawatan kulit pada area edema.

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
		5. Nyeri menurun. 6. Bengkak menurun. 7. Bengkak menurun. 8. Kultur area luka membaik.	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. • Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

8. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

9. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

Bab VI

KONSEP DASAR DAN ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN MASALAH GIZI

A. KONSEP DASAR

1. Definisi Nutrisi

Ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses kehidupan lansia.

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Gizi Pada Lansia

- a. Berkurangnya kemampuan mencerna makanan akibat kerusakan gigi atau ompong.
- b. Berkurangnya, indera pengecap mengakibatkan penurunan terhadap cita rasa manis, asin, asam dan pahit.
- c. Eshopagus / kerongkongan mengalami pelebaran
- d. Rasa lapar menurun, asam lambung menurun.
- e. Gerakan usus atau gerak peristaltic lemah dan biasanya menimbulkan konstipasi.
- f. Penyerapan makanan diusus menurun.

3. Masalah Gizi Pada Lansia

a. Gizi Berlebih

Gizi berlebih pada lansia banyak terjadi di Negara-negara barat dan kota-kota besar. Kebiasaan makan banyak pada waktu muda menyebabkan berat badan berlebih, apalagi pada lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktivitas fisik. Kebiasaan makan itu sulit untuk diubah walaupun disadari

untuk mengurangi makan. Kegemukan merupakan salah satu pencetus berbagai penyakit, misalnya penyakit jantung, kencing manis dan darah tinggi.

b. Gizi Kurang

Gizi kurang sering disebabkan oleh masalah-masalah social ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. Bila konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkan berat badan kurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein menyebabkan kerusakan-kerusakan sel yang tidak dapat diperbaiki, akibatnya rambut rontok, daya tahan terhadap penyakit menurun, kemungkinan akan mudah terkena infeksi.

c. Kekurangan Vitamin

bila konsumsi buah dan sayuran dalam makanan kurang dan ditambah dengan kekurangan protein dalam makanan akibatnya nafsu makan berkurang, penglihatan menurun, kulit kering, penampilan menjadi lesu dan tidak bersemangat.

d. Kekurangan Kalori Protein

Waspada! lansia dengan riwayat: pendapatan yang kurang, kurang bersosialisasi, hidup sendirian, kehilangan pasangan hidup atau teman, kesulitan mengunyah, pemasangan gigi palsu yang kurang tepat, sulit untuk menyiapkan makanan, sering mengkonsumsi obat-obatan yang mengganggu nafsu makan, nafsu makan berkurang, makanan yang ditawarkan tidak mengundang selera. Karena hal ini dapat menurunkan asupan protein bagi lansia, akibatnya lansia menjadi lebih mudah sakit dan tidak bersemangat.

e. Kekurangan Vitamin D

Biasanya terjadi pada lansia kurang mendapatkan paparan sinar matahari, jarang atau tidak pernah minum susu, dan kurang mengkonsumsi vitamin D yang banyak terkandung pada ikan, hati, susu dan produk olahan lainnya.

4. Pemantauan Status Nutrisi

a. Penimbangan Berat Badan

Dilakukan secara teratur minimal 1 minggu sekali, waspada! peningkatan BB atau penurunan BB lebih dari 0,5 Kg/minggu.

Peningkatan BB lebih dari 0,5 Kg dalam 1 minggu beresiko terhadap kelebihan berat badan dan penurunan berat badan lebih dari 0,5 Kg/minggu menunjukkan kekurangan berat badan.

b. Menghitung Berat Badan Ideal pada Dewasa

Rumus: $BBI = 0,9 \times (TB \text{ dalam cm} - 100)$

Catatan untuk wanita dengan TB kurang dari 150 dan pria dengan TB kurang dari 160 cm, digunakan rumus: $BBI = TB \text{ dalam cm} - 100$. Jika BB lebih dari ideal artinya gizi berlebih, jika BB kurang dari ideal artinya gizi kurang.

5. Perencanaan Makanan Untuk Lansia

- a. Makanan harus mengandung zat gizi dari makanan yang beraneka ragam, yang terdiri dari zat: zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur.
- b. Perlu diperhatikan porsi makanan, jangan terlalu kenyang. Porsi makan hendaknya diatur merata dalam satu hari sehingga dapat makan lebih sering dengan porsi yang kecil. Contoh menu: Pagi: bubur ayam, jam 10.00: roti, Siang: Nasi, pindang telur, sup, papaya, jam 16.00: Nagasari, Malam: Nasi, sayur bayam, tempe goreng, pepes ikan, pisang 3.
- c. Banyak minum dan kurangi garam
Dengan banyak minum dapat memperlancar pengeluaran sisa makanan, dan menghindari makanan yang terlalu asin akan memperingan kerja ginjal serta mencegah kemungkinan terjadinya darah tinggi.
- d. Batasi makanan yang manis-manis atau gula, minyak dan makanan yang berlemak seperti santan, mentega, dll.
- e. Bagi pasien lansia yang proses penuaannya sudah lebih lanjut perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - 1) Makanlah makanan yang mudah dicerna
 - 2) Hindari makanan yang terlalu manis, gurih dan goreng-gorengan
 - 3) Bila kesulitan mengunyah karena gigi rusak atau gigi palsu kurang baik makanan harus lunak/lembek atau dicincang
 - 4) Makan dalam porsi kecil tapi sering

- 5) Makanan selingan atau snack, susu, buah, dan sari buah sebaiknya diberikan
- f. Batasi minum kopi atau teh, boleh diberikan tetapi harus diencerkan sebab berguna pula untuk merangsang gerakan usus dan menambah nafsu makan.
- g. Makanan mengandung zat besi seperti: kacang-kacangan, hati, telur, daging rendah lemak, bayam dan sayuran hijau.
- h. Lebih dianjurkan untuk mengolah makanan dengan cara dikukus, direbus atau dipanggang kurangi makanan yang digoreng.
- i. Perencanaan makan untuk mengatasi perubahan saluran cerna, untuk mengurangi konstipasi dan hemoroid:
 - 1) Sarankan untuk mengkonsumsi makanan berserat tinggi setiap hari, seperti sayuran dan buah-buahan segar, roti dan sereal.
 - 2) Anjurkan pasien untuk minum paling sedikit 8 gelas cairan setiap hari untuk melembutkan feses.
 - 3) Anjurkan untuk tidak menggunakan laktasif secara rutin, karena pasien akan menjadi tergantung pada laktasif.

6. Cara Memberi Makan Melalui Mulut (Oral)

- a. Siapkan makanan dan minuman yang akan diberikan
- b. Posisikan pasien duduk atau setengah duduk
- c. Berikan sedikit minum air hangat sebelum makan
- d. Biarkan pasien untuk mengosongkan mulutnya setelah setiap sendokan
- e. Selaraskan kecepatan pemberian makan dengan kesiapan pasien, tanyakan pemberian makan terlalu cepat atau lambat
- f. Perbolehkan pasien untuk menunjukkan perintah tentang makanan pilihan pasien yang ingin dimakan
- g. Setelah selesai makan, posisi pasien tetap dipertahankan selama \pm 30 menit.

7. Prinsip Pemberian Makanan Melalui NGT (*NasoGastric Tube*)

Pemberian makanan melalui NGT ditujukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien yang memiliki masalah dalam menelan dan mengunyah makanan, seperti pada pasien-pasien stroke. Adapun prinsip-prinsip pemberiannya adalah sebagai berikut:

- a. Siapkan makanan cair dan minuman hangat
- b. Naikkan bagian kepala tempat tidur 30-45 derajat pada saat memberi makan dan setelah memberi makan.
- c. Bilas selang NGT dengan air hangat terlebih dahulu
- d. Pastikan tidak ada udara yang masuk ke dalam NGT pada saat memberi makan atau air. Pastikan pula selang dalam keadaan tertutup selama tidak diberi makan.
- e. Perika kerekatan selang, jika selang longgar beritahu perawat
- f. Laporkan adanya mual dan muntah dengan segera
- g. Lakukan perawatan kebersihan mulut dengan sering

8. Contoh Bahan Makanan Untuk Setiap Kelompok Makanan

- a. Bahan makanan sumber karbohidrat (zat energi)
Nasi, bubur beras, nasi jagung, kentang, singkong, ubi, talas, biskuit, roti, crackers, maizena, tepung beras, tepung terigu, tepung hunkwe, mie, bihun.
- b. Bahan makanan sumber lemak (zat energi)
Minyak goreng, minyak ikan, margarin, kelapa, kelapa parut, santan, lemak daging.
- c. Bahan makanan sumber protein hewani
Daging sapi, daging ayam, hati, babat, usus, telur, ikan, udang.
- d. Bahan makanan sumber protein nabati
Kacang ijo, kacang kedelai, kacang tanah, kacang merah, oncom, tahu, tempe.

9. Prinsip Lima Benar Pemberian Obat Oral

- a. **Benar Obat:** obat yang diberikan harus sesuai dengan resep dokter
- b. **Benar Dosis:** jumlah obat yang diberikan tidak dikurangi atau dlebihkan. Penting diingat jenis obat antibiotik harus diberikan sampai habis.

- c. **Benar Pasien:** Pastikan obat diminum oleh pasien yang bersangkutan
- d. **Benar Cara Pemberian:** Berikan obat melalui mulut atau NGT
- e. **Benar Waktu:** Pastikan pemberian obat tepat pada jadwalnya, misalnya 3 obat diberikan setiap 8 jam dalam 24 jam: jika 2x1 berarti obat diberikan setiap 12 jam sekali

10. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Cairan Pada Lansia

- a. Berat badan (lemak tubuh) cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, sedangkan sel-sel lemak mengandung sedikit air, sehingga komposisi air dalam tubuh lansia kurang dari manusia dewasa yang lebih muda atau anak-anak dan bayi.
- b. Fungsi ginjal menurun dengan bertambahnya usia. Terjadi penurunan kemampuan untuk memekatkan urin, mengakibatkan kehilangan air yang lebih tinggi.
- c. Terdapat penurunan asam lambung, yang dapat mempengaruhi individu untuk mentoleransi makanan-makanan tertentu. Lansia terutama rentan terhadap konstipasi karena penurunan pergerakan usus. Masukan cairan yang terbatas, pantangan diit, dan penurunan aktivitas fisik dapat menunjang perkembangan konstipasi. Penggunaan laktasif yang berlebihan atau tidak tepat dapat mengarah pada masalah diare.
- d. Lansia mempunyai pusat haus yang kurang sensitif dan mungkin mempunyai masalah dalam mendapatkan cairan (misalnya gangguan dalam berjalan) atau mengungkapkan keinginan untuk minum (misalnya pasien stroke).

11. Masalah Cairan Pada Lansia

Masalah cairan yang lebih sering dialami lansia adalah kekurangan cairan tubuh, hal ini berhubungan dengan berbagai perubahan-perubahan yang dialami lansia, diantaranya adalah peningkatan jumlah lemak pada lansia, penurunan fungsi ginjal untuk memekatkan urin dan penurunan rasa haus.

12. Pemantauan Status Cairan pada Lansia

a. Tanda-tanda kekurangan cairan

Tanda-tanda vital:

- 1) Suhu tubuh meningkat
- 2) Dapat terjadi peningkatan frekuensi pernafasan dan kedalaman pernafasan (normal: 14 – 20 x/menit)
- 3) Peningkatan frekuensi denyut nadi (normal: 60 – 100 x/menit), nadi lemah, halus
- 4) Tekanan darah menurun

Pemeriksaan Fisik:

- 1) Kulit kering dan agak kemerahan
- 2) Lidah kering dan kasar
- 3) Mata cekung
- 4) Penurunan BB yang terjadi secara tiba-tiba
- 5) Turgor kulit menurun (lansia kurang akurat)
- 6) Penurunan kesadaran
- 7) Gelisah
- 8) Lemah
- 9) Pusing
- 10) Tidak nafsu makan
- 11) Mual dan muntah
- 12) Kehausan (pada lansia signifikan)
- 13) Terjadi penurunan jumlah urin

b. Tanda-tanda kelebihan cairan

Tanda-tanda vital:

- 1) Terjadi penurunan suhu tubuh
- 2) Dapat terjadi sesak nafas
- 3) Denyut nadi teraba kuat dan frekuensinya meningkat
- 4) Tekanan darah meningkat

Pemeriksaan fisik:

- 1) Turgor kulit meningkat (lansia kurang akurat)
- 2) Edema
- 3) Peningkatan BB secara tiba-tiba
- 4) Kulit lembab

Perilaku

- 1) Pusing
- 2) Anoreksia / kurang nafsu makan
- 3) Mual muntah

Peningkatan jumlah urin (jika ginjal masih baik)

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA GERONTIK DENGAN MASALAH GIZI

1. PENGKAJIAN

a. Berat badan

Berat badan berhubungan tinggi badan, contoh IMT (indeks masa tubuh) atau catatan yang tepat

b. Perubahan berat badan

Difokuskan pada kehilangan atau penambahan berat badan saat ini

c. Pertumbuhan gigi

d. Apakah lansia memaka gigi palsu atau apakah mereka memerlukan gigi palsu? Apakah gigi palsu yang ada hilang atau rusak

e. Kebiasaan makan

Aspek pribadi, budaya dan agama mengenal asupan nutrisi

f. Kemampuan untuk makan

Dapatkan lansia memindahkan makanan dari piring ke mulut dan menelannya dengan baik

g. Farmakologi

Apakah klien banyak meminum obat-obatan (termasuk medikasi yang dilakukan sendiri) yang dapat berakibat buruk terhadap nutrisi

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian, diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah

dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial) (Iqbal dkk, 2011).

SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) 2017:

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk makan).
- b. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, usia lanjut

3. PERENCANAAN

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. (Iqbal dkk, 2011). Berikut perencanaan menggunakan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) 2018:

CARE PLAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk makan).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat. 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi. 	MANAJEMEN NUTRISI <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Perasaan cepat kenyang menurun 4. Berat badan membaik 5. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik 6. Frekuensi makan membaik 7. Nafsu makan membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i> 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i> 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i>

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu.</i>
2.	Risiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, usia lanjut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Membrane mukosa lembab meningkat 4. Perasaan lemah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Turgor kulit membaik 8. Berat badan membaik 9. <i>Intake</i> cairan membaik	PEMANTAUAN CAIRAN Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat). 8. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>

4. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

5. EVALUASI

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

Bab VII

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI

A. DEFINISI HIPERTENSI

Hipertensi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal sehingga mengakibatkan peningkatan angka morbiditas maupun mortalitas, tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto,2014).

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Sylvia A. Price, 2015).

B. ETIOLOGI

Menurut Smeltzer dan Bare (2000) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Hipertensi Esensial atau Primer.

Menurut Lewis (2000) hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovakuler, *aldosteronism*, *pheochro-mocytoma*, gagal ginjal, dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang

menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

2. Hipertensi Sekunder.

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensia esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada:

- a. Elastisitas dinding aorta menurun.
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

C. FACTOR RESIKO HIPERTENSI

Faktor-faktor risiko hipertensi terbagi dalam 2 kelompok yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah:

1. Faktor yang dapat diubah.

a. Gaya hidup modern.

Kerja keras penuh tekanan yang mendominasi gaya hidup masa kini menyebabkan stres berkepanjangan. Kondisi ini memicu berbagai penyakit seperti sakit kepala, sulit tidur, gastritis, jantung dan hipertensi. Gaya hidup modern cenderung membuat berkurangnya aktivitas fisik (olah raga). Konsumsi alkohol tinggi, minum kopi, merokok. Semua perilaku tersebut merupakan memicu naiknya tekanan darah.

b. Pola makan tidak sehat.

Tubuh membutuhkan natrium untuk menjaga keseimbangan cairan dan mengatur tekanan darah. Tetapi bila asupannya berlebihan, tekanan darah akan meningkat akibat adanya retensi cairan dan bertambahnya volume darah. Kelebihan natrium diakibatkan dari kebiasaan menyantap makanan instan yang telah menggantikan bahan makanan yang segar. Gaya hidup serba cepat menuntut segala sesuatunya serba instan, termasuk konsumsi makanan. Padahal makanan instan cenderung menggunakan zat pengawet seperti natrium berzoate dan penyedap rasa seperti monosodium glutamate (MSG). Jenis makanan yang mengandung zat tersebut apabila dikonsumsi secara terus menerus akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena adanya natrium yang berlebihan di dalam tubuh.

c. Obesitas.

Saat asupan natrium berlebih, tubuh sebenarnya dapat membuangnya melalui air seni. Tetapi proses ini bisa terhambat, karena kurang minum air putih, berat badan berlebihan, kurang gerak atau ada keturunan hipertensi maupun diabetes mellitus. Berat badan yang berlebih akan membuat aktifitas fisik menjadi berkurang. Akibatnya jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah. Obesitas dapat ditentukan dari hasil indeks massa tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan (Supariasa, 2012).

Tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh (IMT)

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0-18,4
Normal		18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1-27,0
Obesitas	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

Sumber: Supariyasa et al., 2002

2. Faktor yang tidak dapat diubah:

a. Genetik.

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar *Sodium intraseluler* dan rendahnya rasio antara *Potassium* terhadap *Sodium*, individu dengan orang tua yang menderita hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Anggraini dkk, 2009).

b. Usia.

Hipertensi bisa terjadi pada semua usia, tetapi semakin bertambah usia seseorang maka resiko terkena hipertensi semakin meningkat. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan– perubahan pada, elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Smeltzer, 2009).

c. Jenis Kelamin.

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria dan wanita sama, akan tetapi wanita pramenopause (sebelum menopause) prevalensinya lebih terlindungi daripada pria pada usia yang sama. Wanita yang belum menopause dilindungi oleh oleh hormone estrogen yang berperan meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolestrol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis yang dapat menyebabkan hipertensi (Price & Wilson, 2006).

D. KLASIFIKASI

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods Preassure* (JNC) ke-VIII dalam Smeltzer & Bare (2010) yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah systole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole.

Tabel 2.2

Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun keatas tidak sedang memakai obat antihipertensi dan tidak sedang sakit akut.

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub grup: perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110

Sumber: *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Preassure* (JNC) ke VIII

E. PATOFISIOLOGI

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah

terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

F. TIDAK ADA GEJALA HIPERTENSI

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

1. Mengeluh sakit kepala, pusing.
2. Lemas, kelelahan.
3. Sesak nafas.
4. Gelisah.
5. Mual.
6. Muntah.
7. Epitaksis.
8. Kesadaran menurun.

Menurut Crowin (2000) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial. Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

G. KOMPLIKASI

1. Stroke.
2. Infark miokard.
3. Gagal ginjal.

4. Gagal jantung.
5. Kerusakan pada mata.

H. ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI

1. Pengkajian.

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecematan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

a. Pengumpulan Data (Anamnesa).

1) Data Demografis.

Identitas klien: meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, riwayat pekerjaan, tanggal masuk panti, diagnosa medis.

2) Keluhan Utama.

Pada umumnya keluhan utama pada Lansia dengan Hipertensi adalah sakit kepala, lemah, tengkuk terasa tegang, episode berkeringat, kecemasan, palpitasi (feokromositoma), episode lemah otot (aldosteronisme). Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) Region: radiation, relief. Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) Riwayat Penyakit Sekarang.

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hipertensi, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa keluhan sakit kepala, pusing, tengkuk terasa tegang, lemas, berkeringat dan kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan dapat menegakan diagnose serta tindakan keperawatan.

4) Riwayat Penyakit Keluarga.

Ada peran genetik pada penyakit Hipertensi, dimana keluarga memiliki Hipertensi maka kemungkinan untuk mengalami Hipertensi juga semakin besar genetik.

5) Riwayat Psikososial.

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

b. Pola-Pola Fungsi Kesehatan.

