
Ns. Rosalina, S.Kep., M.Kep

PANDUAN PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN GERONTIK



Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 SindangBarang
Bogor Barat
Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399
Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088
Email: wijayahusada@gmail.com
Website: www.wijayahusada.com

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan Bahan KEPERAWATAN GERONTIK ini. Buku ajar ini disusun dengan harapan dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk Mata Kuliah Keperawatan Gerontik bagi mahasiswa yang mengikuti pendidikan S1 Keperawatan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ajar ini. Kami menyadari keterbatasan kami selaku penulis, oleh karena itu demi pengembangan kreatifitas dan penyempurnaan buku ajar ini, kami mengharapkan saran dan masukan dari pembaca maupun para ahli, baik dari segi isi, istilah serta pemaparannya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan buku ajar ini. Akhir kata, semoga buku ajar ini dapat memberi manfaat bagi para pembaca. Amin.

Ketua STIKES Wijaya Husada

(dr. Pridady, Sp.PD-KGEH-FINASIM)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
KONSEP keperawatan gerontik	1
A. Pengertian Gerontologi, Gerontik, Geriatri.....	2
B. Batasan Lanjut Usia	2
C. Tipologi Lansia.....	3
D. Mitos Lansia	5
Daftar Pustaka	6
Tes formatif	7
Konsep, Teori Keperawatan Gerontik.....	8
A. Proses Menua	9
B. Teori Proses Menua	9
C. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	13
D. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua	17
Daftar Pustaka	18
Tes Formatif	19
Issue dan trend keperawatan gerontik dan peran keluarga	34
A. Issue dan Trend Keperawatan Gerontik	34
B. Pembinaan Kesehatan Pra Lansia dan Lansia.....	38
C. Tugas Perkembangan Lansia.	40
D. Memahami Peran Anggota Keluarga Terhadap Lansia	41
Daftar Pustaka	42
Tes Formatif	43
Memahami asuhan keperawatan gerontik di rumah, institusi, dan komunitas	127
A. Asuhan Keperawatan Gerontik Di rumah	130
B. Asuhan Keperawatan Gerontik Di Institusi	147
C. Asuhan Keperawatan Gerontik di Komunitas	173
Daftar Pustaka	201

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tes Formatif	202
Memahami Kebutuhan Dasar Pada Lansia (Nutrisi)	204
A. Memahami Kebutuhan Dasar Pada Lansia (Nutrisi)	206
Daftar Pustaka	220
Tes Formatif	221
Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : Demensia, delirium, osteoporosis, artitis reumatoid.....	222
A. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan Demensia	223
B. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan Delirium	232
C. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan Osteoporosis	260
D. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan Artitis Reumatoid	272
Daftar Pustaka	297
Tes Formatif	298
Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : Diabetes mellitus, PPOM, Stroke, Inkontinensia.....	376
A. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : Diabetes mellitus	377
B. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : PPOM.....	395
C. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : Stroke	410
D. Asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan : Inkontinensia	422
Daftar Pustaka	434
Tes Formatif	436
Memahami program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia.....	501
A. Pengertian Program Peningkatan Kesehatan Lansia di Indonesia	502
B. Tujuan Program Peningkatan Kesehatan Lansia di Indonesia.....	506
C. Jenis-Jenis Program Peningkatan Kesehatan Lansia di Indonesia.....	510
Daftar Pustaka	512
Tes Formatif 13.	513

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat :

1. Menjelaskan pengertian gerontology, gerontik, geriatric.
2. Menjelaskan batasan Lanjut Usia menurut WHO, Depkes dan Para ahli.
3. Menjelaskan tipologi Lansia
4. Menjelaskan Mitos lansia



Keperawatan gerontik

lanjut”, Studi ilmiah tentang proses penuaan dan masalah yg terjadi pd lansia: aspek biopsikososioekonomi. Ilmu yg mempelajari seluruh aspek menua (kozier,87) Ilmu yg mempelajari secara khusus mengenai faktor2 menyangkut lansia (nugroho,2008)

Gerontik, Keahlian di bidang keperawatan yg b.d pengkajian kesehatan dan status fungsional lansia;diagnosa;intervensi;implementasi renpra untuk penuhi kebutuhan pasien. Gerontic nursing: Gerontology + Geriatric Istilah yg dikembangkan o/ Gunter & Estes (2009) -> khusus dan tdk terbatas pd perspektif penyakit saja geriatric.

Geriatric, Praktek spesialis Berdasarkan pengetahuan, keterampilan, keahlian Tujuan: Optimalisasi derajat kesehatan, Memelihara derajat kesehatan, Meningkatkan status kesehatan Batasan Lanjut usia menurut WHO, Depkes, dan Para Ahli

Who :

- Usia pertengahan (Middle age) : 45 –59
- Usia lanjut (Elderly) : 60 –75
- Usia lanjut tua (Old): 75-90
- Usia sangat tua (Very old) : > 90 th

Sumiati

Lansia (Senium) : 65 th keatas

Hardywinoto,tony setia Budi, Lansia : 60 th keatas

Tipologi Lansia

Di zaman sekarang atau zaman pembangunan, dijumpai banyak bermacam-macam tipe lanjut usia, antara lain :

1. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

2. Tipe tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar , mudah tersinggung, menuntut sulit dilayani dan pengkritik.

3. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap dating terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

4. Tipe Bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

Orang lanjut usia dapat pula dikelompokkan dalam beberapa tipe

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

yang tergantung kepada karakter, pengalaman kehidupannya, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe ini, antara lain :

- a. Tipe optimis
- b. Tipe konstruktif
- c. Tipe ketergantungan (dependent)
- d. Tipe defensive
- e. Tipe militan dan serius
- f. Tipe marah/ frustrasi (the angry man)

5. Tipe putus asa

(benci pada diri sendiri) = self heating man

Menurut kemampuannya dalam berdiri sendiri para lanjut usia dapat digolongkan dalam kelompok-kelompok sebagai berikut :

- a. Lanjut usia mandiri sepenuhnya
- b. Lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya
- c. Lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung
- d. Lanjut usia dibantu oleh Badan Sosial
- e. Lanjut usia Panti Sosial Tresna Werda
- f. Lanjut usia yang dirawat di Rumah Sakit
- g. Lanjut usia yang menderita gangguan mental.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

1. Lansia tidak dapat belajar keterampilan baru serta tidak perlu pendidikan dan latihan
2. Lansia sukar memahami informasi baru
3. Lansia tidak produktif dan menjadi beban masyarakat
4. Lansia tidak berdaya
5. Lansia tidak dapat mengambil keputusan
6. Lansia tidak butuh cinta dan tidak perlu relasi
7. Lansia tidak menikmati kehidupan sehingga tidak dapat bergembira
8. Lansia itu lemah, jompo, ringkih, sakit-sakitan atau cacat
9. Lansia menghabiskan uang untuk berobat
10. Lansia sama dengan pikun

DAFTAR PUSTAKA

1. Pringgoutumo, dkk. 2008. Buku Ajar Patologi 1 (umum), Edisi 1. Jakarta. Sagung Seto.
2. Sutisna Hilawan (2009), Patologi, Jakarta, Bagian Patologi Anatomi FKUI.
3. Gunawan S, Nardho, Dr, MPH, 2009, Upaya Kesehatan Usia Lanjut. Jakarta: Dep Kes R.I.



Test Formatif

1. Apa yang dimaksud dengan “Greek geron” dalam konsep dasar teori gerontik?
 - a. Gerontologi
 - b. Gerontik
 - c. Geriatrik
 - d. Geografi
2. Batasan Lanjut usia menurut WHO adalah:
 - a. Usia pertengahan (Midle age) : 25-35
 - b. Usia lanjut (Elderly) : 60 –75
 - c. Usia lanjut tua (Old) : kurang dari 75 tahun
 - d. Usia sangat tua (Very old) : kurang dari 90 th
3. Apa yang dimaksud Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap dating terang, emgikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan. Dalam tipe lansia?
 - a. Mandiri
 - b. Tidak Puas
 - c. Pasrah
 - d. Putus asa
4. Apa yang dimaksud dengan Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar , mudah tersinggung, menuntut sulit dilayani dan pengkritik. Dalam tipe lansia
 - a. Mandiri
 - b. Tidak Puas
 - c. Pasrah
 - d. Putus asa
5. Apa yang termasuk dalam mitos lansia
 - a. Lansia dapat belajar keterampilan baru serta tidak perlu pendidikan dan latihan
 - b. Lansia sukar memahami informasi baru
 - c. Lansia produktif dan menjadi beban masyarakat
 - d. Lansia mampu melakukan aktivitas



Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat :

1. Memahami proses menua (Aging Process)
2. Memahami Teori proses menua (Aging Process)
3. Memahami factor yang mempengaruhi proses menua (Aging Process)
4. Memahami perubahan yang terjadi pada lansia

Uraian Materi



Proses menua (Aging Process)

Suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan u/ memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides)

Teori proses menua (Aging process)

Proses Terjadinya Penuaan

1. Biologi

a. Teori “Genetic Clock”;

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka, akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian Haiflick, (2008) dikutip Darmojo dan Martono (2009) dari teori itu dinyatakan adanya hubungan antara kemampuan membelah sel dalam kultur dengan umur spesies Mutasisomatik (teori error catastrophe) hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis faktor-aktor penyebab terjadinya proses menua adalah

faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatik. Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur. Menurut teori ini terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik, akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

b. Teori “Error”

Salah satu hipotesis yang berhubungan dengan mutasi sel somatik adalah hipotesis “Error Castastrophe” (Darmojo dan Martono, 2009). Menurut teori tersebut 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.

c. Teori “Autoimun”

Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein pasca tranlasi yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (Self recognition). Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada permukaan sel, maka hal ini akan mengakibatkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing dan menghancurkannya Goldstein(2009) dikutip dari Azis (20044). Hal ini dibuktikan dengan makin bertambahnya prevalensi auto antibodi pada lansia (Brocklehurst,2007 dikutip dari Darmojo dan Martono, 2009). Dipihak lain sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami

penurunan pada proses menua, daya serangnya terhadap antigen menjadi menurun, sehingga sel-sel patologis meningkat sesuai dengan meningkatnya umur (Suhana, 2004 dikutip dari Nuryati, 2004)

d. Teori “Free Radical”

Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa : superoksida (O_2), Radikal Hidroksil (OH) dan Peroksida Hidrogen (H_2O_2). Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh. Menurut Oen (2003) yang dikutip dari Darmojo dan Martono (1999) menyatakan bahwa makin tua umur makin banyak terbentuk radikal bebas, sehingga proses pengrusakan terus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

e. Wear & Tear Teori

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak.

f. Teori kolagen

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

2. Teori Sosiologi

a. Activity theory, ketuaan akan menyebabkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.

b. Teori kontinuitas, adanya suatu kepribadian berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.

- c. Disengagement Theory, putusya hubungan dengan dunia luar seperti hubungan dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain.
- d. Teori Stratifikasi usia, karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.

3. Teori Psikologis

- a. Teori kebutuhan manusia dari Maslow, orang yang bisa mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang bisa mencapai kebutuhan yang sempurna.
- b. Teori Jung, terdapat tingkatan-tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.
- c. Course of Human Life Theory, Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimumnya.
- d. Development Task Theory, Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

Penuaan Skunder

proses penuaan akibat dari faktor lingkungan, fisik, psikis dan sosial . Stress fisik, psikis, gaya hidup dan diet dapat mempercepat proses menjadi tua. Contoh diet ; suka memakan oksidator, yaitu makanan yang hampir expired.