1) Aktivitas/ istirahat.

- Gejala:
Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.
- Tanda:
Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi.

- Gejala:
Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup, penyakit serebrovaskuler.
- Tanda:
Kenaikan TD, Nadi: denyutan jelas, Frekuensi/ irama: takikardia, berbagi disritmia, Bunyi jantung: murmur, Distensi vena jugularis, Ekstremitas Perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat.

- 3) Integritas ego.
 - Gejala:
Faktor-faktor stress akut/kronis misal finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan sosial, keputusan dan ketidakberdayaan. Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas diri misal ketergantungan pada orang lain, dan perubahan bentuk anggota tubuh.
- 4) Makanan/cairan.
 - Gejala:
Ketidakmampuan untuk menghasilkan atau mengonsumsi makanan atau cairan adekuat: mual, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah.
 - Tanda:
Penurunan berat badan, dan membrane mukosa kering.
- 5) Hygiene.
 - Gejala:
Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri, ketergantungan pada orang lain.
- 6) Neurosensory.
 - Gejala:
Keluhan pusing / pening, sakit kepala, kebas, kelemahan pada suatu sisi tubuh, gangguan penglihatan (penglihatan kabur, diplopia).
 - Tanda:
Perubahan orientasi, pola nafas, isi bicara, afek, proses pikir atau memori (ingatan), respon motorik: penurunan kekuatan genggam, perubahan retinal optik.
- 7) Nyeri/kenyamanan.
 - Gejala:
Nyeri hilang timbul pada kepala terutama daerah oksipital.
- 8) Keamanan.
 - Gejala:
Gangguan koordinasi, cara jalan.
 - Tanda:
Episode paresthesia unilateral transien.

9) Interaksi sosial.

- Gejala:
Kerusakan interaksi dengan keluarga / orang lain, perubahan peran, isolasi.

2. Diagnosa Keperawatan.

Menurut NANDA (2015) diagnosa yang dapat muncul pada klien Hipertensi yang telah disesuaikan dengan SDKI (2017) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi ventricular.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Perencanaan.

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. (Iqbal dkk, 2011).

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun.	➤ Manajemen Nyeri. • Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi fraktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
		3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. TTV membaik.	<ul style="list-style-type: none"> ● Terapeutik: Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tehnik relaksasi napas dalam). ● Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tehnik relaksasi napas dalam). ● Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.
2	Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi ventricular.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan Curah Jantung Meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bradikardia menurun. 2. Takikardia menurun. 3. Gambaran EKG aritmia menurun. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perawatan Jantung. ● Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung. 2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, <i>jika perlu</i>). 3. Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri). 4. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi).

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
		4. Distensi vena jugularis menurun. 5. Tekanan darah membaik.	5. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 6. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. beta blocker, <i>ACE Inhibitor</i> , <i>calcium channel blocker</i> , digoksin). <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak. • Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap. 2. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur BB harian. • Kolaborasi: Kolaborasi antiaritmia, <i>jika perlu</i>.

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan</p> <p>Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat. 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. 3. Dispnea saat dan setelah beraktivitas menurun. 4. Perasaan lelah menurun. 5. Perasaan lemah menurun. 6. Aritmiat saat dan setelah beraktivitas menurun. 7. Warna kulit membaik. 8. TTV membaik 	<p>➤ Manajemen Energy.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional. 3. Monitor pola dan jam tidur. ● Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakn lingkungan nyaman dan rendah stimulus. (mis. cahaya, suara, kunjungan). 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. ● Edukasi: Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. ● Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Implementasi.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi.

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

ASUHAN KEPERAWATAN KASUS DENGAN HIPERTENSI PADA Ny. D.A

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. D.A
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 62 thn
Status Perkawinan : Cerai Mati
Agama : Islam
Pendidikan : Belum tamat SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Tanggal Pengkajian : 05 Agustus 2020
Alamat : Kelurahan Maasing Lingk IV,
Kecamatan Tuminting Manado

Keluarga Yang Bisa Dihubungi

Nama : Ny. E. A
Alamat : Kelurahan Maasing Lingk. IV,
Kec. Tuminting Manado
No. Telp : 085398730759
Hubungan dengan klien : Ibu Kandung

1. Riwayat pekerjaan dan status klien
 - Pekerjaan saat ini : Mengurus IRT
 - Sumber pendapatan : Dari Anak
2. Aktivitas Rekreasi
 - Hobi : Menonton
 - Bepergian/ wisata : Tidak ada
 - Keanggotaan organisasi : Tidak ada

B. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi
 - Frekuensi makan : 3 x/sehari
 - Nafsu makan : Baik
 - Jenis makanan : Nasi, ikan, dan sayur
 - Alergi terhadap makanan : Tidak ada
 - Pantangan makan : Santan

2. Eliminasi

Frekuensi BAK	: 3-4 x/sehari
Kebiasaan BAK pada malam hari	: Tidak ada
Keluhan yang berhubungan dengan BAK	: Tidak ada
Frekuensi BAB	: 1 x/sehari
Konsistensi	: Lunak
Keluhan yang berhubungan dengan BAB	: Tidak ada
3. Personal Higene
 - a. Mandi

Frekuensi mandi	: 2 x/sehari
Pemakaian sabun (ya/ tidak)	: Ya (Sabun batang)
 - b. Oral Higiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi	: 2 x/sehari (Saat mandi)
Penggunaan pasta gigi (ya/ tidak)	: Ya (Pepsoden)
 - c. Cuci rambut

Frekuensi	: 1 x/sehari
Penggunaan shampoo (ya/ tidak)	: Ya
 - d. Kuku dan tangan

Frekuensi gunting kuku	: 1 x/seminggu (Saat kuku sudah panjang)
Kebiasaan mencuci tangan	: Setelah beraktivitas dan sebelum makan
4. Istirahat dan tidur

Lama tidur malam	: 8 jam, 30 menit (jam 23.30 s/d 07.00)
Tidur siang	: 3 jam (jam 12.00 s/d 15.00)
Keluhan yang berhubungan dengan tidur	: Tidak ada
5. Kebiasaan mengisi waktu luang

Olahraga	: Tidak ada
Nonton TV	: Selalu (jam 19.00 s/d 23.00)
Berkebutan/ memasak	: Sering memasak
6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Merokok (ya/ tidak)	: Tidak
Minuman keras (ya/ tidak)	: Tidak
Ketergantungan terhadap obat (ya/ tidak):	Ya,
Obat Amblodipin 1x1 (dikonsumsi jika Hipertensi)	

C. STATUS KESEHATAN

1. Status Kesehatan Saat ini

a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir

Keluarga Ny. D.A mengatakan Ny. D.A jarang merasakan nyeri kepala saat tekanan darahnya meningkat. Dan Ny. D.A hanya sering merasakan bagian tengkuk terasa tegang, dan kaki sebelah kanan terasa kesemutan saat berdiri dari jongkok. Dan Ny. D.A juga mengatakan bahwa ia sering mengkonsumsi makanan gorengan dan mengkonsumsi kopi. Ny. D.A mengatakan penyakit Hipertensinya \pm 3 tahun yang lalu.

b. Gejala yang dirasakan

Ny. D.A mengatakan bagian tengkuk sering terasa tegang saat tekanan darahnya meningkat, dan kaki sebelah kanan terasa kesemutan saat berdiri dari jongkok.

TTV pasien pada tanggal 16-juli-2020, Jam 18.27

TD: 150/100 mmHg. R: 21 x/ menit

N: 96 x/ menit. SB: 36,7 °C

c. Faktor pencetus

Adanya masalah kesehatan hipertensi \pm 3 tahun yang lalu (2016)

d. Timbulnya keluhan: (\surd) mendadak () bertahap

e. Waktu timbulnya keluhan:

Pada saat tekanan darah meningkat.

f. paya mengatasi:

Keluarga Ny. D.A mengatakan hanya mengkonsumsi obat dari warung tanpa resep dokter yaitu Amoxilin dan Nerolgin 1x1 (dikonsumsi saat kepala terasa sakit), dan ambloodipin 5 mg 1x1 (jika tekanan darah meningkat). Ny. D.A juga mengatakan pernah mengkonsumsi air rebusan daun sirsak, setelah diminum bagian tengkuk yang terasa tegang, dan kaki yang kesemutan teras ringan. Ny. D.A tidak pernah dibawa ke Klinik atau Dokter Umum saat penyakitnya kambuh. Dan Ny. D.A juga mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakit yang dideritanya.

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
 - a. Penyakit yang pernah diderita
Hipertensi \pm 3 tahun yang lalu (Tahun 2016)
 - b. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll).
Tidak ada
 - c. Riwayat kecelakaan
Tidak ada
 - d. Riwayat dirawat di rumah sakit
Tidak ada
 - e. Riwayat pemakaian obat
Amoxilin tablet 500 mg 1x1 dan Nerolgin tablet 500 mg 1x1 (dikonsumsi saat kepala terasa sakit), dan ambloodipin 5 mg 1x1 (dikonsumsi jika tekanan darah meningkat).
3. Pengkajian/ Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan Umum: Cukup Baik
 - b. TTV:
TD: 150/100 mmHg. R: 21 x/ menit
N: 96 x/ menit SB: 36,7 °C
BB : 54 kg
TB : 162 cm
I.M.T: 20,5 (BB Normal)
 - c. Kepala
 - Keadaan rambut tampak bersih
 - Warna rambut putih (beruban)
 - Penyebaran rambut tumbuh merata
 - Tidak tampak adanya benjolan
 - Tidak terdapat adanya lesi
 - d. Mata
 - Konjungtiva tidak anemis
 - Palpebra tidak terdapat lingkaran hitam pada bawah mata
 - Sklera tidak icterus
 - Penglihatan masih baik
 - e. Telinga
 - Keadaan telinga bersih
 - Tidak terdapat adanya serumen
 - Tidak terdapat adanya gangguan pendengaran...

- f. Mulut, gigi dan bibir
 - Keadaan mulut bersih
 - Mukosa bibir tidak terlalu lembab
 - Tidak terdapat adanya lesi pada mulut
 - Beberapa gigi sudah tidak ada
 - Bibir berwarna merah muda dan tampak lembab
- g. Dada
 - Simetris kiri dan kanan
- h. Abdomen
 - Simetris kiri dan kanan
 - Konsistensi lemas
 - Tidak terdapat adanya massa pada area abdomen
 - Tidak ada nyeri tekan
- i. Kulit
 - Turgor kulit tampak keriput.
- j. Ekstremitas atas
 - Tidak ada gangguan
- k. Ekstremitas bawah
 - Tidak ada gangguan

D. HASIL PENGKAJIAN KHUSUS

1. Masalah Kesehatan Kronis: Hipertensi
2. Fungsi Kognitif:
Dari hasil hasil scoring yang saya dapatkan Ny. D.A memiliki masalah pada fungsi kognitifnya (Skor: 6)
3. Status fungsional:
Dari hasil scoring yang saya dapatkan Ny. A.D kebanyakan mandiri dari pada ketergantungan. Skoring Mandiri 14, Ketergantungan 3.
4. Status Psikologis (skala depresi):

E. LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL

1. Kebersihan dan kerapihan ruangan : Bersih
2. Penerangan : Baik
3. Sirkulasi udara : Baik. Terdapat ventilasi udara pada rumah.
4. Keadaan kamar mandi dan WC : Bersih

5. Pembuangan air kotor : Lancar tidak ada sumbatan
6. Sumber air minum : Menggunakan sumur pompa
7. Pembuangan sampah : Dibuang ke tempat terbuka dan langsung dibakar
8. Sumber pencemaran : Tidak ada

ANALISA DATA

No.	Data	Problem
1.	<p>• Gejala dan Tanda Mayor.</p> <p>Ds: Keluarga Ny. D.A mengatakan Ny. D.A hanya mengkonsumsi obat dari warung tanpa resep dari dokter. Dan Ny. D.A juga mengatakan pernah mengkonsumsi air rebusan daun sirsak, setelah diminum bagian tengkuk yang terasa tegang, dan kaki yang kesemutan terasa ringan. Ny. D.A tidak pernah dibawa ke puskesmas atau Dokter Umum saat penyakitnya kambuh.</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko. 2. Gagal menerapkan program perawatan/pengobatan dalam kehidupan sehari-hari. 3. Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. 	<p>Manajemen kesehatan tidak efektif b/d ketidakcukupan petunjuk untuk bertindak.</p>

No.	Data	Problem
	<ul style="list-style-type: none"> • Gejala dan Tanda Minor. Ds: Tidak ada Do: - Pemeriksaan TTV Tgl: 16 Juli 2020 TD: 150/100 mmHg N: 96 x/ menit R: 21 x/ menit SB: 36,7 °C 	

F. CARE PLANE

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
1.	<p>Manajemen kesehatan tidak efektif b/d ketidakcukupan petunjuk untuk bertindak.</p> <p>• Gejala dan Tanda Mayor.</p> <p>Ds: Keluarga Ny. D.A mengatakan Ny. D.A hanya mengonsumsi obat dari warung tanpa resep dari dokter. Dan Ny. D.A juga mengatakan pernah mengonsumsi air rebusan daun sirsak, setelah diminum bagian tengkuk yang terasa tegang, dan kaki yang kesemutan terasa ringan. Ny. D.A tidak pernah dibawa ke puskesmas atau Dokter Umum saat penyakitnya kambuh.</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko. Gagal menerapkan program perawatan/pengobatan dalam kehidupan sehari-hari. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama $\pm 3 \times 3$ jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko. Menerapkan program perawatan Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan. 	<p>Skoring yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkat (5) Meningkat (5) Menurun (5) <p>Total Skor "15"</p>	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi program pengobatan <p>Observasi: Identifikasi pengetahuan pasien tentang pengobatan.</p>	<p>Hari/ Tgl: Sabtu/ 08-08-2020. Jam: 15.00</p> <p>Observasi: Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang pengobatan dengan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga Ny. D.A mengatakan Ny. D.A hanya mengonsumsi obat dari warung tanpa resep dari dokter. Dan Ny. D.A juga mengatakan pernah mengonsumsi air rebusan daun sirsak, setelah diminum bagian tengkuk yang terasa tegang, dan kaki yang kesemutan terasa ringan. Ny. D.A tidak pernah dibawa ke puskesmas atau Dokter Umum saat penyakitnya kambuh. Pemeriksaan TTV Tgl 16 Juli 2020: 	<p>Hari/Tgl: Jam: 09.00 Minggu/ 09-08-2020.</p> <p>S: Ny. A.L mengatakan setelah kakinya di rendam, tubuhnya terasa rileks.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien dan keluarga mulai mengerti dengan tujuan dan manfaat dari terapi rendam kaki menggunakan air hangat. Pasien dan keluarga dapat melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko (Sedang 3). Pasien dan keluarga dapat menerapkan program perawatan saat terapi (sedang 3). Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan (sedang 3). TTV: TD: 150/90 mmHg N: 96 x/ menit R: 21 x/ menit SB: 36 °C

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
	<p>3. Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.</p> <p>• Gejala dan Tanda Minor. Ds: Tidak ada Do: Pemeriksaan TTV Tgl: 16 Juli 2020 TD: 150/100 mmHg N: 96 x/ menit R: 21 x/ menit SB: 36,7 °C</p>			<p>Terapeutik: Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama menjalani program pengobatan.</p> <p>Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan manfaat dari Pengobatan Terapi.</p>	<p>TD: 150/100 mmHg N: 96 x/ menit R: 21 x/ menit SB: 36,7 °C Jam: 15.30</p> <p>Terapeutik: Melibatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama menjalani program pengobatan terapi, dengan hasil: Keluarga dapat memantau pasien selama menjalani program pengobatan Terapi. Jam:15. 45</p> <p>Edukasi: 1. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari Pengobatan Terapi (Leaflet: Tujuan dan Manfaat Dari Demonstrasi Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat), dengan hasil: Pasien dan keluarga dapat mengetahui</p>	<p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.</p>

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
				2. Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan Hypertensi.	<p>tujuan dan manfaat dari Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Dan keluarga dapat mengaplikasikannya ke Ny. D.A agar dapat menurunkan tekanan darah tanpa harus mengkonsumsi obat dari warung.</p> <p>Jam: 17.00</p> <p>2. Menginformasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, dengan hasil: Keluarga Ny. D.A dapat memeriksakan kesehatan Ny. D.A ke tempat pelayanan terdekat agar kesehatan Ny. D.A tidak memberat.</p>	

Bab VIII

KONSEP DASAR DAN ASUHAN KEPERAWATAN DIABETES MELLITUS

A. KONSEP DASAR TEORI LANSIA DENGAN MASALAH DIABETES MELLITUS

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah sekelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas, pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (*Sumedi, 2016*).

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut pendapat berbagai ahli dalam (*Sumedi, 2016*), batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut:

- Menurut UUD nomor 13 tahun 1998 Bab 1 pasal 1 ayat 2 berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.

3. Menurut WHO lanjut usia di bagi menjadi 4 kriteria:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun.

4. Menurut Dra. Jos masdani (psikolog UI) terdapat 4 fase, yaitu:

- a. Fase inventus ialah 25-40 tahun.
- b. Fase virilities ialah 40-55 tahun.
- c. Fase presenium ialah 55-65 tahun.
- d. Fase senium ialah 65 hingga tutup usia

5. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia (geriatric age): >65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (geriatric age) itu sendiri di bagi menjadi 3 batasan umur, yaitu yaoung old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old (>80 tahun) (Sumedi, 2016).

Diabetes Militus

1. Definisi

Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Pada diabetes mellitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Brunner and Suddarth, 2010).

Diabetes mellitus tipe 2 atau Non Insulin Dependendt Diabetes Mellitus) merupakan intoleransi glukosa pada lansia berkaitan dengan obesitas, aktifitas fisik yang berkurang, kurangnya masa otot, penyakit penyerta, penggunaan obat-obatan, disamping karena pada lansia terjadi penurunan sekresi insulinn dan insilin resisten (Hasdianah, 2012)

Diabetes Melitus (DM) atau disebut diabetes saja merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah (Info DATIN, 2014).

2. Etiologi diabetes mellitus

Menurut (Suddarth, 2014) penyebab diabetes mellitus terbagi menjadi:

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pancreas. Kombinasi faktor genetic, imunologi dan mungkin pula lingkungan (misalnya, infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta.

1) Faktor-faktor genetik.

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri; tetapi, mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. kecenderungan ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (human leucocyte antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang

bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2) Faktor-faktor imunologi

Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respons autoimun. Respons ini merupakan respons abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Oto antibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen (internal) terdeteksi pada saat diagnosis dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis diabetes tipe I.

3) Faktor-faktor Lingkungan

Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Sebagai contoh hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

b. *Diabetes Tipe II*

Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor resiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah:

1) Obesitas

Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.

2) Usia

Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun. Gestasional.Diabetes melitus dengan kehamilan (diabetes mellitus gestasional) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis diabetes melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin. Pasien-pasien dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma

puasa yang normal, atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia). Karena glukosa hilang bersama urine, maka pasien mengalami keseimbangan kalori negative dan berat badan berkurang. Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori. Pasien akan mengeluh lelah dan mengantuk (Price & Wilson, 2015)

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, polifagia, turunnya berat badan, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pertolongan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya pasien peka terhadap insulin. Sebaliknya, pasien dengan diabetes tipe II mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah dilaboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa.

Pada hiperglikemia yang lebih berat, pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolute namun hanya relative (Price & Wilson, 2015).

4. Klasifikasi Diabetes Melitu

a. *DM Tipe I: Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)*

Diabetes ini dikenal sebagai tipe juvenile onset dan tipe dependen insulin, namun kedua tipe ini dapat muncul pada sembarang usia. Insidens tipe I sebanyak 30.000 kasus baru setiap tahunnya dan dapat dibagi dalam dua subtype yaitu autoimun akibat disfungsi autoimun dengan kekurangan sel-sel beta dan idiopatik tanpa bukti adanya autoimun dan tidak diketahui sumbernya. Sub tipe ini lebih sering timbul pada etnik keturunan Afrika-Amerika dan Asia. Diabetes tipe I banyak ditemukan pada balita, anak-anak dan remaja. Sampai saat ini, Diabetes Mellitus tipe I hanya dapat di obati dengan pemberian terapi insulin yang

dilakukan secara terus menerus berkesinambungan. Riwayat keluarga, diet dan faktor lingkungan sangat mempengaruhi perawatan penderita diabetes tipe I.

Pada penderita diabetes tipe I haruslah diperhatikan pengontrolan dan memonitor kadar gula darahnya, sebaiknya menggunakan alat test gula darah. Terutama pada anak-anak atau balita yang mana mereka sangat mudah mengalami dehidrasi, sering muntah dan mudah terserang berbagai penyakit

b. *DM Tipe II: Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*

90% sampai 95% penderita diabetes adalah tipe II. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin.

Pengobatan pertama adalah dengan diet dan olahraga; jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemia (suntikan insulin dibutuhkan jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia). Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

c. *Diabetes Gestasional (GDM)*

GDM dikenal pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor resiko terjadinya GDM adalah usia tua, etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Karena terjadi peningkatan sekresi berbagai hormone yang mempunyai efek metabolic terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan diabetogenik.

Pasien-pasien yang mempunyai predisposisi diabetes secara genetic mungkin akan memperlihatkan intoleransi glukosa atau manifestasi klinis diabetes pada kehamilan

d. *Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya*

Dalam skala yang lebih kecil, ada beberapa kasus diabetes oleh syndrome genetic tertentu (perubahan fungsi sel beta dan perubahan fungsi insulin secara genetis), gangguan pada pancreas yang didapati pada pecandu alcohol, dan penggunaan obat

ataupun zat kimia. Beberapa kasus tersebut dapat memicu gejala yang sama dengan diabetes.

5. Patofisiologi diabetes mellitus

Diabetes melitus adalah kumpulan penyakit metabolic yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Ada empat tipe utama diabetes melitus yaitu, diabetes melitus tipe I (5%-10% kasus terdiagnosis), diabetes melitus tipe II (90%-95% kasus terdiagnosis), diabetes gestasional (2%-5% dari semua kehamilan), dan diabetes melitus tipe spesifik lain (1%-2% kasus terdiagnosis) (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2015)

Ibarat suatu mesin, tubuh memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak. Disamping itu tubuh juga memerlukan energy supaya sel tubuh dapat berfungsi dengan baik. Energy yang dibutuhkan oleh tubuh berasal dari bahan makanan yang kita makan setiap hari. Bahan makanan tersebut terdiri dari unsur karbohidrat, lemak dan protein (Rendy & TH, 2012)

Pada keadaan normal kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan air, 10% menjadi glikogen dan 20%-40% diubah menjadi lemak. Pada diabetes melitus semua proses tersebut terganggu karena terdapat defisiensi insulin. Penyerapan glukosa kedalam sel macet dan metabolismenya terganggu. Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia (Rendy & TH, 2012)

Penyakit diabetes melitus disebabkan oleh karena gagalnya hormon insulin. Akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar gula darah meningkat dan terjadi hiperglikemia. Ginjal tidak dapat menahan hiperglikemi ini, karena ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg% sehingga apabila terjadi hiperglikemi maka ginjal tidak bisa menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehubungan dengan sifat gula yang menyerap air maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urine yang disebut glukosuria. Bersamaan keadaan glukosuria maka sejumlah air hilang dalam urin yang disebut poliuria. Poliuria mengakibatkan dehidrasi intraseluler, hal ini akan merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasakan haus terus menerus sehingga pasien akan minum terus yang disebut polidipsia (Rendy & TH, 2012)

Produksi insulin yang kurang akan menyebabkan menurunnya transport glukosa ke sel-sel sehingga sel-sel kekurangan makanan dan simpanan karbohidrat, lemak dan protein menjadi menipis. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka klien akan merasa lapar sehingga menyebabkan banyak makan yang disebut poliphagia. terlalu banyak lemak yang dibakar maka akan terjadi penumpukan asetat dalam darah yang menyebabkan keasaman darah meningkat atau asidosis. Zat ini akan meracuni tubuh bila terlalu banyak hingga tubuh berusaha mengeluarkan melalui urine dan pernapasan, akibatnya bau urine dan napas penderita berbau aseton atau bau buah-buahan. Keadaan asidosis ini apabila tidak segera diobati akan terjadi koma yang disebut koma diabetik (Rendy & TH, 2012)

6. Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut (Suddarth, 2014) komplikasi diabetes melitus dibedakan menjadi 2, antara lain:

a. *Komplikasi Akut*

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah. Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah: Hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom HHNK (juga disebut koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik).

Komplikasi Akut meliputi: hiperglikemia, diabetik ketoacidosis (DKA), kondisi hiperosmolar hiperglikemik (HH) dan hipoglikemia.

b. *Komplikasi Kronik*

Komplikasi jangka panjang diabetes dapat menyerang semua system organ dalam tubuh. Komplikasi Kronis meliputi: Perubahan pada sistem kardiovaskular (PJK, hipertensi, stroke, penyakit pembuluh darah perifer, diabetik retinopati, diabetik nefropati, visceral neuropati dan komplikasi pada kaki).

7. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Menurut (Suddarth, 2014) tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vascular dan neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes:

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan *Diabetes mellitus*

A. Pengkajian

Menurut (Santosa, Budi. 2008)

1. Identitas klien, meliputi:
Nama pasien, tanggal lahir, umur, agama, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, No rekam medis.
2. Keluhan utama
 - a. Kondisi hiperglikemi:
Penglihatan kabur, lemas, rasa haus dan banyak kencing, dehidrasi, suhu tubuh meningkat, sakit kepala.
 - b. Kondisi hipoglikemi
Tremor, perspirasi, takikardi, palpitasi, gelisah, rasa lapar, sakit kepala, susah konsentrasi, vertigo, konfusi, penurunan daya ingat, patirasa di daerah bibir, pelo, perubahan emosional, penurunan kesadaran.
3. Riwayat kesehatan sekarang
Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul/lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh poliurea, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur/istirahat, haus, pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria.
4. Riwayat kesehatan dahulu
DM dapat terjadi saat kehamilan, penyakit pankreas, gangguan penerimaan insulin, gangguan hormonal, konsumsi obat-

obatan seperti glukokortikoid, furosemid, thiazid, beta bloker, kontrasepsi yang mengandung estrogen.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat anggota keluarga yang menderita DM

6. Pemeriksaan Fisik

a. Aktivitas dan Istirahat

Gejala: lemah, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda: takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, letargi, disorientasi, koma

b. Sirkulasi

Gejala: adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama. Tanda: takikardia, perubahan TD postural, nadi menurun, disritmia, krekels, kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

c. Integritas ego

Gejala: stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda: ansietas, peka rangsang.

d. Eliminasi

Gejala: perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih, ISK, nyeri tekan abdomen, diare.

Tanda: urine encer, pucat, kuning, poliuri, bising usus lemah, hiperaktif pada diare.

e. Makanan dan cairan

Gejala: hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan, haus, penggunaan diuretik.

Tanda: kulit kering bersisik, turgor jelek, kekakuan, distensi abdomen, muntah, pembesaran tiroid, napas bau aseton

f. Neurosensori

Gejala: pusing, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parastesia, gangguan penglihatan.

Tanda: disorientasi, mengantuk, letargi, stupor/koma, gangguan memori, refleks tendon menurun, kejang.

- g. Kardiovaskuler
Takikardia / nadi menurun atau tidak ada, perubahan TD postural, hipertensi dysrhythmia, krekel, DVJ (GJK)
- h. Pernapasan
Gejala: merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum.
Tanda: pernapasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat.
- i. Seksualitas
Gejala: rabas vagina, impoten pada pria, kesulitan orgasme pada wanita
- j. Gastro intestinal
Muntah, penurunan BB, kekakuan/distensi abdomen, anseitas, wajah meringis pada palpitasi, bising usus lemah/menurun.
- k. Muskulo skeletal
Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun kesemuatan/rasa berat pada tungkai.
- l. Integumen
Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung, turgor jelek, pembesaran tiroid, demam, diaforesis (keringat banyak), kulit rusak, lesi/ulserasi/ulku
 - 1) Diagnosa Keperawatan Yang Muncul
 - 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
 - 3) Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Intervensi

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri hilang atau terkontrol dengan kriteria hasil:	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan Bahwa Nyeri Berkurang Dengan Menggunakan Manajemen Nyeri. 2. Mampu Mengenali Nyeri (Skala, Intensitas, Frekuensi Dan Tanda Nyeri). Menyatakan Rasa Nyaman Setelah Nyeri Berkurang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. durasi, frekuensi dan kualitas nyeri. 2. Pantau kadar asam urat. 3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 4. Ajarkan teknik non farmakologi rileksasi napas dalam. 5. Posisikan klien agar merasa nyaman, misalnya sendi yang nyeri diistarahatkan dan diberikan bantal. <p>Kalaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri yang tidak berhasil.</p>
2	Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Stelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi makan (membaik) - Nafsu makan (membaik) 	<p>Manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi - Identifikasi status nutrisi - identifikasi makanan yang disukai - monitor asupan makanan - monitor berat badan

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> • terupetik <ul style="list-style-type: none"> - lakukan oral hygiene sebelum makan - berikan makanan tinggi kalori dan protein - berikan suplemen makanan • edukasi <ul style="list-style-type: none"> anjurkan posisi duduk • kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan bila perlu

B. ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIABETES MELLITUS PADA Ny E.S

A. Karakteristik Demografi

1. Identitas Diri Klien

Nama Lengkap : Ny. E.S
Tempat/ tgl lahir : Manado, 22-12-1967
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Cerai Mati
Agama : Islam
Suku Bangsa : Indonesia
Pendidikan terakhir : Cempaka ling V
Alamat : Kec. Molas

2. Keluarga yang bisa dihubungi

Nama : Ny. F.S
Alamat : Cempaka ling V, Kec. Molas
No. Telp :
Hubungan dengan klien : Anak

3. Riwayat pekerjaan dan status klien

Pekerjaan saat ini : IRT
Sumber pendapatan : 1.500.000 per bulan

4. Aktivitas Rekreasi

Hobi : Menyanyi
Bepergian/ wisata : Tidak
Keanggotaan organisasi: mengikuti pengajian majelis

B. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Nutrisi

Frekuensi makan : 3x sehari pagi,siang,malam
Nafsu makan : Tidak ada
Jenis makanan : Nasi, ikan,sayur dan buah-buahan
Alergi terhadap makanan : tidak ada
Pantangan makan : tidak ada

2. Eliminasi

Frekuensi BAK : 2x sehari siang, malam 1 x sehari
Kebiasaan BAK pada malam hari: Tidak

- Keluhan yang berhubungan dengan BAK: Tidak
 Frekuensi BAB : 2x sehari
 Konsistensi : Baik warna kuning, kecoklatan
 Keluhan yang berhubungan dengan BAB: Tidak
3. Personal Hygiene
- a. Mandi
 Frekuensi mandi : 2x sehari
 Pemakaian sabun (ya/ tidak):(ya) memakai sabun
 - b. Oral Higiene
 Frekuensi dan waktu gosok gigi: 2x sehari
 Penggunaan pasta gigi (ya/ tidak): (ya)
 - c. Cuci rambut
 Frekuensi : Setiap hari
 Penggunaan shampoo (ya/ tidak): (ya)
 - d. Kuku dan tangan
 Frekuensi gunting kuku : seminggu 1x
 Kebiasaan mencuci tangan : ya
4. Istirahat dan tidur
 Lama tidur malam : Ny E.S mengatakan tidur malam hanya 1 jam karena pasien sering merasa gelisah. Dan bada Terasa seperti di tusuk-tusuk dan sakit kepala
 Tidur siang : Ny. E.S mengatakan jarang tidur siang
 Keluhan yang berhubungan dengan tidur:
5. Kebiasaan mengisi waktu luang
 Olahraga : Ny S.M mengatakan sering melakukan aktivitas Olahraga setiap hari
 Nonton TV : Ny. E.S mengatakan sering nonton TV
 Berkebun/ memasak : Memasak
6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan
- | | |
|--|-------------|
| Merokok (ya/ tidak) | : (Tidak) |
| Minuman keras (ya/ tidak) | : (Tidak) |
| Ketergantungan terhadap obat (ya/ tidak) | : (Tidak) |

7. Uraian kronologis kegiatan sehari-hari

Jenis Kegiatan	Lama waktu untuk setiap kegiatan
1. Masak	1 jam setengah
2. menyapu dalam rumah	20 menit
3. olahraga	30 menit

C. Status Kesehatan

1. Status Kesehatan Saat ini
 - a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir
Berdasarkan analisa hasil Ny. E.s tidak ada masalah kesehatan koronis sampai dengan masalah kesehatan koronis ringan
 - b. Gejala yang dirasakan
Ny E mengatakan pusing, sering lemah atau cepat lelah, sakit kaki, dan sering buang air kecil pada malam hari
 - c. Faktor pencetus
Pola makan yang salah (makanan yang manis- manis)
 - d. Timbulnya keluhan: () mendadak (√) bertahap
 - e. Waktu timbulnya keluhan: Ny E.S mengatakan saat melakukan aktivitas
 - f. Upaya mengatasi: Ny. E mengatakan minum obat dengan obat Gliben
2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
 - a. Penyakit yang pernah diderita
Ny. E mengatakan tidak ada
 - b. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll)
Ny E mengatakan tidak ada
 - c. Riwayat kecelakaan
Ny. E mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
 - d. Riwayat dirawat di rumah sakit
Ny. E mengatakan tidak pernah di rawat di Rumah sakit
 - e. Riwayat pemakaian obat
Tidak ada

3. Pengkajian/ Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan Umum: Compos mentis
 - b. TTV
 - TD 120/70... ..Nadi: 85x/m RR: 22x/m.....
 - Suhu: 36,5°c
 - c. BB...TB 145 cm.....
 - d. Kepala
 - Baik simetris tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan warna rambut hitam berish, kulit kepala bersih
 - e. Mata
 - Sering mengeluarkan air, nyeri pada mata dan pasien mengalami katarak pada mata dan konjungtiva anemis.....
 - f. Telinga
 - Ny. E mengatakan pendengarannya masi baik dan masi jelas
 - g. Mulut, gigi dan bibir
 - Mulut simetris, tidak terdapat karies gigi dan bibir lembap
 - h. Dada
 - Simetris tidak ada pembengkakan
 - i. Abdomen
 - Simetris, tidak ada pembesaran hati tidak ada nyeri tekan
 - j. Kulit
 - Kriput, warna kulit hitam coklat tugor kulit baik.....
 - k. Ekstremitas atas Baik kedua tangan dapat digerakan
 - l. Ekstremitas bawah
 - Baik, kedua kaki dapat di Gerakan.
4. Fungsi Kognitif: pada Ny. E.s bahwa menunjukkan dengan hasil tidak ada gangguan dengan total nilai 15
5. Status fungsional: pada Ny E.s bahwa menunjukkan dengan hasil Mandiri dengan total nilai 15
6. Status Psikologis (skala depresi): berdasarkan analisa hasil Ny. E.s menunjukkan bahwa Ny. E.s normal/ tidak mengalami depresi
 - ...
 -
 -

D. Lingkungan Tempat Tinggal

1. Kebersihan dan kerapihan ruangan
Keadaan rumah Ny. E bersih
2. Penerangan
Pencayaannya rumah Ny. E baik Sirkulasi udara
Sirkulasi udara dirumah Ny. E baik, dilihat dari rumah Ny. E yang memiliki jendela dan ventilasi di setiap ruangan
3. Keadaan kamar mandi dan WC
Rumah Ny E memiliki kamar mandi dan wc yang bersih
4. Pembuangan air kotor
Rumah Ny. E memiliki pembuangan air kotor (got)
5. Sumber air minum
Ny. E mengatakan air yang diminum isi ulang
6. Pembuangan sampah
Pembuangan sampai ada di belakang rumah di ikat di tas lalu di angkat mobil sampah
7. Sumber pencemaran
Tidak ada

Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds: Ny E mengatakan saat melakukan aktivitas badan terasa cepat lelah</p> <p>Do: - Pasien tampak lemah - Sakit kepala - GDS: 321 - TD: 120/80 mmHg</p>	Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
<p>DS: Ny E mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya</p>	kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

Data	Etiologi	Masalah
DO: ➤ Ny E selalu bertanya-tanya tentang penyakit DM ➤ Ny E tidak mengetahui pantangan makanan manis-manisan yang memicu penyakitnya		

Diagnosa keperawatan

1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kuaran (SLKI)		Intervensi (SIKI)	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Kriteria hasil			
1.	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dengan Kunjungan diharapkan tingkat kestabilan kadar gula darah meningkat dengan KH: - Mengantuk - Lelah/lesu - Kadar glukosa darah	Skoring yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu - Menurun (5) - Menurun (5) - Membaik (5)	Manajemen Hiperglikemia 1. Observasi - identifikasi kemungkinan hiperglikemia - monitor kadar glukosa darah - monitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan, malaise, pandangan kabur, dan sakit kepala) 2. Edukasi - anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 3. kolaborasi - pemberian obat tradisional	1. Observasi - mengidentifikasi kemungkinan hiperglikemia Hasil: Pasien mengatakan mengkomsumsi makanan berkarbohidrat tinggi - Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDS:321 - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: Pasien mengatakan mata terasa perih dan sering mengeluarkan air mata, pandangan kabur, dan sering lapar 2. Edukasi - menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil: Agar pasien mengetahui untuk mencegah dan mengontrol kadar glukosa darah	S: Ny E. mengatakan kadar glukosa darah menurun O: GDS: 200 mg/dl A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kuaran (SLKI)		Intervensi (SIKI)	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Kriteria hasil			
					<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Hasil: Pasien harus mengatur diet makanan tinggi karbohidrat/ manis-manisan dan rutin melakukan olahraga secara teratur 3. kolaborasi Memberikan obat tradisional Hasil: Dengan	
2.	Devisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi yang ditandai ketidaktahuan mengenal masalah kesehatan yang dialami	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di harapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic 	Skoring yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu <ul style="list-style-type: none"> - meningkat (5) - Meningkat (5) _ meningkat (5)	Edukasi Kesehatan: 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 2. Terapeutik	1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemampuan dan kesiapan menerima informasi - Pasien tampak mampu dan siap menerima informasi berupa penyuluhan kesehatan - Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Seperti kebersihan lingkungan dan pola makan teratur serta diet 	S: Ny E mengatakan sudah mengerti tentang penyakit Dm setelah di jelaskan oleh perawat O: Ny E tampak tidak kebingungan A: masalah teratasi P: lanjutkan intervensi

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kuaran (SLKI)		Intervensi (SIKI)	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Kriteria hasil			
		<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai dengan pengetahuan 		<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi pendidikan kesehatan (Liflet) - jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup 	<p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi pendidikan Kesehatan yang digunakan yaitu Leaflet - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Yaitu pada hari Rabu dan kamis pagi <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi faktor kesehatan - Mengurangi konsumsi makanan yang mengandung manis-manisan - Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Seperti berolahraga dan makan makanan yang bergizi - Mengajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kuaran (SLKI)		Intervensi (SIKI)	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Kriteria hasil			
					4. Diet 5. Hindari makanan yang mengandung manis-manisan berlebihan 6. Kepatuhan minum obat 7. Olaraga rutin dengan memberikan latihan senam otot progresif	

Bab IX

ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN STROKE

A. KONSEP DASAR TEORI LANSIA DENGAN MASALAH STROKE

a. Pengertian

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian dari otak (Black Hawks, 2009).