Gairah hidup yang dapat mempercepat proses menjadi tua dikaitkan dengan kepribadian seseorang, misal: pada kepribadian tipe A yang tidak

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

pernah puas dengan apa yang diperolehnya.

Secara umum perubahan proses fisiologis proses menua adalah:

1) Perubahan Mikro

- a. Berkurangnya cairan dalam sel
- b. Berkurangnya besarnya sel
- c. Berkurangnya jumlah sel

2) Perubahan Makro

- a) Mengecilnya mandibular
- b) Menipisnya discus intervertebralis
- c) Erosi permukaan sendi-sendi
- d) Osteoporosis
- e) Atropi otot (otot semakin mengecil, bila besar berarti ditutupi oleh lemak tetapi kemampuannya menurun)
- f) Emphysema Pulmonum
- g) Presbyopi
- h) Arteriosklerosis
- i) Menopause pada wanita
- j) Demintia senilis
- k) Kulit tidak elastis
- l) Rambut memutih

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Proses menua

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua (Nugroho, 2009). Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitifitas emosional meningkat dan kurang gairah.

Meskipun harus menimbulkan penyakit oleh karenanya lanjut usia harus sehat.

Sehat dalam hal ini diartikan :

- a. Bebas dari penyakit fisik, mental dan social
- b. Mampu melakukan aktifitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari
- c. Mendapat dukungan secara sosial dari keluarga dan masyarakat

Akibat perkembangan usia, lanjut usia mengalami perubahan-perubahan yang menuntut dirinya untuk menyesuaikan diri secara terus menerus. Apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungannya kurang berhasil maka timbullah berbagai masalah. Hurlock (2009) seperti dikutip oleh Munandar Ashar Sunyoto (1994) menyebutkan masalah-masalah yang menyertai lansia yaitu :

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 1) Ketidakberdayaan fisik yang menyebabkan ketergantungan pada orang lain
- 2) Ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidupnya
- 3) Membuat teman baru untuk mendapatkan ganti mereka yang telah meninggal atau pindah
- 4) Mengembangkan aktifitas baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah banyak
- 5) Belajar memperlakukan anak-anak yang telah tumbuh dewasa. Berkaitan dengan perubahan fisik, Hurlock mengemukakan bahwa perubahan fisik yang mendasar adalah perubahan gerak.

Lanjut usia juga mengalami perubahan dalam minat. Pertama minat terhadap diri makin bertambah. Kedua minat terhadap penampilan semakin berkurang. Ketiga minat terhadap uang semakin meningkat, terakhir minat terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya cenderung menyempit. Untuk itu diperlukan motivasi yang tinggi pada diri lansia untuk selalu menjaga kebugaran fisiknya agar tetap sehat secara fisik. Motivasi tersebut diperlukan untuk melakukan latihan fisik secara benar dan teratur untuk meningkatkan kebugaran fisiknya.

Berkaitan dengan perubahan, kemudian Hurlock (2009) mengatakan bahwa perubahan yang dialami oleh setiap orang akan mempengaruhi minatnya terhadap perubahan tersebut dan akhirnya mempengaruhi pola hidupnya.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Bagaimana sikap yang ditunjukkan apakah memuaskan atau tidak memuaskan, hal ini tergantung dari pengaruh perubahan terhadap peran dan pengalaman pribadinya. Perubahan yang diminati oleh para lanjut usia adalah perubahan yang berkaitan dengan masalah peningkatan kesehatan, ekonomi atau pendapatan dan peran sosial (Goldstein, 2009).

Dalam menghadapi perubahan tersebut diperlukan penyesuaian. Ciri-ciri penyesuaian yang tidak baik dari lansia (Hurlock, 2009) di kutip oleh Munandar (2009) adalah :

- 1) Minat sempit terhadap kejadian di lingkungannya
- 2) penarikan diri ke dalam dunia fantasi
- 3) Selalu mengingat kembali masa lalu
- 4) Selalu khawatir karena pengangguran
- 5) Kurang ada motivasi
- 6) Rasa kesendirian karena hubungan dengan keluarga kurang baik
- 7) Tempat tinggal yang tidak diinginkan

Dilain pihak ciri penyesuaian diri lanjut usia yang baik antara lain adalah :
Minat yang kuat, ketidaktergantungan secara ekonomi, kontak sosial luas, menikmati kerja dan hasil kerja, menikmati kegiatan yang dilakukan saat ini dan memiliki kekhawatiran minimal terhadap diri dan orang lain.

Faktor faktor yang mempengaruhi penuaan :

- 1) Hereditas atau keturunan genetic
- 2) Nutrisi atau makanan
- 3) Status kesehatan

- 4) Pengalaman hidup
- 5) Lingkungan
- 6) Stres

Faktor yang mempengaruhi proses menua (Aging Process)

Menurut Miller (2008) dalam Tamher, S dan noorkasiani (2009) faktor yang mempengaruhi penuaan antara lain :

- a. 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.
- b. Biologis Sebagaimana layaknya manusia yang tumbuh nsemakin lama semakin tua dan proses penuaannya bukan karena evolusi akan tetapi karena proses biologis dan keausan pada tubuh.
- c. Sosial, Lingkungan sosial sangat mempengaruhi proses penuaan karena lingkungan sosial yang nyaman dan bebas dari penyakit menular akan meningkatkan derajat kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Doenges, Marilyn E. (2009). Rencana Asuhan Keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien. Alih Bahasa: I Made Kariasa, Ni made Sumarwati. Edisi: 3. Jakarta: EGC.
2. Enggram, Barbara. (2008). Rencana Asuhan Keperawatan Nugroho, Wahyudi. (2008). Keperawatan Gerontik. Edisi: 2. Jakarta: EGC.
3. Parsudi, Imam A. (2009). Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Jakarta: FKUI
4. Price, Sylvia Andrson. (2009). Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit: pathophysiology clinical concept of disease processes. Alih Bahasa: Peter Anugrah. Edisi: 4. Jakarta: EGC
5. Smeltzer, Suzanne C. (2009). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddart. Alih Bhasa: Agung Waluyo. Edisi: 8. Jakarta: EGC.
6. Tessy Agus, Ardaya, Suwanto. (2009). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam: Infeksi Saluran Kemih. Edisi: 3. Jakarta: FKUI.