Menurut WHO 1983 dalam Tarwoto dkk 2007 stroke merupakan sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih yang dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan pembuluh darah otak.

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat atau tiba-tiba dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak.

Stroke atau *Cerebral Vascular Accident* (CVA) adalah gangguan dalam sirkulasi intraserebral yang berkaitan *vascular insufficiency*, trombosis, emboli atau perdarahan (Widagdo, 2008). Dapat disimpulkan bahwa stroke adalah penyakit yang terjadi pada sistem persyarafan dimana aliran darah dan oksigen ke otak terhambat.

b. Klasifikasi

Berdasarkan kelainan patologis klasifikasi stroke dibagi menjadi dua:

a. Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid, pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu, perdarahan otak di bagi 2 yaitu:

- 1) Perdarahan intra serebral
Perdarahan intra serebral adalah perdarahan dari salah satu arteriotak ke dalam jaringan otak. Lesi ini menyebabkan gejala yang terlihat mirip dengan stroke iskemik. Diagnosis perdarahan intraserebral bergantung pada neuroimaging yang dapat dibedakan dengan stroke iskemik.
 - 2) Perdarahan ekstra serebral (subarachnoid) Perdarahan subarachnoid dicirikan oleh perdarahan arteri di ruang antara dua meningen yaitu piameter dan arachionea. Gejala yang terlihat jelas penderita tiba – tiba mengalami sakit kepala yang sangat parah dan biasanya terjadi kehilangan kesadaran. Gejala yang menyerupai stroke dapat sering terjadi tetapi jarang. Diagnosis dapat dilakukan dengan *neuroimaging* dan *lumbar puncture*.
- b. Stroke Non-Hemoragik (Stroke Iskemik, Infark Otak, Penyumbatan) Disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis dari arteri otak atau yang memberi vaskularisasi pada otak atau suatu embolus dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak.
 - c. Stroke akibat trombosis serebri
Stroke trombotik yaitu stroke yang disebabkan dengan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena trombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemik.
 - d. Trombosis serebri adalah obstruksi aliran darah yang terjadi pada proses oklusi satu atau lebih pembuluh darah lokal.
Emboli serebri selain oklusi trombotik pada tempat aterosklerosis arteri serebral, infark iskemik dapat diakibatkan oleh emboli yang timbul dari lesi atheromatous yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan – gumpalan kecil dapat terlepas dari trombus yang lebih besar dan di bawa ke tempat – tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah fragmen distal akan berhenti, mengakibatkan infark jaringan otak distal

e. Hipoperfusi sistemik

pengurangan perfusi sistemik dapat mengakibatkan kondisi iskemik karena kegagalan pompa jantung atau proses perdarahan atau hipovolemik. Berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Laode, 2012).

c. Etiologi

Penyebab stroke pada lansia disebabkan karena menurunnya fungsi pembuluh darah pada sistem neurologi akibat usia yang semakin bertambah. Aliran darah ke otak bisa menurun dengan beberapa cara. Pecahnya arteriosklerotik kecil yang menyebabkan melemahnya pembuluh darah. Perdarahan lazimnya besar, tunggal dan merupakan bencana. Perdarahan akibat dari aneurisma kongenital, arteriovenosa, atau kelainan vaskular lainnya, trauma, aneurisma *mycotic*, infrak otak (infrak hemoragik), primer atau metastasis tumor otak, antikoagulasi berlebihan, *dyscrasia* darah, perdarahan atau gangguan vaskulitik jarang terjadi. Iskemia terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total. Kemampuan bertahan yang utama pada jaringan otak yang iskemik bergantung pada lama waktu kerusakan ditambah dengan tingkatan gangguan dari metabolisme otak. Iskemia biasanya terjadi karena trombosis atau embolik. Stroke yang terjadi karena trombosis lebih sering terjadi dibandingkan karena embolik (Black, 2014).

d. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatan sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau rupture.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh rupture aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4 sampai 6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

e. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala stroke tergantung pada luas dan lokasi yang dipengaruhi, arteri serebral yang tersumbat oleh trombus atau embolus dapat memperlihatkan tanda dan gejala sebagai berikut:

a. Peringatan dini atau awal

Beberapa jenis stroke mempunyai tanda-tanda peringatan dini yang dikenal dengan sebutan serangan iskemik jangka pendek atau *Transient Ischemic Attack* (TIA). Manifestasi dari iskemik stroke yang akan terjadi termasuk hemiparesis transien (tidak permanen), kehilangan kemampuan berbicara dan kehilangan sensori setengah/hemisensori. Manifestasi-manifestasi dari stroke karena thrombosis berkembang dalam hitungan menit ke hitungan jam sampai hari.

Serangan yang lambat terjadi karena ukuran trombus terus meningkat. Pertama – tama terjadi sumbatan sebagian di pembuluh darah yang terkena kemudian menjadi total. Kebalikan dari stroke trombotik, yaitu manifestasi dari stroke embolik terjadi tiba – tiba dan tanpa peringatan awal.

b. Gangguan khusus setelah stroke

Manifestasi stroke dapat berhubungan dengan penyebabnya dan bagian otak yang bagian perfusinya terganggu. Arteri serebral bagian tengah adalah bagian yang paling terkena stroke iskemi. Gangguan yang terjadi pada klien juga bermacam – macam, bergantung pada apakah bagian otak yang terkena adalah bagian dominan atau non dominan. Tingkatan penurunan fungsi dapat juga bervariasi dari hanya gangguan yang kecil sampai kehilangan fungsi tubuh yang serius.

1) Hemiparesis dan hemiplegia

Hemiparesis (kelemahan) atau hemiplegia (paralisis) dari satu bagian dari tubuh bisa terjadi setelah stroke. Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan (saraf motorik) dari korteks bagian depan. Hemiplegia menyeluruh bisa terjadi pada setengah bagian dari wajah dan lidah, juga pada lengan dan tungkai pada sisi bagian tubuh yang sama. Infark yang terjadi pada bagian otak sebelah kanan akan menyebabkan hemiplegia bagian kiri tubuh (sinistra) dan sebaliknya karena jaringan saraf berjalan bersilangan dalam jalur piramid dari otak ke saraf spinal.

2) Afasia

Afasia adalah penurunan kemampuan berkomunikasi. Afasia bisa melibatkan beberapa atau seluruh aspek dari komunikasi termasuk berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan. Pusat primer bahasa biasanya terletak di bagian kiri belahan otak dan dipengaruhi oleh stroke di bagian kiri tengah arteri serebral. Beberapa tipe afasia yang berbeda bisa terjadi. Afasia Wernick (sensori atau penerima) memengaruhi pemahaman berbicara sebagai hasil dari infark pada lobus temporal pada otak. Afasia Broca (ekspresi atau

motorik) memengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal pada otak. Cabang dari arteri serebral tengah yang menyuplai kedua area tersebut. Afasia global memengaruhi baik komprehensi berbicara dan produksi bicara.

3) Disartria

Disartria adalah kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Ini adalah hal yang penting untuk membedakan antara disartria dan afasia. Klien dengan disartria paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang tetapi mengalami kesulitan dalam melafalkan kata dan tidak jelas dalam pengucapannya. Tidak ada bukti bahwa terdapat gangguan dalam kemampuan struktur atau pembentukan kalimat. Klien dengan disartria dapat memahami bahasa verbal dan dapat membaca dan menulis (kecuali terdapat kelumpuhan tangan yang dominan, tidak memiliki tangan, atau cedera tangan) hal ini bisa mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan pada otot bibir, lidah, dan laring, atau karena kehilangan sensasi. Selain gangguan berbicara, klien dengan disartria sering juga mengalami gangguan dalam mengunyah dan menelan karena kontrol otot yang menurun.

4) Disfagia

Menelan adalah proses yang kompleks karena membutuhkan beberapa fungsi dari saraf kranial (SK). Mulut harus terbuka (SK V), lidah harus tertutup (SK VII), dan lidah harus bergerak (SK XII). Mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan (SK V dan VII) dan harus bisa mengirimkan pesan ke pusat menelan (SK V dan IX). Selama aktivitas menelan, lidah menggerakkan gumpalan makanan ke arah orofaring. Faring akan terangkat dan glottis menutup. Gerakan otot faringeal akan mengirim makanan dari faring ke esofagus. Kemudian dengan gerakan peristaltis mendorong makanan ke dalam perut. Stroke yang terjadi di daerah vertribrobasilar mengakibatkan terjadinya disfagia.

5) Apraksia

Apraksia adalah kondisi yang memengaruhi integrasi motorik kompleks. Hal ini bisa berakibat terjadinya stroke di beberapa bagian di otak. Klien dengan apraksia mungkin bisa

merasakan atau mengonseptualisasikan isi pesan yang dikirim ke otot. Namun, pola atau skema motorik penting untuk mengantarkan pesan impuls tidak dapat diperbaiki. Oleh sebab itu, akurasi dari “instruksi” dari otak tidak sampai ke bagian tangan dan kaki. Sehingga gerakan yang diinginkan tidak akan terjadi. Apraksia memiliki rentang dari gangguan yang sangat sederhana sampai yang kompleks. Sebagai contoh, klien mungkin memiliki tingkat kesulitan menulis yang lebih rendah dibandingkan berbicara dan sebaliknya.

6) Perubahan penglihatan

Penglihatan merupakan proses yang kompleks dan dikontrol oleh beberapa bagian dalam otak. Stroke pada lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Persepsi kedalaman dan penglihatan pada garis horizontal dan vertikal bisa juga terganggu. Pada klien dengan hemiplegia, dapat menyebabkan masalah pada penampilan motorik dalam cara berjalan dan berdiri. Klien mungkin merasakan atau tidak merasakan kesulitan dalam hal persepsi, tetapi hal tersebut bisa menyebabkan mereka rentan kecelakaan dan perilaku mereka akan tampak aneh. Gangguan penglihatan akan memengaruhi kemampuan klien untuk mempelajari kembali keterampilan motorik. Infark yang memengaruhi fungsi SK III, IV, dan VI bisa menghasilkan kelumpuhan pada saraf cranial dan mengakibatkan diplopia.

7) Hemianopia Homonimus

Hemianopia Homonimus adalah kehilangan penglihatan pada setengah bagian yang sama dari lapang pandang dari setiap mata. Jadi, klien hanya bisa melihat setengah dari penglihatan normal. Contohnya, klien mungkin bisa melihat dengan jelas pada garis tengah pada satu bagian mata tapi tidak dapat melihat bagian tersebut pada mata yang lain. Klien dengan hemianopia homomimus tidak dapat melihat melewati garis tengah tanpa memutar kepala ke sisi bagian tersebut.

8) Sindrom Horner

Sindrom Horner adalah paralisis pada saraf simpatik ke mata yang menyebabkan tenggelamnya bola mata, ptosis bagian atas kelopak mata, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil, dan air mata berkurang.

9) Agnosia

Agnosia adalah gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indra. Tipe yang paling sering terjadi adalah agnosia pada indra penglihatan dan pendengaran.

Agnosia bisa terjadi karena sumbatan pada arteri serebral tengah atau posterior yang menyuplai lobus temporal atau oksipital.

10) Negleksi Unilateral

Negleksi unilateral adalah ketidakmampuan seseorang untuk merespon stimulus pada bagian kontralateral dari bagian infark serebral. Klien dengan cedera pada lobus temporoparietal, lobus parietal interior, lobus frontal lateral, girus singulatum, thalamus, dan striatum sebagai akibat dari sumbatan pada arteri serebral bagian tengah berisiko mengalami negleksi. Oleh karena dominasi dari belahan otak bagian kanan dalam mengarahkan perhatian, negleksi paling sering terlihat pada klien dengan kerusakan pada belahan otak bagian kanan.

11) Penurunan Sensorik

Beberapa tipe dari perubahan sensoris dapat terjadi karena stroke pada jalur sensoris dari lobus parietal yang disuplai oleh arteri serebral anterior atau bagian tengah. Penurunan itu terjadi pada bagian sisi kontralateral tubuh dan biasanya disertai dengan hemiplegia atau hemiparesis. Kondisi hemiparesis (kehilangan sensasi pada bagian satu sisi tubuh) biasanya tidak lengkap dan mungkin tidak dirasakan oleh klien. Sensasi pada permukaan seperti nyeri, sentuhan, tekanan, dan suhu bisa berpengaruh dalam tingkatan yang berbeda-beda. Parastesia bisa digambarkan sebagai rasa nyeri terbakar yang persisten; perasaan keberatan, kebas, kesemutan, atau rasa tertusuk; atau rasa sensasi yang meningkat. Gangguan pada propriosepsi (kemampuan untuk menerima hubungan antara

bagian tubuh dengan lingkungan luar) dan gangguan rasa bagian postural bisa terjadi dengan kondisi penurunan rasa pada sendi otot. Hal ini bisa berdampak sangat serius pada kemampuan klien untuk bergerak karena kurangnya kontrol keseimbangan dan gerakan yang tidak sesuai. Klien berisiko tinggi jatuh karena kecenderungan kesalahan posisi kaki pada saat berjalan.

12) Perubahan perilaku

Berbagai macam dari bagian-bagian otak yang membantu kontrol perilaku dan emosi. Korteks serebral berfungsi untuk menerjemahkan stimulus. Bagian temporal dan limbik memodifikasi atau mengontrol respons emosional terhadap stimulus. Hipotalamus dan kelenjar hipofisis mengoordinasi korteks motorik dan area bicara. Otak dapat dikatakan sebagai pengontrol emosi. Ketika otak tidak berfungsi sebagaimana mestinya, reaksi dan respons emosi menghambat fungsi kontrol tersebut.

Perubahan perilaku setelah stroke adalah hal yang sering terjadi. Orang dengan stroke pada bagian belahan otak serebral kiri, atau dominan, biasanya lambat, waspada, dan tidak teratur. Orang dengan stroke pada belahan otak bagian serebral kanan, atau nondominan, biasanya impulsif, estimasi terlalu tinggi pada kemampuan mereka, dan memiliki penurunan rentang perhatian yang akan meningkatkan terjadinya risiko cedera. Infark pada lobus frontal yang terjadi dari stroke pada arteri serebral anterior atau media dapat mengarah pada gangguan dalam ingatan, penilaian, pemikiran abstrak, pemahaman, kemampuan menahan diri, dan emosi.

13) Inkontinensia.

Stroke bisa menyebabkan disfungsi pada sistem pencernaan dan perkemihan. Salah satu tipe neurologi perkemihan adalah tidak dapat menahan kandung kemih, kadang terjadi setelah stroke. Saraf mengirim pesan kondisi kandung kemih yang penuh ke otak, tapi otak tidak mengartikan pesan ini dengan benar dan tidak meneruskan pesan untuk tidak mengeluarkan urine ke kandung kemih. Hal ini mengakibatkan kondisi sering berkemih, merasa sangat ingin buang air kecil, dan inkontinensia. Terkadang klien dengan tipe neurologi pada

pencernaan mengalami kesulitan dalam buang air besar.

Penyebab lain dari inkontinensia bisa karena kehilangan ingatan sementara, tidak ada perhatian, faktor-faktor emosional, ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan pada mobilitas fisik, dan infeksi. Durasi serta tingkat keparahan disfungsi tersebut bergantung pada luas dan lokasi infark (Black, 2014).

f. Faktor Resiko

a. Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi kronis dan tidak terkontrol akan memicu kekakuan dinding pembuluh darah kecil yang dikenal dengan mikroangiopati. Hipertensi juga akan memacu munculnya timbunan plak (plak aterosklerotik) pada pembuluh darah besar. Timbunan plak akan menyempitkan lumen/diameter pembuluh darah dan terlepas. Plak yang tidak stabil akan mudah ruptur/pecah dan terlepas. Plak yang terlepas meningkatkan resiko tersubatnya pembuluh darah otak yang lebih kecil.

b. Diabetes mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi arterosklerosis, terjadi arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyebabkan iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

c. Merokok

Merokok memacu peningkatan kekentalan darah, pengerasan dinding pembuluh darah dan penimbunan plak di dinding pembuluh darah.

d. Dislipidemia

Profil lemak seseorang ditemukan oleh kadar kolesterol darah, kolesterol LDL, kolesterol HDL, trigliserida dan Lp(a). Kolesterol dibentuk di dalam tubuh, yang terdiri dari dua bagian utama yaitu kolesterol LDL dan kolesterol HDL. Kolesterol LDL disebut kolesterol jahat yang membawa kolesterol dari hati ke dalam sel. Jumlah kolesterol LDL yang tinggi akan menyebabkan penimbunan kolesterol di dalam sel. Hal ini akan memacu timbulnya proses atherosclerosis (pengerasan dinding pembuluh darah arteri). Proses

atherosclerosis akan menimbulkan komplikasi pada organ jantung, otak dan ginjal.

Kolesterol HDL sering di sebut kolesterol baik yang membawa kolesterol dari sel ke hati. Kadar HDL yang rendah secara konsisten dihubungkan dengan peningkatan resiko penyakit jantung koroner dan stroke. Kadar HDL yang rendah memacu munculnya proses atherogenik (pembentukan plak di dinding pembuluh darah arteri).

e. Penyakit Kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongesif, MCI, hipertrofi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.

f. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Selain itu dapat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

- 1) Riwayat kesehatan keluarga adanya stroke
- 2) Umur (insiden meningkat sejalan dengan meningkatnya umur)
- 3) Stres Emosional (Pinzon, 2010).

g. Komplikasi

a. Kenaikan tekanan darah.

Keadaan ini biasanya merupakan mekanisme kompensasi dalam upaya mengejar kekurangan pasokan darah ditempat lesi. Oleh karena itu, kecuali bila menunjukkan nilai yang sangat tinggi (sistole > 220 atau diastole > 130) tekanan darah tidak perlu diturunkan, karena akan turun sendiri setelah 48jam. Pada penderita hipertensi kronis tekanan darah juga tidak perlu diturunkan segera.

b. Kadar gula darah

Penderita stroke seringkali merupakan penderita diabetes mellitus, sehingga kadar gula darah pasca stroke tinggi. Akan tetapi seringkali terjadi kenaikan gula darah penderita sebagai reaksi kompensasi, atau akibat mekanisme stress.

c. Gangguan jantung

Baik sebagai penyebab maupun sebagai komplikasi. Keadaan ini memerlukan perhatian khusus, karena seringkali memperburuk keadaan stroke bahkan sering merupakan penyebab kematian.

d. Gangguan respirasi

Baik akibat infeksi maupun akibat penekanan di pusat nafas.

e. Infeksi dan sepsis

Merupakan komplikasi stroke yang serius.

1) Gangguan ginjal dan hati

2) Perdarahan saluran makanan bagian atas

3) Kelainan cairan elektrolit asam dan basa (Darmojo, 2009)

h. Penatalaksanaan dan terapi

Penanganan stroke berupa terapi suportif untuk mengurangi dan mencegah kerusakan serebral lebih lanjut. Tindakan penanganan meliputi:

- 1) Penatalaksanaan tekanan intrakranial melalui pemantauan, hiperventilasi (untuk menurunkan tekanan parsial karbon dioksida arterial PaCO_2), pemberian diuretik osmotik (manitol untuk mengurangi edema serebri), dan kortikostereoid (deksametason) untuk mengurangi inflamasi serta edema serebri.
- 2) Pemberian preparat pelunak feses agar pasien tidak mengejan pada saat defekasi yang akan meningkatkan tekanan intracranial.
- 3) Pemberian antikonvulsan untuk mengatasi atau mencegah serangan kejang.
- 4) Pembedahan pada infark serebelum yang luas untuk mengangkat jaringan infark dan mengurangi tekanan (dekompresi) pada jaringan otak yang masih hidup.
- 5) Perbaikan aneurisma untuk mencegah perdarahan selanjutnya.
- 6) Angioplasti transluminal perkutaneus atau pemasangan *stent* untuk membuka pembuluh darah yang tersumbat

Pada stroke iskemik:

- a. Terapi trombolitik (tPA, alteplase [Activase]) dalam tiga jam pertama sesudah gejala. Terapi ini bertujuan melarutkan bekuan, menghilangkan oklusi dan memulihkan aliran darah sehingga kerusakan otak dapat dikurangi.