Test Formatif

1. Apa yang dimaksud dengan Suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan u/ memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tdk dpt bertahan thd jejas (tmsk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yg diderita (Constantinides)?
 - a. **Prose menua**
 - b. Proses menemukan jati diri
 - c. Proses kelemahan
 - d. Proses memperbaiki diri
2. Apa yang dimaksud dengan teori menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka, akan menyebabkan berhentinya proses mitosis?
 - a. **Genetic clock**
 - b. Error clock
 - c. Auto clock
 - d. Generation clock
3. Apa yang dimaksud dengan teori Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak?
 - a. Wear and tear teori
 - b. Wearles teori
 - c. Free radical teori
 - d. Continuity teori
4. Apa yang dimaksud dengan teori "Disengagement Theory"?
 - a. **putusnya hubungan dengan dunia luar seperti hubungan dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain**
 - b. karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.
 - c. karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.
 - d. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia
5. Yang termasuk dalam teori psikologi yakni:
 - a. **Teori kebutuhan manusia dari Maslow, orang yang bisa mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang bisa mencapai kebutuhan yang sempurna.**
 - b. Teori Jung, terdapat tugas kehidupan untuk menjadi dewasa baik
 - c. Course of Human Life Theory, Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada saatnya lelah hidup.
 - d. Development Task Theory, Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan yang tidak sesuai dengan kemampuannya.



**Kegiatan
Belajar III**

**Issue dan trend keperawatan
gerontik dan peran keluarga**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat memahami issue dan trend keperawatan gerontik serta peran keluarga

Uraian

Materi



Issue dan trend keperawatan gerontik dan peran keluarga

1. Fenomena Lansia

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan yang terlihat dari angka harapan hidup (AHH) yaitu :

AHH di Indonesia tahun 1971 : 46,6 tahun

AHH di Indonesia tahun 2000 : 67,5 tahun

Sebagaimana dilaporkan oleh Expert Committae on Health of the Erderly:

Di Indonesia akan diperkirakan beranjak dari peringkat ke sepuluh pada tahun 1980 ke peringkat enam pada tahun 2020, di atas Brazil yang menduduki peringkat ke sebelas tahun 1980.

Pada tahun 1990 jumlah penduduk yang berusia 60 tahun kurang lebih 10 juta jiwa/ 5.5% dari total populasi penduduk.

Pada tahun 2020 diperkirakan meningkat 3x, menjadi kurang lebih 29 juta jiwa/11,4% dari total populasi penduduk (*lembaga Demografi FE-UI-1993*).

Dari hasil tersebut diatas terdapat hasil yang mengejutkan yaitu:

1. 62,3% lansia di Indonesia masih berpenghasilan dari pekerjaannya sendiri.
2. 59,4% dari lansia masih berperan sebagai kepala keluarga.
3. 53% lansia masih menanggung beban kehidupan keluarga.

4. Hanya 27,5% lansia mendapat penghasilan dari anak atau menantu.

2. Fenomena Permasalahan Pada Lansia

Permasalahan Umum

- a. Makin besar jumlah lansia yang berada di bawah garis kemiskinan.
- b. Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai dan dihormati.
- c. Lahirnya kelompok masyarakat industry.
- d. Masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.
- e. Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.

Permasalahan Khusus

- a. Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial.
- b. Berkurangnya integrasi sosial usila.
- c. Rendahnya produktifitas kerja lansia.
- d. Banyaknya lansia yang miskin, terlanjar dan cacat.
- e. Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistic.
- f. Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

3. Fenomena Bio-psico-sosio-spiritual dan Penyakit Lansia

- a. Penurunan fisik
- b. Perubahan mental
- c. Perubahan-perubahan Psikososial

Karakteristik Penyakit pada Lansia:

- a. Penyakit sering multiple, yaitu saling berhubungan satu sama lain.
- b. Penyakit bersifat degeneratif yang sering menimbulkan kecacatan.
- c. Gejala sering tidak jelas dan berkembang secara perlahan.
- d. Sering bersama-sama problem psikologis dan sosial.
- e. Lansia sangat peka terhadap penyakit infeksi akut.
- f. Sering terjadi penyakit iatrogenik.

Hasil Penelitian Profil Penyakit Lansia di 4 Kota (Padang, Bandung, Denpasar dan Makassar) sbb:

- a. Fungsi tubuh yang dirasakan menurun : penglihatan (76,24%), daya ingat (69,39%), seksual (58,04%), kelenturan (53,23%), gigi dan mulut (51,12%).
- b. Masalah kesehatan yang sering muncul : sakit tulang atau sendi (69,39%), sakit kepala (51,15%), daya ingat menurun (38,51%), selera makan menurun (30,08%), mual/perut perih (26,66%), sulit tidur (24,88%), dan sesak nafas (21,28%).
- c. Penyakit kronis : rematik (33,14%), darah tinggi (20,66%), gastritis (11,34%), dan jantung (6,45%).

2. Pembinaan kesehatan pralansia dan lansia

Puskesmas santun Lansia adalah Puskesmas yang melaksanakan pelayanan kesehatan kepada pra lansia dan lansia yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang lebih menekankan unsur proaktif, kemudahan proses pelayanan, santun, sesuai standar pelayanan dan kerja sama dengan unsur lintas sektor. Dengan demikian maka program Lansia tidak terbatas pada pelayanan kesehatan di klinik saja, tetapi juga pelayanan kesehatan luar gedung dan pemberdayaan masyarakat.

Bentuk kesantunan pada lansia misalnya:

- a. Melayani lansia dengan senyum, ramah, sabar dan menghargai sebagai orang tua.
- b. Pelayanan rawat jalan gratis bagi lansia (usia 60 tahun ke atas)
- c. Proaktif dan responsif terhadap permasalahan kesehatan lansia.
- d. Kemudahan akses layanan bagi lansia baik prosedur layanan maupun fasilitasnya.

Jasa layanan yang bisa diberikan:

- a. Pelayanan kesehatan *One stop service* di ruang tersendiri. Pelayanan *one stop service* adalah pelayanan kepada Lansia mulai dari pendaftaran sampai mendapat obat dilaksanakan satu paket di satu ruang. Dengan begitu Lansia tidak perlu berpindah tempat dan antre lagi untuk pelayanan lainnya dalam Puskesmas.
- b. Konseling lansia
 - a. Posyandu lansiaPembinaan melalui karang werda
 - b. Pembinaan melalui forum karang werda kecamatan
 - c. Pelayanan melalui panti werda

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- d. Kunjungan rumah
- e. Membuat event tertentu seperti *talk show*, lomba senam lansia, jalan sehat, dll.
- f. Pendaftaran Pemeriksaan klinis pemeriksaan laboratorium bila perlu
- g. Konseling Pemberian obat, bila tidak ada ruang khusus maka lansia dilayani di poli umum tetapi pelayanannya didahulukan.
- h. Kemudahan akses
- i. Ada alur pelayanan lansia yang jelas dan mudah
- j. Mendahulukan lansia dari pasien umum
- k. Trap atau tangga tidak terlalu curam
- l. Disediakan jamban / WC duduk sehingga lansia tidak perlu jongkok
- m. Pegangan rambat pada tangga dan WC

Sasaran program:

- a. Lansia (umur 60 tahun keatas)
- b. Pralansia (umur 45 – 60 tahun)
- c. Keluarga lansia, masyarakat, serta lembaga masyarakat dan pemerintah.

Dasar hukum:

- a. Undang-Undang RI No 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Lansia
- b. Undang-undang RI No 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Usia Lanjut

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- c. Peraturan Pemerintah RI No 43 tahun 2004 tentang Kesejahteraan Usia Lanjut
target Program Pelayanan Lansia

3. Tugas perkembangan lansia

Tugas-tugas Perkembangan di Masa Tua menurut Havighurst:\

- a. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan
- b. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya income (penghasilan) keluarga.
- c. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup.
- d. Membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia.
- e. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.
- f. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes

4. Tugas perkembangan keluarga dengan lansia

Tugas perkembangan keluarga merupakan tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga dalam setiap tahap perkembangannya. Keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan biologis, imperative (saling menguatkan), budaya dan aspirasi serta nilai-nilai keluarga. Menurut Carter dan McGoldrick (2008), tugas perkembangan keluarga dengan lansia adalah sebagai berikut :

- a. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- b. Penyesuaian terhadap pendapatan yang menurun
- c. Penyesuaian diri terhadap kehilangan pasangan
- d. Pemeliharaan ikatan keluarga antar generasi

- e. Meneruskan untuk memahami eksistensi usia lanjut

Selain itu, lansia sendiri harus dapat melakukan perawatan dirinya sendiri, keluarga dan orang-orang disekitarnya pun perlu memahami bagaimana melakukan perawatan yang tepat bagi lansia tersebut. Oleh karena selama individu tersebut memiliki semangat untuk hidup serta melakukan kegiatan-kegiatan, maka ia akan tetap produktif dan berbahagia meskipun usianya telah lanjut

5. Memahami peran anggota keluarga terhadap lansia

Tugas perkembangan keluarga usia lanjut merupakan bagian penting dalam konsep keluarga usia lanjut. Perawat keluarga perlu memahami setiap tahap perkembangannya yaitu menerima penurunan kemampuan dan keterbatasan, menyesuaikan dengan masa pensiun, mengatur pola hidup yang terorganisir, menerima kehilangan dan kematian dengan tentram (Mubarak, 2006)

Tugas-tugas perkembangan keluarga usia lanjut

- a. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- b. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- c. Mempertahankan hubungan perkawinan
- d. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan

DAFTAR PUSTAKA

1. (Hurlock. (1980). Psikologi Perkembangan. (Edisi Kelima). Jakarta: Penerbit Erlangga)
2. Setiabudhi, Tony. 1999. *Panduan Gerontologi Tinjauan Dari Berbagai Aspek Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
3. Nugroho, Wahjudi SKM. 1995. *Perawatan Lanjut Usia*. Jakarta : EGC
4. Sahar juniati (2001) keperawatan gerontik, coordinator keperawatan komunitas, fakultas ilmu keperawatan UI, Jakarta.



Test Formatif

1. Yang termasuk dalam permasalahan umum pada lansia yakni
 - a. **Makin besar jumlah lansia yang berada di bawah garis kemiskinan.**
 - b. Makin menguatnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut diperhatikan, dihargai dan dihormati.
 - c. Lahirnya kelompok masyarakat kekerabatan
 - d. Tingginya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.
2. Yang termasuk dalam permasalahan khusus pada lansia yakni.
 - a. **Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial.**
 - b. Bertambahnya integrasi sosial usia.
 - c. Tingginya produktifitas kerja lansia.
 - d. Banyaknya lansia yang kaya dan bahagia
3. Berapa presentase tingkat kemandirian lansia di Indonesia masih berpenghasilan dari pekerjaannya sendiri. dalam?
 - a. **62,3%**
 - b. 59,4%
 - c. 53%
 - d. 27,5%
4. Fenomena Bio-psico-sosio-spiritual dan Penyakit Lansia. Kecuali..
 - a. Penurunan fisik
 - b. Perubahan mental
 - c. Perubahan-perubahan Psikososial
 - d. **Perubahan biologis**
5. Fungsi tubuh yang dirasakan menurun pada umumnya yang dirasakan oleh lansia pada bagian penglihatan lansia yakni:
 - a. 76,24%
 - b. 69,39%
 - c. 58,04%
 - d. 53,23%