- b. Terapi antikoagulan (heparin, warfarin) untuk mempertahankan patensi pembuluh darah dan mencegah pembentukan bekuan lebih lanjut pada kasus-kasus stenosis karotis derajat tinggi atau pada penyakit kardiovaskuler yang baru terdiagnosis

Pada stroke hemoragik:

- Pemberian obat analgetik, seperti asetaminofen, untuk mengurangi keluhan sakit kepala yang menyertai stroke hemoragik (Kowalak, 2012).

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor – faktor (baik positif dan negatif) pada lanjut usia, serta untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan.

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan proses kompleks dan menantang yang harus mempertimbangkan kebutuhan lansia melalui pengkajian – pengkajian untuk menjamin pendekatan lansia spesifik.

Pengkajian keperawatan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik.

a. Anamnesis

Anamnesia pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

- 3) Riwayat penyakit sekarang
Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma.
- 4) Riwayat penyakit dahulu
Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat – obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat – obatan adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat – obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memerikan tindakan selanjutnya.
- 5) Riwayat penyakit keluarga
Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.
- 6) Pengkajian Psikososiospiritual
Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari – harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan

terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh).

Adanya perubahan hubungan dan peran klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan stress, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

b. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan – keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1 – B6) dengan focus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan – keluhan dari klien.

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda – tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

2) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

3) B2 (Blood)

Pengkajian sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan

darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg)/

4) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

a) Pengkajian tingkat kesadaran. Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yg paling penting membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indicator paling sensitive untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

b) Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

(1) Status mental. Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

(2) Fungsi intelektual. Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain famage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

- (3) Kemampuan bahasa. Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang mempengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dan girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitanbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat klien mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.
- (4) Lobus frontal. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka, depresi umur terjadi dan mungkin diperberat oleh repons alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.
- (5) Hemisfer. Stroke hemisfer kanan didapatkan hemiparise sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi korateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemisfer kiri, mengalami hemiparese kanan, perilaku lambat dan sangat hati – hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustrasi.

- c) Pengkajian saraf cranial. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf cranial I-XII.
- 1) Saraf I. biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
 - 2) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual – spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
 - 3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi otot – otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
 - 4) Saraf V, pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus
 - 5) Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
 - 6) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
 - 7) Saraf IX dan X. kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
 - 8) Saraf XI tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
 - 9) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat devias pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.
- d) Pengkajian sistem motorik. Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi

yang berlawanan dari otak

- 1) Inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain
 - 2) Fasikulasi. Didapatkan pada otot – otot ekstremitas.
 - 3) Tonus otot. Didapatkan meningkat.
 - 4) Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.
 - 5) Keseimbangan dan koordinasi. Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.
- e) Pengkajian refleks. Pemeriksaan refleks terdiri atas pemeriksaan refleks profunda dan pemeriksaan refleks patologis.
- 1) Pemeriksaan refleks profunda. Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respon normal
 - 2) Pemeriksaan refleks patologis. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.
Gerakan involunter. Tidak ditemukan adanya tremor, tik, dan distonia. Pada keadaan tertentu, klien biasanya mengalami kejang umum terutama pada anak dengan stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat area fokal kortikal yang peka.
- f) Pengkajian sistem sensorik. Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan konteks visual.
Gangguan hubungan visual – spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

5) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontenensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan kandung kemih karena kerusakan control motorik dan postural. Kadang control sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B5 (bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

7) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunteer terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunteer pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motorik atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda – tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegic, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat

(Muttaqin, 2008).

c. Pemeriksaan Diagnostik

1) Angiografi Serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vascular.

2) Lumbal Fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intracranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang massif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

3) CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infrak atau iskemia dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

4) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infrak akibat dari hemoragik.

5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak.

- d. Pemeriksaan Laboratorium
- 1) Pemeriksaan darah rutin.
 - 2) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
 - 3) Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
 - 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.
- (Muttaqin, 2008).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang singkat, tegas dan tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit tertentu yang aktual dan potensial yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

Diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke, meliputi:

- a. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
- c. Gangguan komunikasi verbal/nonverbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, kerusakan pada area wernick, kerusakan pada area broca.
- d. Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan berhubungan dengan deficit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

- f. Gangguan eliminasi bowel: konstipasi, diare, sehubungan dengan menurunnya kontrol volunter, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltik, immobilisasi.
- g. Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi
- h. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, penurunan ketajaman penglihatan (Tarwoto, 2007).

3. Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas meningkat 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Gerakan terbatas menurun	<p>➤ Dukungan mobilisasi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terauetik Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi Anjurkan mobilisasi dini</p>
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan muskuloskeletal dan kelemahan	Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat - Melakukan perawatan diri meningkat - Memertahankan kebersihan diri	<p>➤ Dukungan perawatan diri Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - monitor tingkat kemandirian

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <p>anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
3	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jatuh dari tempat tidur menurun 2. jatuh saat berjalan menurun 	<p>➤ Pencegahan jatuh Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor resiko jatuh - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Gunakan alat bantu berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

C. ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN MASALAH STROKE

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada klien dilakukan pada tanggal 4 – 6 Mei 2017 di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 2 Cengkareng.

a. Riwayat Kesehatan

- Identitas Klien

Nama : Tn. Marudin Silalahi
Alamat : Jalan Purwakarta, Jakarta Pusat
Tempat / tanggal lahir : Tarutung, 09 Oktober 1933
Suku / Agama : Batak / Kristen – Nasrani
Pendidikan : SLTA / Sederajat
Status Perkawinan : Duda, Cerai Mati Orang
Yang dapat di hubungi :-

- Riwayat Keluarga

Klien menikah dengan istrinya Ny. N yang asli orang bandung, kemudian dari pernikahan tersebut memiliki 3 orang anak, 2 laki – laki dan 1 perempuan. Namun anak perempuan klien telah meninggal dunia. Anak pertama klien bernama Tn. A berusia 30 tahun. Anak kedua bernama Tn. B berusia 25 tahun. Sekarang kedua anak klien tinggal di Medan.

- **Riwayat Pekerjaan**

Status pekerjaan saat ini, klien tidak bekerja, sebelumnya klien bekerja sebagai karyawan swasta dan ekspedisi. Sebelum putus dari pekerjaan dan sebelum istri klien meninggal dunia, penghasilan didapat dari pekerjaan klien sehari – hari. Sekarang pendapatan di dapatkan dari kedua anaknya namun penghasilan anak – anak digunakan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga anak – anak yang sudah menikah, sebagian digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari klien.

- **Riwayat Lingkungan Tempat Tinggal**

Sebelum tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Budhi Mulia 2 Cengkareng, klien tinggal di Medan dan kemudian pindah ke Jakarta tinggal bersama saudaranya yang berada di daerah Jakarta pusat.

- **Riwayat Rekreasi**

Kegiatan yang dilakukan klien sebelum tinggal di panti biasanya berkunjung ke rumah saudara - saudaranya. Hobbi dari klien adalah bermain bola dan bulu tangkis. Semenjak tinggal di panti klien selalu mengikuti jadwal yang sudah di sediakan oleh petugas panti. Keadaan panti menurut klien menyenangkan. Klien merasa bahagia tinggal di panti.

- **Status Kesehatan**

1) Status kesehatan saat ini

Kesehatan klien saat ini anggota gerak bagian kiri yang tidak dapat digunakan dan tidak dapat digerakkan, tangan bagian kiri lemah tidak bisa digunakan untuk kegiatan sehari – hari.

Apabila ingin mengangkat tangan kiri harus dibantu dengan tangan kanan, klien mengatakan mengalami stroke ± 2 tahun ini. Ekstermitas bawah klien pada bagian kiri lemah bila berjalan sedikit diseret.

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Sebelum menderita stroke, klien pernah menderita prostat selama 3 tahun. Klien sulit buang air kecil kemudian oleh pemuka agama dibawa ke Rumah Sakit Cikini untuk dilakukan operasi, setelah dilakukan operasi prostat klien mengalami sakit ginjal, klien menceritakan bahwa setelah operasi prostat dilakukan operasi batu ginjal di rumah sakit yang sama, baru

setelah itu klien menderita stroke sejak 2 tahun yang lalu, klien saat muda selalu merokok setiap hari dan hobi mengkonsumsi kopi hitam setiap hari.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan istrinya Ny. N meninggal dunia karena penyakit diabetes mellitus, dan orang tua klien meninggal karena menderita serangan jantung.

- **Pemenuhan Kebutuhan Sehari - hari**

1) Nutrisi

Dalam panti, klien makan 3x dalam sehari. Selalu menghabiskan makanan yang di sediakan oleh petugas panti dan selalu makan apapun makanan yang diberikan, namun klien kesulitan untuk mengunyah karena banyak gigi yang sudah lepas. Klien juga makan selalu berantakan. Gaya hidup klien selalu mengkonsumsi kopi hitam. Hingga saat ini terkadang klien masing mengkonsumsi kopi hitam.

2) Personal Hygiene

Klien mandi 1x sehari saat pagi hari, sore hari klien jarang mandi, saat sabun masih ada klien mandi menggunakan sabun, namun sudah 2 hari ini sabun habis sehingga mandi tidak menggunakan sabun, mencuci rambut menggunakan shampoo, menggosok gigi 1 x sehari. Klien tampak sudah bersih dan rapih. Rambut klien botak. Kuku jari tangan dan kuku jari kaki panjang, hitam dan kotor.

3) Aktivitas dan Istirahat

Aktivitas klien terhambat karena kelemahan dan keterbatasan anggota gerak badan kiri. Klien melakukan aktivitas secara mandiri namun secara terbatas dan pelan – pelan. Klien tidak menggunakan alat bantu, berjalan dengan perlahan dan berpegangan pada dinding. Pola tidur klien tidur 7 jam selama sehari, namun klien terkadang sehabis makan siang tidur 1 - 2 jam. Klien mengatakan buang air kecil pada saat malam hari hanya 1 - 2 kali saja.

4) Eliminasi

Pola eliminasi klien dalam sehari terkadang buang air besar 1 kali saja, terkadang tidak sama sekali dalam sehari. Pola buang air kecil klien tidak menentu \pm 5x dalam sehari, warna kuning

jernih.

5) Oksigenasi

Klien bernafas secara spontan. Pola nafas regular, frekuensi nafas 19 x / menit, tidak batuk dan tidak ada alergi.

6) Spiritual

Klien beragama Kristen dan selalu beribadah di hari senin dan kamis, sebelum masuk panti klien beribadah setiap hari minggu dan selalu mengikuti kebaktian ataupun kegiatan yang diadakan oleh gereja tempat klien beribadah. Klien selalu mengikuti siraman rohani yang diadakan sesuai jadwal oleh panti.

- **Tinjauan Sistem.**

1) Kondisi dari sistem tubuh yang ada Pada sistem neurologi klien terganggu

2) Masalah / gangguan pada sistem tubuh

Gangguan mobilitas fisik, personal hygiene dan resiko jatuh

3) Penggunaan protesa (tiruan)

Klien tidak menggunakan alat bantu tiruan apapun

b. Pengkajian Psikologi

- **Proses pikir** (lupa, bingung, pikun, curiga)

Saat ditanya atau dilakukan pengkajian wawancara klien tidak mampu menyebutkan waktu dan tanggal. Klien mampu menceritakan kembali kejadian di masa muda. Klien menceritakan kejadian yang baru saja terjadi, dan menceritakan tentang kejadian saat klien masih berjuang membela tanah air, klien juga bercerita tentang bagaimana pertama kali bertemu istrinya, dan bercerita tentang anak - anaknya.

- **Gangguan Perasaan** (depresi, wajah tanpa ekspresi, kelelahan, acuh tak acuh, mudah tersinggung).

Saat dilakukan pengkajian pada klien nampak kooperatif pada perawat, cukup terbuka dengan masalah yang di hadapi. Klien tidak mengalami gangguan perasaan, ekspresi klien sesuai dengan apa yang disampaikan.

- **Komunikasi** (penggunaan protesa, kesulitan berkomunikasi, putus asa, dll).

Klien tidak ada kesulitan saat berkomunikasi, namun terkadang harus menggunakan suara keras saat berbicara dengan klien,

sedikit tidak jelas saat bicara, bila berbicara klien sering mengeluarkan air liur.

- **Orientasi (tempat, waktu, dll)**

Orientasi klien terganggu pada orientasi waktu dan tanggal. Klien hanya dapat menyebutkan hari dan tahun pada saat pengkajian dan menyebutkan tempat yang saat ini di tempati di kamar wisma jeruk di Panti Social Tresna Werdha Budi Mulia 2, Cengkareng Jakarta – Barat.

- **Sikap klien terhadap lansia**

Klien mengatakan senang di panti, klien bersosialisasi dengan anggota panti yang lain dengan baik, namun klien belum banyak mengenal penghuni panti yang lain. Klien memandang dirinya orang tua yang sakit- sakitan dan dirinya hidup sendirian. Klien hanya ingin berbuat baik sesuai dengan perintah Tuhan Ny.

- **Mekanisme coping klien terhadap masalah yang ada**

Apabila ada masalah yang dihadapi klien tidak bercerita kepada siapapun, hanya berdoa pada Tuhan dan klien tidak ingin bermasalah dan tidak ingin menimbulkan masalah, hanya ingin menjadi orang baik dan berusaha menyelesaikan masalahnya sendiri ketika ada masalah.

c. Pengkajian Sosial Ekonomi

- Latar belakang klien

Klien dahulu bekerja sebagai karyawan swasta dan sebagai anggota ekspedisi. Semenjak istrinya meninggal klien tidak bekerja lagi, sebelum tinggal di panti, klien tinggal bersama saudaranya kemudian tinggal bersama pendeta dan sering mengikuti kebaktian dalam gereja dan bakti sosial yang di adakan oleh tempat ibadah. Frekuensi Hubungan Sehari – hari

1) Dengan Keluarga

Dalam hubungan keluarga klien sebelum tinggal di panti, klien tinggal bersama saudaranya namun setelah itu klien memilih meninggalkan saudaranya dan tinggal bersama pendeta, hubungan klien dengan anak – anak nya kurang komunikasi karena anak – anak nya tinggal jauh. kemudian setelah tidak tinggal bersama saudaranya klien tinggal di panti dan tidak memiliki siapapun lagi sudah sejak lama tinggal di panti.

- 2) Dengan Masyarakat
Hubungan klien dengan masyarakat yang tinggal di panti cukup baik, tidak ada masalah dengan orang lain di panti. Terkadang bersosialisasi dengan orang sekamar.
- 3) Aktivitas klien di panti
Setiap ada kegiatan panti, klien mengikuti dengan baik, klien terkadang berjalan keliling panti dan menggerakkan tangan kiri apabila tidak ada kegiatan lain, aktivitas di panti klien terjadwal dan selalu mengikuti kegiatan yang telah disediakan.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien:

- Pemeriksaan fisik umum
Keadaan Umum klien baik, kesadaran composmentis, mobilisasi secara mandiri namun sangat perlahan – lahan, tanda – tanda vital: TD 130/80 mmHg, nadi 80 x/ menit, suhu 36,0 °c, frekuensi nafas 19 x/menit, tinggi badan 162 cm dan berat badn 52 kg.
- Sistem penglihatan
Posisi mata simetris, konjungtiva anemis tidak ada benjolan, pupil isokor, fungsi penglihatan klien sedikit buram namun masih jelas melihat dekat dan jauh, klien dapat menggerakkan kedua bola mata ke bawah keatas kesamping kiri dan kanan.
- Sistem pendengaran
Normal, bentuk simetris, tidak ada lesi, pendengaran sedikit melemah, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada peradangan.
- Sistem pernafasan
Nafas secara spontan, jalan nafas bersih, tidak menggunakan otot bantu.
- Sistem wicara
Klien berbicara sedikit kurang jelas namun masih dapat dimengerti dan dipahami, klien apabila berbicara mengeluarkan air liur.
- Sistem kardiovaskuler
Denyut nadi kuat, nadi 80 x/menit, tekanan darah 130/80 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, tidak ada edema, pengisian kapilari refill < 2 detik. Irama jantung teratur, gerakan dada simetris, tidak ada kelainan bunyi jantung dan tidak ada

nyeri dada, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

- Sistem saraf pusat

Kesadaran klien komposmentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6, tidak ada peningkatan TIK, kelemahan pada bagian ekstermitas kiri atas dan bawah.

- Sistem pencernaan

Tidak ada distensi abdomen, teraba lembek, bising usus 8 x/menit, tidak ada caries gigi, terdapat gigi yang tanggal, tidak ada stomatitis.

- Sistem Musculoskeletal, kesulitan pergerakan karena kelemahan pada anggota gerak bagian kiri, berjalan harus dengan pelan – pelan.

Kekuatan otot

5 5 5 5	1 1 1 1

- Sistem integumen: turgor kulit elastis, akral hangat, bagian ekstermitas tampak bekas luka berwarna terdapat hitam – hitam.

- Pemeriksaan 12 saraf kranial:

- 1) Nervus I: penciuman normal, mampu mencium bau kopi, minyak kayu putih dan balsem.
- 2) Nervus II: normal, mampu mencocokkan pakaian sesuai dengan yang seharusnya namun memerlukan bantuan saat memakainya.
- 3) Nervus III, IV, VI: tidak ada masalah penglihatan, masih dapat menyebutkan angka yang diperagakan dengan jari tangan dalam jarak dengan maupun jauh, dan dapat menyebutkan benda – benda yang ditunjuk.
- 4) Nervus V: kemampuan mengunyah sedikit berkurang karena gigi yang tanggal.
- 5) Nervus VII: tidak ada masalah, area wajah klien masih normal tidak ada kelainan

b.

- 1) Nervus VIII: tidak ada masalah, klien masih mampu mendengar.
- 2) Nervus IX dan X: tidak ada masalah, masih mampu menelan dengan baik dan mampu membuka mulut dengan lebar
- 3) Nervus XI: tidak ada masalah
- 4) Nervus XII: pengecapan klien tidak ada masalah, masih mampu merasakan rasa makanan.

e. Informasi Penunjang

- Diagnosa Medis : Stroke
- Laboratorium : Gula darah sewaktu 110 mg /dl
Kolesterol 175 mg/dl
- Terapi Medis : -

f. Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<p>Klien mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan kiri tidak dapat digerakkan dan sakit saat diangkat. - Memiliki penyakit stroke sejak 2 tahun yang lalu dan riwayat operasi prostat dan batu ginjal. - Kesulitan berjalan dan apabila berjalan harus pelan – pelan dan berpegangan. - Aktivitas dilakukan secara mandiri namun dengan sangat perlahan. - Makan makanan yang disediakan oleh panti. - Kaki gatal dan sulit untuk digunakan berjalan. - Tangan kiri lemah dan tidak bisa digunakan. - Ingin dapat berjalan secara normal dan gatal hilang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik, composmentis. - Kesulitan berjalan, berjalan berpegangan pada dinding. - Makan sedikit berantakan dan kesulitan apabila mengambil air minum. - Gcs = 15 - Tanda – tanda vital: Tekanan darah: 130/80 mmHg - Frekuensi pernafasan 19 x/menit - Suhu tubuh 36,0 °c Nadi 80 x/menit - Mata simetris, sclera anikterik. - Tangan kiri tidak bisa digerakan. - Makan 3 x/hari. - Luka pada kaki kanan dan kiri karena di garuk –garuk. - Kulit kaki tampak kering.

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Mempunyai luka di bagian kaki kanan dan kiri. - Luka sudah 3 bulan yang lalu. - Luka gatal - gatal dan apabila gatal di garuk –garuk. 	<ul style="list-style-type: none"> - BAK dan BAB dapat dilakukan secara mandiri. - Saat melepas baju dibantu ringan dan memakai celana. Namun kesulitan bila memakai baju. - Banyak minum dan menghabiskan makanan. - Kuku tangan dan kuku kaki kotor dan panjang, hitam. - Berat badan 51 kg, Tinggi badan 162 cm. - Kekuatan otot 5555 1111 5555 1111 - Warna kulit bercak bercak hitam. - Bising usus 8x / menit. - Terdapat lesi pada kaki.

g. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif: a. Klien mengatakan tangan kiri tidak dapat di gerakkan, saat di angkat sakit. b. Klien mengatakan memiliki penyakit stroke sejak 2 tahun. c. Klien mengatakan kesulitan berjalan dan apabila berjalan harus pelan - pelan dan berpegangan.	Hambatan Mobilitas Fisik	Gangguanneuro muskuler.

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>d. Klien mengatakan aktivitas dilakukan secara mandiri namun dengan sangat perlahan.</p> <p>e. Klien mengatakan tangan kiri lemah dan tidak bisa digunakan.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Keadaan umum baik, composmentis.</p> <p>b. Kesulitan berjalan, saat berjalan berpegangan pada dinding.</p> <p>c. Makan sedikit</p> <p>d. berantakan dan kesulitan apabila mengambil minum.</p> <p>e. TD = 130/80 mmHg S = 36,0 °c N = 80 x/menit RR = 19 x/menit</p> <p>f. Mata simetris, sclera anikterik.</p> <p>g. Tangan kiri pergerakan terbatas.</p> <p>h. Sulit untuk diregangkan pada tangan kiri, dan kaki kiri mengalami kelemahan.</p> <p>i. Kekuatan otot 5 5 5 1 1 1 1 5 5 5 1 1 1 1</p>		

No	Data	Masalah	Etiologi
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan kesulitan dalam menggunting kuku kaki dan kuku jari tangan terutama jari tangan kanan. b. Klien mengatakan tidak memiliki gunting kuku. c. Klien mengatakan kaki gatal dan sulit untuk di gerakan. d. Klien mengatakan memiliki luka gatal di kaki kanan dan kiri. e. Klien mengatakan apabila gatal di garuk. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien memiliki kelemahan pada bagian kanan tangan dan kaki. b. Kuku tangan dan kaki terlihat panjang dan hitam. c. Kesulitan untuk makan, apabila makan berantakan d. Klien tampak kesulitan apabila memakai dan melepas baju. e. Klien BAK dan BAB membersihkan dengan tangan kanan. 	Defisit perawatan diri	Gangguan musculoskeletal, kelemahan.

No	Data	Masalah	Etiologi
	f. Melakukan hal / aktivitas hanya menggunakan satu tangan.		
3	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan memiliki penyakit stroke sejak 2 tahun yang lalu. b. Klien mengatakan kaki kiri lemah dan terasa sulit untuk dibawa berjalan. c. Klien mengatakan kesulitan berjalan dan apabila berjalan harus pelan – pelan dan berpegangan. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak kesulitan meluruskan tangan kanan dan kaki kirinya. b. Klien terdapat kelemahan ekstermitas di sebelah kiri. c. Tonus otot melemah pada kaki kiri. d. Klien tampak berjalan dengan perlahan dan terkadang berpegangan. e. Kekuatan otot 5 5 5 5 1 1 1 1 5 5 5 5 1 1 1 1 	Resiko jatuh	kekuatan otot kekuatan otot menurun

No	Data	Masalah	Etiologi
	f. Klien tampak berpegangan saat berjalan dan berjalan pelan – pelan. g. Klien berjalan h. menggunakan kaki kanan dengan dominan.		

h. Care Plane

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Nyeri menurun Gerakan terbatas menurun	<p>➤ Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terauetik</p> <p>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan mobilisasi dini</p>	<p>Hari/ Tgl Kamis/ 4 Mei 10.00 WIB</p> <p>Do: Klien dibantu pergerakan sedikit demi sedikit Kekuatan otot 5 5 5 5 1 1 1 1 55 5 5 1 1 1 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan klien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan bila diperlukan - Ds: Klien mengatakan bila ingin merubah posisi secara perlahan dan berpegangan <p>10.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do: Klien tampak menunjukkan adanya peningkatan aktivitas seperti cara bangun dan cara berjalan - Menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstermitas yang tidak 	<p>Hari Sabtu/6 Mei 2017 15.00WIB</p> <p>S: Klien mengatakan mampu berjalan dan bangun, mengerjakan kaki dan tangan kiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melatih gerak dan jarang melakukan ROM. - Klien mengatakan dapat merubah posisi - Klien mengatakan mampu mengangkat tangan yang lemah secara mandiri dengan perlahan <p>O: Klien tampak mampu menggerakkan ekstermitas, adanya peningkatan pergerakan mobilisasi Klien tampak tidak ada keinginan dan kesadaran untuk latihan ROM</p> <p>Kekuatan otot 5 5 5 5 1 1 1 1 5 5 5 5 1 1 1 1</p>

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
				sakit untuk menyokong yang lemah <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan bila menggerakkan tangan kiri harus dibantu tangan kanan - Do: Klien melakukan apa yang telah dianjurkan 	A: Masalah teratasi sebagian P: Modifikasi rencana Keperawatan Motivasi klien untuk latihan gerak aktif dan pasif, pergerakan sendi, ROM
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan muskuloskeletal dan kelemahan	Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan diri meningkat - Memertahankan kebersihan diri 	<p>➤ Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - monitor tingkat kemandirian <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <p>anjurkan melakukan perawatan diri secara</p>	<p>Kamis/ 4 Mei/09.00WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda-tanda vital klien Ds: - Do: TD = 130/80 mmHg, Frekuensi nafas= 19 x/menit, nadi = 80 x/menit, suhu = 36°c - Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan pemenuhan kebutuhan sehari – hari <p>11.00WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan bila BAK dan BAB dilakukan sendiri, makan dan mandi bisa sendiri namun tidak bisa memotong kuku sendiri 	S: Klien mengatakan mampu melakukan kebutuhan sehari– hari secara mandiri Klien mengatakan sudah mandi <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan menjaga kebersihan diri dengan baik O: Klien mengatakan melakukan perawatan dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melakukan aktifitas secara mandiri Adanya perubahan yang baik dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari - Membantu mengunting kuku nail care dan skin

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
			konsisten sesuai kemampuan	<ul style="list-style-type: none"> - Do: Klien tampak makan sendiri namun berantakan, kuku kaki dan tangan tampak panjang dan hitam - Membantu dalam personal hygiene (nail care, skin care) <p>11.20WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: - - Do: Memotong kuku tangan, kuku kaki Memberikan olive oil pada kulit kaki - Memotivasi klien untuk menjaga kebersihan diri <p>11.25WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan sebelum makan mencuci tangan, mandi sehari 2x kadang hanya sekali dalam sehari - Do: Klien tampak melakukan apa yang diinformasikan - Memberikan isyarat dan pengawasan yang ketat 	<p>care Kuku kaki dan kuku tangan sudah dipotong</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan aktifitas sesuai kemampuan <p>A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi keperawatan Motivasi untuk tetap menjaga personal hygiene dan kebersihan diri serta perawatan kebutuhan sehari-hari</p>

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
				11.30WIB - Ds: - - Do: Memberikan aba-aba atau pengarahannya apabila klien melakukan suatu tindakan	
3	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun <ol style="list-style-type: none"> 1. jatuh dari tempat tidur menurun 2. jatuh saat berjalan menurun 	<p>➤ Pencegahan jatuh Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor resiko jatuh - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terautik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Gunakan alat bantu berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin <p style="text-align: center;">c.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berkonsentrasi untuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kemampuan klien dalam berdiri dan berjalan <p>09.00WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan ketika bangun dan berjalan secara perlahan - Do: Klien tampak perlahan dan kesulitan Bangun - Memberikan pencahayaan yang cukup <p>11.00WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: - - Do: Menyalakan lampu kamar klien - Mengajarkan klien untuk menggunakan alat bantu saat mobilisasi (berjalan) 	<p>16.00 WIB</p> <p>S: Klien mengatakan bila berdiri bangun dengan perlahan Klien mengatakan melakukan pergerakan dengan bertahap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selalu memakai alas kaki untuk menghindari lantai licin <p>O: Klien tampak bangun berdiri secara perlahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan pergerakan sendi ekstermitas atas dan bawah - Klien tampak memakai alas kaki ketika berjalan <p>A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi keperawatan Motivasi klien untuk selalu memakai alas kaki saat berjalan</p>

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
			menjaga keseimbangan tubuh	<p>11.20WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan hanya ingin berpegangan pada dinding, tidak ingin menggunakan alat bantu (trypot) - Do: Klien tampak berpegangan pada Dinding - Membantu klien dalam pergerakan sendi, batasan-batasan pergerakan sendi <p>11.25WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan jari tangan kiri sulit untuk digerakkan dan sakit bila digerakkan - Do: Klien tampak kesulitan mengerakkan jari tangan kiri dan mengerakkan secara perlahan - Menganjurkan klien untuk selalu memakai alas kaki ketika berjalan 	Anjurkan klien untuk selalu berhati-hati saat melakukan aktivitas Anjurkan klien memakai alat bantu saat berjalan

No	Dx keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	evaluasi
				11.30WIB <ul style="list-style-type: none"> - Ds: Klien mengatakan bila berjalan sekarang sudah menggunakan alat kaki - Do: Klien tampak menggunakan sandal 	

Bab X

KONSEP DASAR DAN ASUHAN KEPERAWATAN GOUT ARTHRITIS PADA LANSIA

A. DEFINISI

Gout Arthritis merupakan salah satu penyakit inflamasi sendi yang paling sering ditemukan yang ditandai dengan penumpukan Kristal Monosodium Urat di dalam ataupun di sekitar persendian. Monosodium Urat ini berasal dari metabolisme Purin. Hal penting yang mempengaruhi penumpukan Kristal Urat adalah Hiperurisemia dan supersaturasi jaringan tubuh terhadap Asam Urat. Apabila kadar Asam Urat di dalam darah terus meningkat dan melebihi batas ambang saturasi jaringan tubuh, penyakit Gout Arthritis ini akan memiliki manifestasi berupa penumpukan Kristal Monosodium Urat secara Mikroskopis maupun Makroskopis berupa Tofi (Zahara, 2013).

Gout Arthritis adalah penyakit sendi yang diakibatkan oleh tingginya kadar Asam Urat dalam darah. Kadar Asam Urat yang tinggi dalam darah melebihi batas normal yang menyebabkan penumpukan Asam Urat di dalam persendian dan organ lainnya (Susanto, 2013). Jadi, dari definisi di atas maka Gout Arthritis merupakan penyakit inflamasi sendi yang diakibatkan oleh tingginya kadar Asam Urat dalam darah, yang ditandai dengan penumpukan Kristal Monosodium Urat di dalam ataupun di sekitar persendian berupa Tofi.

B. ETIOLOGI

Secara garis besar penyebab terjadinya Gout Arthritis disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder, faktor primer 99% nya belum diketahui (Idiopatik). Namun, diduga berkaitan dengan kombinasi

faktor genetik dan faktor hormonal yang menyebabkan gangguan metabolisme yang dapat mengakibatkan peningkatan produksi Asam Urat atau bisa juga disebabkan oleh kurangnya pengeluaran Asam Urat dari tubuh. Faktor sekunder, meliputi peningkatan produksi Asam Urat, terganggunya proses pembuangan Asam Urat dan kombinasi kedua penyebab tersebut. Umumnya yang terserang Gout Arthritis adalah pria, sedangkan perempuan persentasenya kecil dan baru muncul setelah Menopause. Gout Arthritis lebih umum terjadi pada laki-laki, terutama yang berusia 40-50 tahun (Susanto, 2013).

Menurut Fitiana (2015) terdapat faktor resiko yang mempengaruhi *Gout Arthritis* yaitu:

1. Usia

Pada umumnya serangan Gout Arthritis yang terjadi pada laki-laki mulai dari usia pubertas hingga usia 40-69 tahun, sedangkan pada wanita serangan Gout Arthritis terjadi pada usia lebih tua dari pada laki-laki, biasanya terjadi pada saat Menopause. Karena wanita memiliki hormon estrogen, hormon inilah yang dapat membantu proses pengeluaran Asam Urat melalui urin sehingga Asam Urat didalam darah dapat terkontrol.

2. Jenis kelamin

Laki-laki memiliki kadar Asam Urat yang lebih tinggi dari pada wanita, sebab wanita memiliki hormon estrogen.

3. Konsumsi Purin yang berlebih

Konsumsi Purin yang berlebih dapat meningkatkan kadar Asam Urat di dalam darah, serta mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin.

4. Konsumsi alkohol

5. Obat-obatan

Serum Asam Urat dapat meningkat pula akibat Salisitas dosis rendah (kurang dari 2-3 g/hari) dan sejumlah obat Diuretik, serta Antihipertensi.

C. GAMBARAN KLINIS

1. *Gout Arthritis Akut*

Gout Arthritis banyak ditemukan pada laki-laki setelah usia 30 tahun, sedangkan pada perempuan terjadi setelah Menopaus. Hal ini disebabkan kadar Usam Urat laki-laki akan meningkat setelah pubertas, sedangkan pada perempuan terdapat hormon estrogen yang berkurang setelah Menopaus (Asikin, 2016). Gout Arthritis Akut biasanya bersifat Monoartikular dan ditemukan pada sendi MTP ibu jari kaki, pergelangan kaki dan jari tangan. Nyeri sendi hebat yang terjadi mendadak merupakan ciri khas yang ditemukan pada Gout Arthritis Akut. Biasanya, sendi yang terkena tampak merah, licin, dan bengkak. Klien juga menderita demam dan jumlah sel darah putih meningkat. Serangan Akut dapat diakibatkan oleh tindakan pembedahan, trauma lokal, obat, alkohol dan stres emosional serangan Gout Arthritis Akut biasanya dapat sembuh sendiri. Sebagian besar gejala serangan Akut akan berulang setelah 10-14 hari walaupun tanpa pengobatan (Asikin, 2016).

Perkembangan serangan Gout Arthritis Akut biasanya merupakan kelanjutan dari suatu rangkaian kejadian. Pertama, biasanya terdapat Supersaturasi Urat dalam plasma dan cairan tubuh. Hal ini diikuti dengan pengendapan Kristal Asam Urat. Serangan Gout Arthritis yang berulang juga dapat merupakan kelanjutan trauma lokal atau ruptur Tofi (endapan natrium urat). Kristalisasi dan endapan Asam Urat merangsang serangan Gout Arthritis. Kristal Asam Urat ini merangsang respon fagositosis oleh leukosit dan saat leukosit memakan Kristal Urat tersebut, makarespon mekanisme peradangan lain akan terangsang. Respon peradangan dipengaruhi oleh letak dan besar endapan Kristal Asam Urat. Reaksi peradangan yang terjadi merupakan proses yang berkembang dan memperbesar akibat endapan tambahan Kristal dari serum. Periode tenang antara serangan Gout Arthritis Akut dikenal dengan nama Gout Interkritikal (Asikin, 2016).

2. *Gout Arthritis Kronis*

Serangan Gout Arthritis Akut yang berulang dapat menyebabkan Gout Arthritis Kronis yang bersifat Poliartikular. Erosi sendi akibat Gout Arthritis Kronis menyebabkan nyeri kronis, kaku dan Deformitas.

Akibat adanya Kristal Urat, maka terjadi peradangan Kronis. Sendi yang membengkak akibat Gout Arthritis Kronis seringkali membesar dan membentuk Nodular. Serangan Gout Arthritis Akut dapat terjadi secara simultan disertai dengan gejala Gout Arthritis Kronis. Pada Gout Arthritis Kronis sering kali ditemukan Tofi. Tofi merupakan kumpulan Kristal Urat pada jaringan lunak. Tofi dapat ditemukan di bursa olecranon, tendon achilles, permukaan ekstensor dari lengan bawah, bursa infrapatella dan helix telinga (Asikin, 2016).

D. MANIFESTASI KLINIS

Terdapat empat stadium perjalanan klinis Gout Arthritis yang tidak diobati (Nurarif, 2015) diantaranya:

1. Stadium pertama adalah Hiperurisemia Asimtomatik. Pada stadium ini Asam Urat serum meningkat dan tanpa gejala selain dari peningkatan Asam Urat serum.
2. Stadium kedua Gout Arthritis Akut terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi Metatarsofalangeal.
3. Stadium ketiga setelah serangan Gout Arthritis Akut adalah tahap Interkritikal. Tidak terdapat gejala-gejala pada tahap ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan Gout Arthritis berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.
4. Stadium keempat adalah tahap Gout Arthritis Kronis, dengan timbunan Asam Urat yang terus meluas selama beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan Kronis akibat Kristal-kristal Asam Urat mengakibatkan nyeri, sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi.

E. PATOFISIOLOGI

Adanya gangguan metabolisme Purin dalam tubuh, intake bahan yang mengandung Asam Urat tinggi dan sistem ekskresi Asam Urat yang tidak adekuat akan menghasilkan akumulasi Asam Urat yang berlebihan di dalam plasma darah (Hiperurisemia), sehingga mengakibatkan Kristal Asam Urat menumpuk dalam tubuh.

Penimbunan ini menimbulkan iritasi lokal dan menimbulkan respon Inflamasi (Sudoyo, dkk, 2009).

Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan Gout Arthritis. Salah satunya yang telah diketahui peranannya adalah konsentrasi Asam Urat dalam darah. Mekanisme serangan Gout Arthritis Akut berlangsung melalui beberapa fase secara berurutan yaitu, terjadinya Presipitasi Kristal Monosodium Urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sonovium, jaringan para-artikuler misalnya bursa, tendon, dan selaputnya. Kristal Urat yang bermuatan negatif akan dibungkus oleh berbagai macam protein. Pembungkusan dengan IgG akan merangsang netrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal. Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi Fagositosis Kristal oleh leukosit (Nurarif, 2015).

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk Fagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling oleh kristal dan membran leukositik lisosom yang dapat menyebabkan kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan Kristal membran lisosom. Peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan (Nurarif, 2015).

Saat Asam Urat menjadi bertumpuk dalam darah dan cairan tubuh lain, maka Asam Urat tersebut akan mengkristal dan akan membentuk garam-garam urat yang akan berakumulasi atau menumpuk di jaringan konektif di seluruh tubuh, penumpukan ini disebut Tofi. Adanya Kristal akan memicu respon inflamasi akut dan netrofil melepaskan lisosomnya. Lisosom ini tidak hanya merusak jaringan tetapi juga menyebabkan inflamasi. Serangan Gout Arthritis Akut awalnya biasanya sangat sakit dan cepat memuncak. Serangan ini meliputi hanya satu tulang sendi. Serangan pertama ini timbul rasa nyeri berat yang menyebabkan tulang sendi terasa panas dan merah. Tulang sendi Metatarsophalangeal biasanya yang paling pertama terinflamasi, kemudian mata kaki, tumit, lutut dan tulang sendi pinggang. Kadang-

kadang gejala yang dirasakan disertai dengan demam ringan. Biasanya berlangsung cepat tetapi cenderung berulang (Sudoyo, dkk, 2009).