**Memahami asuhan
keperawatan gerontik di
rumah, institusi, dan komunitas**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat :

1. Memahami asuhan keperawatan gerontik di rumah
2. Memahami asuhan keperawatan gerontik di institusi
3. Memahami asuhan keperawatan gerontik di komunitas

Uraian Materi



1. Asuhan keperawatan gerontik di rumah

Peran keluarga dalam keperawatan lansia

- a. Menjaga dan merawat kondisi fisik anggota keluarga yang lanjut usia, tetap dalam keadaan optimal atau produktif.
- b. Mempertahankan dan meningkatkan status mental pada lansia .
- c. Memotivasi dan memfasilitasi lansia untuk memenuhi kebutuhan spiritual, dengan demikian dapat meningkatkan ketaqwaan lansia kepada Tuhan YME.

Pendekatan Perawatan Lanjut Usia:

1. Pendekatan fisik

Perawatan yang memperhatikan kesehatan obyektif, kebutuhan, kejadian-kejadian yang dialami klien lanjut usia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bias di capai dan dikembangkan, dan penyakit yang dapat dicegah atau ditekan progresifitasnya. Perawatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi atas dua bagian yaitu:

- a. Klien lanjut usia yang masih aktif, yang keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhannya sehari-hari masih mampu melakukan sendiri.

- b. Klien lanjut usia yang pasif atau yang tidak dapat bangun, yang keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit. Perawat harus mengetahui dasar perawatan klien usia lanjut ini terutama tentang hal-hal yang berhubungan dengan keberhasilan perorangan untuk mempertahankan kesehatannya.

Kebersihan perorangan sangat penting dalam usaha mencegah timbulnya peradangan, mengingat sumber infeksi dapat timbul bila keberhasilan kurang mendapat perhatian. Disamping kemunduran kondisi fisik akibat proses penuaan, dapat mempengaruhi ketahanan tubuh terhadap gangguan atau serangan infeksi dari luar. Untuk klien lanjut usia yang masih aktif dapat diberikan bimbingan mengenai kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit dan badan, kebersihan rambut dan kuku, kebersihan tempat tidur serta posisi tidurnya, hal makanan, cara memakan obat, dan cara pindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya. Hal ini penting meskipun tidak selalu dikeluhkan dan dikemukakan atau gejala yang ditemukan memerlukan perawatan, tidak jarang pada klien lanjut usia dihadapkan pada dokter dalam keadaan gawat yang memerlukan tindakan darurat dan intensif, misalnya gangguan serebrovaskuler mendadak, trauma, intoksikasi dan kejang-kejang, untuk itu perlu pengamatan secermat mungkin.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Adapun komponen pendekatan fisik yang lebih mendasar adalah memperhatikan atau membantu para klien lanjut usia untuk bernafas dengan lancar, makan, minum, melakukan eliminasi, tidur, menjaga sikap tubuh waktu berjalan, tidur, menjaga sikap, tubuh waktu berjalan, duduk, merubah posisi tiduran, beristirahat, kebersihan tubuh, memakai dan menukar pakaian, mempertahankan suhu badan melindungi kulit dan kecelakaan. Toleransi terhadap kakurangan O₂ sangat menurun pada klien lanjut usia, untuk itu kekurangan O₂ yang mendadak harus disegah dengan posisi bersandar pada beberapa bantal, jangan melakukan gerak badan yang berlebihan.

Seorang perawat harus mampu memotifasi klien lanjut usia agar mau dan menerima makanan yang disajikan. Kurangnya kemampuan mengunyah sering dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan. Untuk mengatasi masalah ini adalah dengan menghidangkan makanan agak lunak atau memakai gigi palsu. Waktu makan yang teratur, menu bervariasi dan bergizi, makanan yang serasi dan suasana yang menyenangkan dapat menambah selera makan, bila ada penyakit tertentu perawat harus mengatur makanan mereka sesuai dengan diet yang dianjurkan.

Kebersihan perorangan sangat penting dalam usaha mencegah timbulnya peradangan, mengingat sumber infeksi bisa saja timbul bila kebersihan kurang mendapat perhatian. Oleh karena itu, kebersihan badan, tempat tidur, kebersihan rambut, kuku dan mulut atau gigi perlu

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

mendapat perhatian perawatan karena semua itu akan mempengaruhi kesehatan klien lanjut usia.

Perawat perlu mengadakan pemeriksaan kesehatan, hal ini harus dilakukan kepada klien lanjut usia yang diduga menderita penyakit tertentu atau secara berkala bila memperlihatkan kelainan, misalnya: batuk, pilek, dsb. Perawat perlu memberikan penjelasan dan penyuluhan kesehatan, jika ada keluhan insomnia, harus dicari penyebabnya, kemudian mengkomunikasikan dengan mereka tentang cara pemecahannya. Perawat harus mendekatkan diri dengan klien lanjut usia membimbing dengan sabar dan ramah, sambil bertanya apa keluhan yang dirasakan, bagaimana tentang tidur, makan, apakah obat sudah diminum, apakah mereka bisa melaksanakan ibadah dsb. Sentuhan (misalnya genggaman tangan) terkadang sangat berarti buat mereka.

2. Pendekatan psikis

Disini perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat dapat berperan sebagai supporter , 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 para lanjut usia merasa puas. Perawat harus selalu memegang prinsip ” Tripple”, yaitu sabar, simpatik dan service.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

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

Perawat harus membangkitkan semangat dan kreasi klien lanjut usia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa , rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik, dan kelainan yang dideritanya. Hal itu perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi karena bersama dengan semakin lanjutnya usia. Perubahan-perubahan ini meliputi gejala-gejala, seperti menurunnya daya ingat untuk peristiwa yang baru terjadi, berkurangnya kegairahan atau keinginan, peningkatan kewaspadaan , perubahan pola tidur dengan suatu kecenderungan untuk tiduran diwaktu siang, dan pergeseran libido.