Periode Interkritikal adalah periode dimana tidak ada gejala selama serangan Gout Arthritis. Kebanyakan penderita mengalami serangan kedua pada bulan ke-6 sampai 2 tahun setelah serangan pertama. Serangan berikutnya disebut dengan Poliartikular yang tanpa kecuali menyerang tulang sendi kaki maupun lengan yang biasanya disertai dengan demam. Tahap akhir serangan Gout Arthritis Akut atau Gout Arthritis Kronik ditandai dengan Polyarthritis yang berlangsung sakit dengan Tofi yang besar pada kartilago, membrane sinovial, tendon dan jaringan halus. Tofi terbentuk di jari tangan, kaki, lutut, ulna, helices pada telinga, tendon achilles dan organ internal seperti ginjal (Sudoyo, dkk, 2009).

F. PENATALAKSANAAN

Menurut Nurarif (2015) Penanganan *Gout Arthritis* biasanya dibagi menjadi penanganan serangan Akut dan penanganan serangan kronis. Ada 3 tahapan dalam terapi penyakit ini:

1. Mengatasi serangan Gout Arthritis Akut.
2. Mengurangi kadar Asam Urat untuk mencegah penimbunan Kristal Urat pada jaringan, terutama persendian.
3. Terapi mencegah menggunakan terapi Hipourisemik

a. Terapi Non Farmakologi

Terapi non-farmakologi merupakan strategi esensial dalam penanganan Gout Arthritis, seperti istirahat yang cukup, menggunakan kompres hangat, modifikasi diet, mengurangi asupan alkohol dan menurunkan berat badan.

b. Terapi Farmakologi

Penanganan Gout Arthritis dibagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan serangan kronis.

1) Serangan Akut

Istirahat dan terapi cepat dengan pemberian NSAID, misalnya Indometasin 200 mg/hari atau Diklofenak 150 mg/hari, merupakan terapi lini pertama dalam menangani serangan Gout Arthritis Akut, asalkan tidak ada kontra indikasi terhadap NSAID. Aspirin harus dihindari karena

eksresi Aspirin berkompetisi dengan Asam Urat dan dapat memperparah serangan Gout Arthritis Akut. Keputusan memilih NSAID atau Kolkisin tergantung pada keadaan klien, misalnya adanya penyakit penyerta lain atau Komorbid, obat lain juga diberikan klien pada saat yang sama dan fungsi ginjal. Obat yang menurunkan kadar Asam Urat serum (Allopurinol dan obat Urikosurik seperti Probenesid dan Sulfinpirazon) tidak boleh digunakan pada serangan Akut (Nurarif, 2015).

Obat yang diberikan pada serangan Akut antara lain:

a) NSAID

NSAID merupakan terapi lini pertama yang efektif untuk klien yang mengalami serangan Gout Arthritis Akut. Hal terpenting yang menentukan keberhasilan terapi bukanlah pada NSAID yang dipilih melainkan pada seberapa cepat terapi NSAID mulai diberikan. NSAID harus diberikan dengan dosis sepenuhnya (full dose) pada 24-48 jam pertama atau sampai rasa nyeri hilang. Indometasin banyak diresepkan untuk serangan Akut Gout Arthritis, dengan dosis awal 75-100 mg/hari. Dosis ini kemudian diturunkan setelah 5 hari bersamaan dengan meredanya gejala serangan Akut. Efek samping Indometasin antara lain pusing dan gangguan saluran cerna, efek ini akan sembuh pada saat dosis obat diturunkan. NSAID lain yang umum digunakan untuk mengatasi Gout Arthritis Akut adalah:

- (1) Naproxen – awal 750 mg, kemudian 250 mg 3 kali/hari.
- (2) Piroxicam – awal 40 mg, kemudian 10-20 mg/hari.
- (3) Diclofenac – awal 100 mg, kemudian 50 mg 3 kali/hari selama 48 jam. Kemudian 50 mg dua kali/hari selama 8 hari.

b) COX-2 Inhibitor

Etoricoxib merupakan satu-satunya COX-2 Inhibitor yang dilisensikan untuk mengatasi serangan Gout Arthritis Akut. Obat ini efektif tapi cukup mahal, dan bermanfaat terutama untuk klien yang tidak tahan terhadap efek Gastrointestinal NSAID Non-Selektif. COX-2 Inhibitor

mempunyai resiko efek samping Gastrointestinal bagian atas yang lebih rendah dibanding NSAID non selektif.

c) Colchicine

Colchicine merupakan terapi spesifik dan efektif untuk serangan Gout Arthritis Akut. Namun dibanding NSAID kurang populer karena awal kerjanya (onset) lebih lambat dan efek samping lebih sering dijumpai.

d) Steroid

Strategi alternatif selain NSAID dan Kolkisin adalah pemberian Steroid Intra-Articular. Cara ini dapat meredakan serangan dengan cepat ketika hanya 1 atau 2 sendi yang terkena namun, harus dipertimbangkan dengan cermat diferensial diagnosis antara Gout Arthritis Sepsis dan Gout Arthritis Akut karena pemberian Steroid Intra-Articular akan memperburuk infeksi.

2) Serangan Kronis

Kontrol jangka panjang Hiperurisemia merupakan faktor penting untuk mencegah terjadinya serangan Gout Arthritis Akut, Gout Tophaceous Kronis, keterlibatan ginjal dan pembentukan batu Asam Urat. Kapan mulai diberikan obat penurun kadar Asam Urat masih kontroversi. Penggunaan Allopurinol, Urikourik dan Febxostat (sedang dalam pengembangan) untuk terapi Gout Arthritis Kronis akan dijelaskan berikut ini:

a) Allopurinol

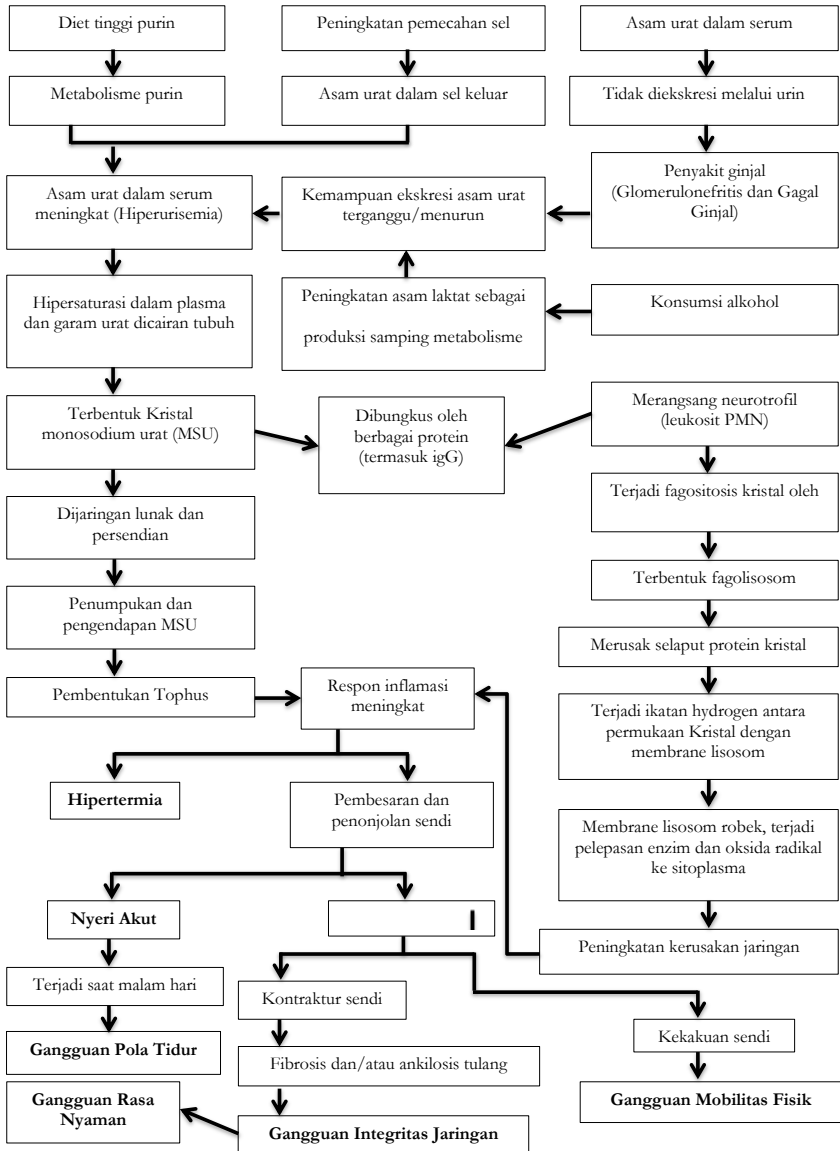
Obat Hipourisemik, pilihan untuk Gout Arthritis Kronis adalah Allopurinol. Selain mengontrol gejala, obat ini juga melindungi fungsi ginjal. Allopurinol menurunkan produksi Asam Urat dengan cara menghambat Enzim Xantin Oksidase. Dosis pada klien dengan fungsi ginjal normal dosis awal Allopurinol tidak boleh melebihi 300 mg/24 jam. Respon terhadap Allopurinol dapat terlihat sebagai penurunan kadar Asam Urat dalam serum pada 2 hari setelah terapi dimulai dan maksimum setelah 7-10 hari. Kadar Asam Urat dalam serum harus dicek setelah 2-3 minggu penggunaan Allopurinol untuk meyakinkan turunnya kadar Asam Urat.

b) Obat Urikosurik

Kebanyakan klien dengan Hiperurisemia yang sedikit mengekskresikan Asam Urat dapat diterapi dengan obat Urikosurik. Urikosurik seperti Probenesid (500mg-1 g 2x/hari) dan Sulfinpirazon (100mg 3-4 kali/hari) merupakan alternative Allopurinol. Urikosurik harus dihindari pada klien Nefropati Urat yang memproduksi Asam Urat berlebihan. Obat ini tidak efektif pada klien dengan fungsi ginjal yang buruk (Klirens Kreatinin <20-30 ml/menit). Sekitar 5% klien menggunakan Probenesid jangka lama mengalami mual, nyeri ulu hati, kembung atau konstipasi (Nurarif, 2015).

G. ATHWAY GOUT ARTHRITIS

Sumber: (Nurarif, 2015)



Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan *Gout Arthritis*

A. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien (Iqbal dkk, 2011). Fokus pengkajian pada Lansia dengan Gout Arthritis:

1. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menonjol pada klien Gout Arthritis adalah nyeri dan terjadi peradangan sehingga dapat mengganggu aktivitas klien.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan adanya keluhan nyeri yang terjadi di otot sendi. Sifat dari nyerinya umumnya seperti pegal/di tusuk-tusuk/panas/di tarik-tarik dan nyeri yang dirasakan terus menerus atau pada saat bergerak, terdapat kekakuan sendi, keluhan biasanya dirasakan sejak lama dan sampai mengganggu pergerakan dan pada Gout Arthritis Kronis didapatkan benjolan atau Tofi pada sendi atau jaringan sekitar.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita oleh klien, apakah keluhan penyakit Gout Arthritis sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien Gout Arthritis disertai dengan Hipertensi.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adakah riwayat Gout Arthritis dalam keluarga.

6. Riwayat Psikososial

Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang diderita dan penyakit klien dalam lingkungannya. Respon yang didapat meliputi adanya kecemasan individu dengan rentan variasi tingkat kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri dan kurang pengetahuan akan program pengobatan dan perjalanan penyakit. Adanya perubahan aktivitas fisik akibat adanya nyeri

dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptif.

7. Riwayat Nutrisi

Kaji riwayat nutrisi klien apakah klien sering mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi Purin.

8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (head to toe). Pemeriksaan fisik pada daerah sendi dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Inspeksi yaitu melihat dan mengamati daerah keluhan klien seperti kulit, daerah sendi, bentuknya dan posisi saat bergerak dan saat diam. Palpasi yaitu meraba daerah nyeri pada kulit apakah terdapat kelainan seperti benjolan dan merasakan suhu di daerah sendi dan anjurkan klien melakukan pergerakan yaitu klien melakukan beberapa gerakan bandingkan antara kiri dan kanan serta lihat apakah gerakan tersebut aktif, pasif atau abnormal.

9. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Asam Urat meningkat dalam darah dan urin.
- b. Sel darah putih dan laju endap darah meningkat (selama fase akut).
- c. Pada aspirasi cairan sendi ditemukan kristal urat.
- d. Pemeriksaan Radiologi.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian, diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial) (Iqbal dkk, 2011).

Menurut NANDA (2015) diagnosa yang dapat muncul pada klien Gout Arthritis yang telah disesuaikan dengan SDKI (2017) adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, keengganan melakukan pergerakan, kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri persendian

C. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. (Iqbal dkk, 2011). Berikut adalah Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. (Iqbal dkk, 2011). Berikut perencanaan menggunakan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) 2018:

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	MANAJEMEN NYERI Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Nafsu makan membaik	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat analgetik, <i>jika perlu</i></p>
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, keengganan melakukan pergerakan, kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentan gerak (ROM) meningkat 	<p>DUKUNGAN AMBULASI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	<p><i>Terapetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri persendian	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka pola tidur	<p>DUKUNGAN TIDUR</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		<p>membalik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik, dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, the, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), <i>jika perlu</i>. 4. Identifikasi obat tidur yang digunakan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, matras, dan tempat tidur. 2. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Tetapkan jadwal tidur rutin 6. Lakukan prosedur untuk meningkatkan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<p>kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi)</p> <p>7. Seusaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN *GOUT ARTHRITIS* PADA Ny. D.A

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. W.P
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 62 thn
Status Perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Pendidikan : Belum tamat SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Tanggal Pengkajian : 03 Agustus 202
Alamat : Kelurahan Paal 2 Lingk I.
Kecamatan Paal 2 Manado

Keluarga yang bisa dihubungi

Nama : Tn. D.A
Alamat : Paal 2 Lingkungan 1
No. Telp : 0852-4278-7125
Hubungan dengan klien : Suami

1. Riwayat pekerjaan dan status klien

Pekerjaan saat ini : IRT

Sumber pendapatan: Sumber pendapatan pasien dari suaminya.

2. Aktivitas Rekreasi

Hobi : -

Bepergian/ wisata : Pasien mengatakan tidak pernah berpergian kemana mana karena merasa dirinya sudah tua, dan sulit jika untuk berpergian.

Keanggotaan organisasi : Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu mengikuti kegiatan keorganisasian masyarakat seperti pengajian di masjid dan masjid taklim.

B. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi
 - Frekuensi makan : 3 kali sehari
 - Nafsu makan : Baik
 - Jenis makanan : Nasi, Lauk, Sayur, Buah (kadang)
 - Alergi terhadap makanan: Tidak ada
 - Pantangan makan : Tidak ada
2. Eliminasi
 - Frekuensi BAK : 3-4 kali /hari
 - Kebiasaan BAK pada malam hari : 1 kali
 - Keluhan yang berhubungan dengan BAK : Tidak ada
 - Frekuensi BAB : 1 kali sehari
 - Konsistensi : Padat
 - Keluhan yang berhubungan dengan BAB : Tidak ada
3. Personal Higene
 - a. Mandi
 - Frekuensi mandi : 2 kali sehari
 - Pemakaian sabun (ya/ tidak) : Ya
 - b. Oral Higiene
 - Frekuensi dan waktu gosok gigi : 2 kali sehari
 - Penggunaan pasta gigi (ya/ tidak) : Ya
 - c. Cuci rambut
 - Frekuensi : 2 kali sehari
 - Penggunaan shampoo (ya/ tidak) : Ya
 - d. Kuku dan tangan
 - Frekuensi gunting kuku : 1 kali seminggu
 - Kebiasaan mencuci tangan : Ya
4. Istirahat dan tidur
 - Lama tidur malam : ± 7-8 jam
 - Tidur siang : 2 jam
 - Keluhan yang berhubungan dengan tidur :
 - Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena nyeri di kedua kaki.
5. Kebiasaan mengisi waktu luang
 - Olahraga : Tidak ada
 - Nonton TV : Ya
 - Berkebun/ memasak : Ya

6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan
- | | |
|--|---------|
| Merokok (ya/ tidak) | : Tidak |
| Minuman keras (ya/ tidak) | : Tidak |
| Ketergantungan terhadap obat (ya/ tidak) | : Tidak |

C. STATUS KESEHATAN

1. Status Kesehatan Saat ini
 - a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir:
 Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu kedua kaki dan lutut terasa nyeri
 P : Asam Urat
 Q : Nyeri seperti di tusuk tusuk – tusuk
 R : Nyeri di bagian kedua kaki dan lutut
 S : 5 – 6 (sedang)
 T : nyeri saat istirahat dan aktifitas
 Merasa pusing ketika ingin melakukan aktifitas, pasien sudah kontrol ke pelayanan kesehatan namun ketika obatnya habis merasa sakit lagi.
 - b. Gejala yang dirasakan : sakit di kedua kaki.
 - c. Faktor pencetus : Usia
 - d. Timbulnya keluhan : () mendadak (√) bertahap
 - e. Waktu timbulnya keluhan : Tidak menentu
 - f. Upaya mengatasi : Periksa ke dokter
2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
 - a. Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asam urat sejak kurang lebih 3 tahun yang lalu
 - b. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll) :
Tidak ada
 - c. Riwayat kecelakaan :
Tidak ada
 - d. Riwayat dirawat di rumah sakit :
Ya
 - e. Riwayat pemakaian obat :
Ada (obat asam urat)

3. Pengkajian/ Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan Umum: Baik
 - b. TTV
 - TD: 120/90 mmHg
 - Nadi: 88 x/m
 - RR: 20 x/m.....
 - Suhu: 36,2 °C
 - c. BB: 68 Kg.....
TB: 154 cm
 - d. Kepala: bentuk kepala normal, tidak ada lesi, rambut tampak lepek, warna rambut hitam beruban.
 - e. Mata: Bentuk simetris, sclera an ikterik, pasien jika membaca harus menggunakan alat bantu penglihatan yaitu dengan kaca mata.
 - f. Telinga: Bentuk simetris, fungsi pendengaran terkadang mengalami gangguan.
 - g. Mulut, gigi dan bibir: Mukosa bibir lembab, gigi sudah ada yang lepas kurang lebih 6-7 gigi, gigi palsu (+), terlihat sedikit kotor.
 - h. Dada: Normal
 - i. Abdomen: Normal
 - j. Kulit: Kulit bersih, warna sawo matang, sedikit berkeriput, kulit sedikit kering
 - k. Ekstremitas atas: Tidak ada edema, tidak ada kelemahan di ekstermitas atas.
 - l. Ekstremitas bawah: tidak ada edema, akril hangat, kedua kaki dan lutut terasa nyeri pegal-pegal terasa kesemutan, sulit untuk melakukan aktifitas.

.....