Perawat harus sabar mendengarkan cerita dari masa lampau yang membosankan, jangan menertawakan atau memarahi klien lanjut usia bila lupa melakukan kesalahan . Harus diingat kemunduran ingatan jangan dimanfaatkan untuk tujuan tertentu.

Bila perawat ingin merubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, perawat bila melakukannya secara perlahan –lahan dan bertahap, perawat harus dapat mendukung mental mereka kearah pemuasan pribadi sehingga seluruh pengalaman yang dilaluinya tidak

menambah beban, bila perlu diusahakan agar di masa lanjut usia ini mereka puas dan bahagia.

3. Pendekatan sosial

Mengadakan diskusi, tukar pikiran, dan bercerita merupakan salah satu upaya perawat dalam pendekatan social. Memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama klien usia berarti menciptakan sosialisasi mereka. Jadi pendekatan social ini merupakan suatu pegangan bagi perawat bahwa orang yang dihadapinya adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain. Penyakit memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada para lanjut usia untuk mengadakan komunikasi dan melakukan rekreasi, misal jalan pagi, nonton film, atau hiburan lain. Tidak sedikit klien tidak tidur terasa, stress memikirkan penyakitnya, biaya hidup, keluarga yang dirumah sehingga menimbulkan kekecewaan, ketakutan atau kekhawatiran, dan rasa kecemasan.

Tidak jarang terjadi pertengkaran dan perkelahian diantara lanjut usia, hal ini dapat diatasi dengan berbagai cara yaitu mengadakan hak dan kewajiban bersama. Dengan demikian perawat tetap mempunyai hubungan komunikasi baik sesama mereka maupun terhadap petugas yang secara langsung berkaitan dengan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia di Panti Werda.

4. Pendekatan spiritual

Perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungannya dengan Tuhan atau agama yang dianutnya dalam keadaan sakit atau mendeteksi kematian.

Sehubungan dengan pendekatan spiritual bagi klien lanjut usia yang menghadapi kematian, DR. Tony styobuhi mengemukakan bahwa maut sering kali menggugah rasa takut. Rasa semacam ini didasari oleh berbagai macam factor, seperti ketidak pastian akan pengalaman selanjutnya, adanya rasa sakit dan kegelisahan kumpul lagi dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya. Dalam menghadapi kematian setiap klien lanjut usia akan memberikan reaksi yang berbeda, tergantung dari kepribadian dan cara dalam menghadapi hidup ini. Adapun kegelisahan yang timbul diakibatkan oleh persoalan keluarga perawat harus dapat meyakinkan lanjut usia bahwa walaupun keluarga tadi di tinggalkan , masih ada orang lain yang mengurus mereka. Sedangkan rasa bersalah selalu menghantui pikiran lanjut usia.

Umumnya pada waktu kematian akan datang agama atau kepercayaan seseorang merupakan factor yang penting sekali. Pada waktu inilah kelahiran seorang iman sangat perlu untuk melapangkan dada klien lanjut usia.

Dengan demikian pendekatan perawat pada klien lanjut usia bukan hanya terhadap fisik saja, melainkan perawat lebih dituntut menemukan pribadi klien lanjut usia melalui agama mereka.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

PENGKAJIAN

Tujuan:

1. Menentukan kemampuan klien untuk memelihara diri sendiri
2. Melengkapi dasar-dasar rencana perawatan individu
3. Membantu menghindarkan bentuk dan penandaan klien
4. Memberi waktu kepada klien untuk menjawab.

Meliputi aspek:

1. Fisik
2. Wawancara:
 - a. Pandangan lanjut usia tentang kesehatannya.
 - b. Kegiatan yang mampu dilakukan lanjut usia
 - c. Kebiasaan lanjut usia merawat diri sendiri
 - d. Kebiasaan makan, minum, istirahat/tidur, BZAB/BAK
 - e. Kebiasaan gerak badan atau olah raga atau senam lanjut usia
 - f. Perubahan fungsi tubuh yang sanga bermaknang dirasakan
 - g. Kebiasaan lanju usia dalam memelihara kesehatan dan kebiasaan dalam minum obat.
 - h. Apakah mengenal masalah-masalah utamanya
 - i. Bagaimana sikapnya terhadap proses penuaan
 - j. Apakah dirinya merasa dibutuhkan atau tidak
 - k. Apakah optimis dalm memandang suatu kehidupan
 - l. Bagaimana mengatasi stress yang dialami
 - m. Apakah mudah dalam menyesuaikan diri

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- n. Apakah lanjut usia sering mengalami kegagalan
 - o. Apakah harapan pada saat ini akan datang
 - p. Perlu dikaji juga mengenai fungsi kognitif: daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam penyelesaian masalah.
3. Pemeriksaan fisik:
- a. Kekuatan fisik lanjut usia: otot, sendi, penglihatan, dan pendengaran
 - b. Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui perubahan fungsi tubuh
 - c. Pendekatan yang digunakan untuk pemeriksaan fisik, yaitu:
 - 1) Head to toe
 - 2) Sistem tubuh
 - 3) Psikologis
4. Sosial ekonomi
- a. Dari man 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 diluar rumah
 - g. Siap saja yang mengunjungi

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- h. Seberapa besar ketergantungannya
 - i. Apakah dapat menyalurkan hobi atau keinginannya dengan fasilitas yang ada.
5. Spiritual
- a. Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya
 - b. Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, misalnya pengajian dan penyantunan anak yatim atau fakir miskin
 - c. Bagaimana cara lanjut usia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa
 - d. Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal

PENGKAJIAN DASAR

1. Temperatur

Mungkin serendah 95 F (hipotermi) kurang lebih 35 C
Lebih teliti diperiksa di sublingual

2. Pulse (denyut nadi)

kecepatan, irama, dan volume Apsila, radial, pedal.