D. HASIL PENGKAJIAN KHUSUS

1. Masalah Kesehatan Kronis : Tidak ada masalah kesehatan kronis s.d masalah kesehatan kronis ringan
2. Fungsi Kognitif : Tidak ada gangguan
3. Status fungsional : Mandiri
4. Status Psikologis (skala depresi) : Normal

E. LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL

1. Kebersihan dan kerapihan ruangan: Keadaan rumah tampak rapi, pasien mengatakan bahwa yang membersihkan rumah adalah anak bungsunya.
2. Penerangan: Penerangan cukup baik, disetiap kamar setiap ruangan ada lampu baik di depan rumah dalam ruangan ataupun belakang.
3. Sirkulasi udara: Sirkulasi udara baik, ventilasi depan dibuka setiap hari dan ventilasi kamar juga dibuka.
4. Keadaan kamar mandi dan WC: Keadaan kamar mandi cukup luas, tampak bersih. Sedangkan WC ada ruangan sendiri tampak bersih rapi.....
5. Pembuangan air kotor: Limbah rumah tangga di buang ke kubangan di belakang rumah.
6. Sumber air minum: Sumber air minum dari Sumur Pompa
7. Pembuangan sampah: Ada pembuangan sampah di belakang rumah
8. Sumber pencemaran: Posisi septic dengan sumber air kira – kira 10 M

ANALISA DATA

No	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu kedua kaki terasa nyeri P: Asam Urat <p>Q: nyeri seperti di tusuk - tusuk, R: nyeri di bagian kedua kaki dan kedua lutut</p> <p>S: 5 – 6 (sedang)</p> <p>T: Nyeri saat istirahat dan aktifitas.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien tampak meringis ➤ Terlihat kesulitan saat berjalan ➤ Td: 120/90 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, SB: 36,2 °C 	Nyeri akut	Agen pencedera Fisiologis
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan tidak mengerti makanan yang harus dikonsumsi dan yang dihindari <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien bertanya-tanya tentang makanan yang dapat di konsumsi dan di hindari ➤ Pasien terlihat belum mengetahui tentang diet yang tepat untuk asam urat 	Defisit pengetahuan	Kurangnya sumber informasi

CARE PLAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Sikap protektif 4. Gelisah 5. Kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi 7. Nafsu makan 8. Pola tidur 	<p>Skoring yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Menurun 3. Menurun 4. Menurun 5. Menurun 6. Membaik 7. Membaik 8. Membaik 	<p>MANAJEMEN NYERI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 	<p>Hari/Tgl: Senin, 20-07-2020</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan hasil: P: Asam urat Q: Tertusuk-tusuk R: Kaki dan lutut S: 5-6 (sedang) T: 3-5 menit 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil: 	<p>Hari/Tgl: Kamis, 23-07-2020</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang jika melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan kompres hangat.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah cukup menurun 5. Kesulitan tidur cukup menurun

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
				<p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat analgetik.</p>	<p>Faktor meperberat: tidak minum obat secara teratur</p> <p>Faktor memperingan: istirahat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil: Teknik relaksasi nafas 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan hasil: Suhu ruangan dan pencahayaan dibuat nyaman mungkin. 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Frekuensi nadi membaik, HR: 80 x/m 7. Nafsu makan cukup membaik 8. Pola tidur cukup membaik 9. Skala nyeri: 3 (ringan) <p>TTV: TD: 110/80 mmHg N: 80 x/ menit R: 20 x/ menit SB: 36,3 °C</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dengan hasil: Pasien mendengarkan dan mengerti dengan penjelasan perawat (saat bergerak leukosit menekan Kristal urat, terjadi peradangan, terasa panas, dan mengakibatkan nyeri). 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil: Kompres air hangat pada kedua kaki dan lutut yang mengalami nyeri 	

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
					3. Mengajukan menggunakan analgetik secara tepat dengan hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan perawat 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil: Pasien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
2	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat	Skoring yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu:	EDUKASI KESEHATAN <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Hari/Tgl: Senin, 20-07-2020 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil:	Hari/Tgl: Kamis, 23-07-2020 S: Pasien sudah mengerti makanan yang harus dikonsumsi dan

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan kriteria hasil	Hasil skoring			
		dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah 5. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 6. Perilaku	1. Meningkatkan 2. Meningkatkan 3. Menurun 4. Menurun 5. Menurun 6. Membaik	2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan bertanya	Pasien mampu dan siap menerima informasi berupa penyuluhan kesehatan 2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat dengan hasil: Kebersihan lingkungan, pola makan teratur serta diet yang tepat 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dengan hasil: Media yang	yang harus dibatasi/dihindari O: 1. Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi keliru terhadap masalah menurun

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
				<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>digunakan yaitu leaflet</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil: Kegiatan akan dilaksanakan pada hari senin pukul 15.00 WITA 5. Memberikan kesempatan bertanya 6. menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dengan hasil: Mengurangi konsumsi makanan yang mengandung purin tinggi 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 6. Perilaku membaik <p>A: Masalah belum teratasi B: Intervensi dilanjutkan</p>

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan		Intervensi	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan criteria hasil	Hasil skoring			
					<p>7. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan hasil: Mengajarkan pada pasien tentang pola makan teratur dengan makanan yang bergizi, diet tepat, dan rajin berolahraga.</p> <p>8. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan perawat</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Pringgoutumo, dkk. 2002. *Buku Ajar Patologi 1 (umum)*, Edisi 1. Jakarta. Sagung Seto.
- Sutisna Hilawan (1992), *Patologi*. Jakarta, Bagian Patologi Anatomi FKUI.
- Gunawan S, Nardho, Dr, MPH, 1995, *Upaya Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Dep Kes R.I
- Agoes, Sukrisno. 2011. *Auditing (Pemeriksaan Akuntan)* oleh Kantor Akuntan Publik. Edisi 4. Penerbit Salemba Empat.
- Bustan, M.N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Cetakan kedua. Jakarta: Rineka Cipta
- Depkes RI. 2003. *Manajemen Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Erlangga: Jakarta
- Maryam, Siti. 2008. “Menengenal Usia Lanjut dan Perawatannya”. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 Vol 2*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J., & Ahern, n. R. (2013). *Buku Saku Diagnosis keperawatan edisi 9 Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Prasetyo, Sigit Nian, (2010). *Konsep dan proses keperawatan nyeri*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Tarwoto, W., 2003, “Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan”, Jakarta: Medika Salemba.
- Hardywinoto & Setiabudhi, T. (2007). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama.
- Tarwoto & Wartolah. 2004. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Keeling, A.W. dan Ramos, M.C. (1995). Nurse health care: perspectives on community. the role of nursing history in preparing nursing for the future. Illionis: W.B. Saunders Company.
- Kozier, Barbara. 1995. Peran dan Mobilitas Kondisi Masyarakat. Jakarta: Penerbit Gunung Agung.
- Neuman W. Lawrence. 2000. Sosial Research Methods: Qualitative and Quantitative, pproaches. Boston: Allyn and Bacon.
- Siti Fatmawati. (2010). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO. 2013. World Health Day 2013: Measure Your Blood Pressure, Reduce Your Risk. diambil dari: <http://www.who.int>. diakses 12 Mei 2015
- Sumedi, T. (2016). *Konsep Lanjut Usia*. Yogyakarta: Andi (Asuhan Keperawatan Gerontik).
- Satria, A, Y. (2016). *Hipertensi sebagai faktor pecentus terjadinya stroke*. Yogyakarta, Majority vol. 5 No. 3.
- Sridianti. (2016). *Pengertian tekanan darah dan mengukur tekanan darah*.
- Sumedi, T. (2016). *Konsep Lanjut Usia*. Yogyakarta: Andi (Asuhan Keperawatan Gerontik).
- Supardi, S., & Rustika. (2013). *Buku Ajar Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Susenas. (2017). *Analisis lansia di Indonesia*. UN, Departement ofeconomic and social affairs,popilation 2017
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Smeltzer C Suzanne & Bare G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah ed.8 vol 3*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran: EGC
- Triyanto, Endang. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Jogjakarta: Graha Ilmu
- WHO (2015), World Health Day 2015: Measure your blood pressure, reduce yourrisk.
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130/en/. Diunduh pada 9 November 2018
- <http://creasoft.wordpress.com/2008/04/15/laansi> on accsed oktober 2008
- <http://nutrisijiwa.blogspot.com/2008/04/diagnosis-pasien-lanjut.html> on accsed oktober18

- Nugroho, Wahjudi. 2004. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC
- Darmojo, R. Boedhi., dkk. 2004. *Buku Ajar Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Black, M. J. & Hawks H. J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang diharapkan. Edisi 8. Buku 3*. Singapore: Elsevier
- Darmojo, Boedi. (2009). *Geriatrik Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. Edisi ke 4*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2015). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Edisi 2. Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kowalak, Jennifer P. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Kushariyati. (2010). *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika
- La Ode, Sarif. (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Lumbantobing. (2004). *Neurogeriatri*. Jakarta: FK UI
- Maryam, R. Siti. Dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, Arif. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nugroho, Wahyudi. (2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: EGC
- Nurarif, Amin Huda. Kusuma, Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic – Noc. Edisi Revisi Jilid 3*. Jogjakarta: Mediacion Jogja
- Potter, Patricia A. & Perry, Anne Griffin. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edisi: 4*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, Susan C. (2013). *Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 12th Ed. Alih bahasa: Yulianti, dkk*. Jakarta: EGC
- Stanley, Mickey. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Edisi 2. Alih bahasa: Nety Juniarti*. Jakarta: EGC

- Agung, Muhammad. (2015). *The Association Between Intake of Energy, Protein and Physical Activity with Nutritional Status of Elderly People*. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/download/526/5> 27. Diunduh pada tanggal 18 Mei 2019.
- Alert, Villarroel, R. M, Formiga, F, Casas, N, Farre, C. V. (2012). *Assesing Risk Screening Methods of Malnutrition in Geriatric Patients: Mini Nutritional Assesment (MNA) Versus Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)*. *NutrHosp.* 27(2):590-598. http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_indonesia.pdf. Diunduh pada tanggal 15 Mei 2019.
- Andormoyo, Sulisty. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Asikin M, dkk. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: ECG. As'adi, Muhammad. (2010). *Waspadai Asam Urat*. Yogyakarta: Diva Press.
- Ernawati, dkk. (2017). *Gambaran Kualitas Tidur dan Gangguan Tidur pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Lubur Jambi*. <http://repository.unja.ac.id/2381>. Diakses pada tanggal 21 Mei 2019.
- Fitriana, Rahmatul. (2015). *Cara Cepat Usir Asam Urat*. Yogyakarta: Medika.
- Iqbal, dkk. (2011). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta: Buletin Jendela.
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Keperawatan Gerontik*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>. Diunduh pada tanggal 15 Desember 2018.
- Mubarak, dkk. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, Wahyudi. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: AGC.

- Nurarif, Amin Huda, Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA Nic-Noc*. Jilid 2. Yogyakarta: Mediaction.
- Perry, Potter. (2011). *Fundamental Keperawatan buku 1 edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Edisi 1 Cetakan ke-3 (Revisi). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Edisi 1 Cetakan ke-2. Jakarta: DPP PPNI.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial*. Jakarta.
- Republik Indonesia. (1998). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998. Kesejahteraan Lansia*. Jakarta.
- Soekanto. (2012). *Asam Urat*. Jakarta: Penebar Plus.
- Stanley, M, Beare, P.G. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, Samudra A.W, dkk. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi ke 5*. Jakarta: Interna Publishing.
- Sunaryo, dkk. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI.
- Susanti, Fajar. (2012). *Modifikasi Perilaku Latihan Fisik dan Diet Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas pada Agregat Lansia dengan Resiko Gangguan Akibat Penyakit Gangguan Mobilitas Akibat Penyakit Asam Urat*.
<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20358593-TA>
 Fajar%20Susanti.pdf. Diunduh pada tanggal 29 Mei 2019.
- Susanto, Teguh. (2013). *Asam Urat Deteksi, Pencegahan, Pengobatan*. Yogyakarta: Buku Pintar.
- Zahroh, Chilyatiz, Faizah, Kartika. (2018). *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurun Nyeri pada Penderita Penyakit Arthritis Gout*.
<http://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk/article/download/328/pdf>
 . Diunduh pada tanggal 29 Mei 2019.
- Tamher, S. Noorkasiami. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika Tarwoto.
- Wartonah. Suryati, Eros Siti. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Widagdo, Wahyu. Dkk. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Trans Info Media

- WHO. 2015. *World Health Day 2015: Measure Your Blood Pressure, Reduce Your Risk*. Diambil dari: <http://www.who.int>. Diakses 12 Mei 2015
- Kemendes RI. *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan kementerian kesehatan. 2013
- Sumedi. 2016. *Konsep dan Teori Penuaan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Brunner and Suddarth, (2010). *Text Book Of Medical Surgical Nursing 12th Edition*. China: LWW.
- Hasadianah. 2012. *Mengenal Diabetes Melitus Pada Orang Dewasa dan Anak-Anak Dengan solusi Herbal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Info Datin*. 2014
- Price, S.A, Wilson, L.M 2013. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi VI. Jakarta: EGC
- LeMone, p., Burke, K.M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (ed %). Jakarta: ECG
- Rendy, M.C and TH, Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: 2012

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

A. PENGKAJIAN

1. Identitas
 - a. Nama :
 - b. Tempat / tgl lahir :
 - c. Jenis Kelamin :
 - d. Status Perkawinan :
 - e. Agama :
 - f. Suku :

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi
 - a. Pekerjaan saat ini :
 - b. Pekerjaan sebelumnya :
 - c. Sumber pendapatan :
 - d. Kecukupan pendapatan :

3. Lingkungan tempat tinggal
Kebersihan dan kerapihan ruangan?, Penerangan?, Sirkulasi udara?, Keadaan kamar mandi & WC?, Pembuangan air kotor?, Sumber air minum?, pembuangan sampah?, sumber pencemaran?, Privasi?, Risiko injuri?

4. Riwayat Kesehatan
 - a. Status Kesehatan saat ini
 1. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :
 2. Gejala yang dirasakan :
 3. Faktor pencetus :
 4. Timbulnya keluhan : ()

Mendadak () Bertahap

5. Upaya mengatasi _____ :
 6. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktek/bidan/perawat?
 7. Mengonsumsi obat-obatan sendiri?, obat tradisional?
 8. Lain-lain.....
- b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
1. Penyakit yang pernah diderita:
 2. Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu dll):
 3. Riwayat kecelakaan:
 4. Riwayat pernah dirawat di RS:
 5. Riwayat pemakaian obat:
5. Pola Fungsional
- a. Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan
Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan misal merokok, minuman keras, ketergantungan terhadap obat (jenis/frekuensi/jumlah/ lama pakai)
 - b. Nutrisi metabolik
Frekuensi makan?, nafsu makan?, jenis makanan?, makanan yg tdk disukai?, alergi thdp makanan?, pantangan makanan?, keluhan yg berhubungan dengan makan?
 - c. Eliminasi
BAK: Frekuensi & waktu?, kebiasaan BAK pada malam hari?, keluhan yang berhubungan dengan BAK?
BAB: Frekuensi & waktu?, konsistensi?,keluhan yang berhubungan dg BAB?, pengalaman memakai pencahar?
 - d. Aktifitas Pola Latihan
Rutinitas mandi?, kebersihan sehari-hari?, aktifitas sehari-hari?,apakah ada masalah dengan aktifitas?, kemampuan kemandirian?
 - e. Pola istirahat tidur
Lama tidur malam?, tidur siang?,keluhan yang berhubungan dengan tidur?

- f. Pola Kognitif Persepsi
Masalah dengan penglihatan (Normal?, terganggu (ka/ki)?, kabur?, pakai kacamata?. Masalah pendengaran normal?, terganggu (ka/ki)? memakai alat bantu dengar?, tuli (ka/ki)? dsbnya.
Kesulitan membuat keputusan?
- g. Persepsi diri-Pola konsep diri
Bagaimana klien memandang dirinya (Persepsi diri sebagai lansia?), bagaimana persepsi klien tentang orang lain mengenai dirinya?
- h. Pola Peran-Hubungan
Peran ikatan?, kepuasan?, pekerjaan/ sosial/hubungan perkawinan?
- i. Sexualitas
Riwayat reproduksi, kepuasan seksual, masalah?
- j. Koping-Pola Toleransi Stress
Apa yang menyebabkan stress pada lansia, bagaimana penanganan terhadap masalah?
- k. Nilai-Pola Keyakinan
Sesuatu yang bernilai dalam hidupnya (spirituality: menganut suatu agama, bagaimana manusia dengan penciptanya), keyakinan akan kesehatan, keyakinan agama

6. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum :
- b. TTV :
- c. BB/TB
- d. Kepala
- Rambut :
- Mata :
- Telinga :
- Mulut, gigi dan bibir :
- e. Dada :
- f. Abdomen :
- g. Kulit :
- h. Ekstremitas Atas :

- i. Ekstremitas bawah :
- 7. Pengkajian Khusus (Format Terlampir)
 - a. Fungsi kognitif SPMSQ :
 - b. Status fungsional (Katz Indeks):
 - c. MMSE :
 - d. APGAR keluarga :
 - e. Skala Depresi :
 - f. Screening Fall :
 - g. Skala Norton :

- B. ANALISA DATA
- C. PRIORITAS MASALAH
- D. INTERVENSI
- E. IMPLEMENTASI

APGAR KELUARGA

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	A: Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	P: Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3	G: Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			
4	A: Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			
5	R: Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon			
	JUMLAH			

Penilaian:

Nilai : 0-3: Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6: Disfungsi keluarga sedang

PENGAJIAN FUNGSI KOGNITIF
(SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab:.....		
2	Tahun berapa sekarang? Jawab:.....		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab:.....		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab:.....		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab:.....		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab:.....		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab:.....		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab:.....		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab:.....		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab:.....		
JUMLAH			

Analisis Hasil:

- Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh
- Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan
- Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang
- Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual berat

FORMAT PENGAJIAN MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang?		
	3. Tanggal berapa sekarang?		
	4. Hari apa sekarang?		
	5. Bulan apa sekarang?		
	6. Dinegara mana anda tinggal?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		
	10. Di desa mana anda tinggal?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.....		
	12.....		
	13.....		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek diatas		
	19.....		
	20.....		
	21.....		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi”		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!		
	26. Lipat dua!		
	27. Taruh dilantai!		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisis hasil:

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

**PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL
(INDEKS KEMANDIRIAN KATZ)**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		

4	<p>Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p>Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
6	<p>Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>		

Keterangan:

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil:

- Nilai A** : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B** : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

- Nilai E** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G** : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

NO	PERTANYAAN		
1	APAKAH ANDA SEBENARNYA PUAS DENGAN KEHIDUPAN ANDA?	TIDAK	
2	APAKAH ANDA TELAH MENINGGALKAN BANYAK KEGIATAN DAN MINAT/ KESENANGAN ANDA		YA
3	APAKAH ANDA MERASA KEHIDUPAN ANDA KOSONG?		YA
4	APAKAH ANDA SERING MERASA BOSAN?		YA
5	APAKAH ANADA MEMPUNYAI SEMANGAT YANG BAIK SETIAP SAAT?	TIDAK	
6	APAKAH ANDA MERASA TAKUT SESUATU YANG BURUK AKAN TERJADI PADA ANDA?		YA
7	APAKAH ANDA MERASA BAHAGIA UNTUK SEBAGIAN BESAR HIDUP ANDA?	TIDAK	
8	APAKAH ANDA MERASA SERING TIDAK BERDAYA?		YA
9	APAKAH ANDA LEBIH SERING DIRUMAH DARIPADA PERGI KELUAR DAN MENGERJAKAN SESUATU HAL YANG BARU?		YA
10	APAKAH ANDA MERASA MEMPUNYAI BANYAK MASALAH DENGAN DAYA INGAT ANDA DIBANDINGKAN KEBANYAKAN ORANG?		YA
11	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA KEHIDUPAN ANDA SEKARANG MENYENANGKAN?	TIDAK	
12	APAKAH ANDA MERASA TIDAK BERTAMBAH NILAI SEPERTI PERASAAN ANDA SAAT INI?		YA
13	APAKAH ANDA MERASA PENUH SEMANGAT?	TIDAK	

NO	PERTANYAAN		
14	APAKAH ANDA MERASA BAHWA KEADAAN ANDA TIDAK ADA HARAPAN?		YA
15	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA ORANG LAIN, LEBIH BAIK KEADAANNYA DARIPADA ANDA?		YA

*) SETIAP JAWABAN YANG **SESUAI** MEMPUNYAI SKOR “1” (SATU):

SKOR 5-9 : KEMUNGKINAN DEPRESI

SKOR 10 ATAU LEBIH : DEPRESI