3. Respirasi

Kecepatan, irama, dan kedalaman, Tidak tertunya pernafasan.

4. Tekanan darah

Saat baring, duduk, berdiri, Hipotensi akibat posisi tubuh.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

5. BB hilang pada tahun-tahun terakhir
6. Tingkat orientasi
7. Memory (ingatan)
8. Pola tidur
9. Penyesuaian psikososial
10. Sistem persyarafan
 - a. Kesimetrisan raut wajah
 - b. Tingkat kesadaran adanya perubahan dari otak
 - c. Mata: kejelasan melihat, adanya katarak
Pupil: kesamaan, dilatasi
Ketajaman penglihatan penurunan karena menua
 - d. Gangguan sensori (sensory deprivation)
 - e. Ketajaman pendengaran
Adanya sakit dan nyeri
11. Sistem kardiovaskuler
12. Sistem gastrointestinal
 - a. warna dan bau urine
 - b. Distensi kandung kemih, inkontinensia
 - c. Frekuensi, tekanan, atau desakan
Pemasukan cairan dan pengeluaran cairan
Disuria
Seksualitas.

13. Sistem kulit

Kulit

temperature, tingkat kelembaban

Keutuhan luka, luka terbakar, robekan

Turgor

Perubahan pigmen

Adanya jaringan parut

Keadaan kuku

Keadaan rambut

Adanya gangguan umum

14. Sistem musculoskeletal

Kontraktur

atrofi otot

mengecilkan tendo

ketidakadekuatannya gerakan sendi

tingkat mobilisasi

ambulasi dengan atau tanpa bantuan/peralatan

keterbatasan gerak

kekuatan otot

kemampuan melangkah atau berjalan

gerakan sendi

paralysis

15. status gizi

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

pemasukan diet

anoreksia, tidak direka , mual, dan mulut

mengunyah dan menelan

keadaah gigi, rahang, mual muntah

auskultasi bising usus

palpasi apakah perut kembung dan perlebatran kolon.

16. Psikososial

Menunjukkan tanda-tanda meningkatnya ketergantungan

Fokus pada diri bertambah

Memperlihatkan semakin sempitnya perhatian

Mebutuhkan bukti nyata akan rasa kasih sayang yang berlebihan.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Fisik/Biologis

1. Gangguan nutrisi :kurang/lebih dari kebutuhan tubuh b/d pemasukan yang tidak adequate
2. Gangguan persepsi sensorik : Pendengaran, penglihatan b/d hambatan penerimaan dan pengiriman rangsangan
3. Kurangnya perawatan diri b/d penurunan minat dalam merawat diri
4. Potensial cedera fisik b/d penurunan fungsi tubuh
5. Gangguan pola tidur b/d kecemasan atau nyeri
6. Perubahan pola eliminasi b/d kecemasan atau nyeri
7. Perubahan pola eliminasi b/d penyempitan jalan nafas atau adanya secret pada jalan nafas

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

8. Gangguan mobilitas fisik b/d kekuatan sendi
Psikososial

9. Isolasi social b/d perasaan curiga

10. Menarik diri dari lingkungan b/d perasaan tidak mampu

11. Depresi b/d isolasi social

12. Harga diri rendah b/d perasaan ditolak

13. Coping tidak adequate b/d ketidakmampuan mengemukakan perasaan secara tepat

14. Cemas b/d sumber keuangan yang terbatas

Spiritual

1. Reaksi berkabung atau berduka cita b/d ditinggal pasangan

2. Penolakan terhadap proses penuaan b/d ketidakstabilan menghadapi kematian

3. Marah terhadap tuhan b/d kegagalan yang dialami

4. Perasaan tidak tenang b/d ketidakmampuan melakukan ibadah secara tepat

RENCANA KEPERAWATAN

Meliputi :

1. Melibatkan klien dan keluarganya dalam perencanaan

2. Bekerjasama dengan profesi kesehatan yang lainnya

3. Tentukan prioritas :

4. Klien mungkin puas dengan situasi demikian

5. Bangkitkan perubahan tetapi jangan memaksakan

6. Keamanan atau rasa aman adalah utama yang merupakan kebutuhan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

7. Cegah timbulnya masalah-masalah
8. Sediakan klien cukup waktu untuk mendapat input atau pemasukan
9. Tulis semua rencana jadwal

Perencanaan

Tujuan tindakan keperawatan lansia diarahkan pada pemenuhan kebutuhan dasar, antara lain :

1. Pemenuhan kebutuhan nutrisi
2. Peningkatan keamanan dan keselamatan
3. Pemeliharaan kebersihan diri
4. Pemeliharaan keseimbangan istirahat/tidur
5. Meningkatnya hubungan interpersonal melalui komunikasi
6. Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Penyebab gangguan nutrisi pada lansia :

1. Penurunan alat pencernaan dan pengecap
2. Mengunyah kurang sempurna
3. Gigi yang tidak lengkap
4. Rasa penuh pada perut dan susah BAB
5. Melemah otot lambung dan usus

Masalah gizi yang timbul pada lansia :

1. Gizi berlebihan
2. Gizi kurang

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Kekurangan vitamin

4. Kelebihan vitamin

Kebutuhan Nutrisi pada lansia :

Kalori pada lansia :

Laki – laki = 2.100 kalori

Perempuan = 1.700 kalori

Dapat dimodifikasi tergantung keadaan lansia, missal gemuk atau kurus atau disertai penyakit demam.

Karbohidrat, 60 % jumlah karbohidrat yang dibutuhkan

Lemak, tidak dianjurkan karena menyebabkan hambatan pencernaan dan terjadi penyakit, 15%-20% dari total kalori yang dibutuhkan.

Protein, untuk mengganti sel-sel yang rusak, 20-25% dari total kalori yang dibutuhkan

Vitamin dan mineralsama dengan kebutuhannya pada usia muda

Air, 6-8 gelas perhari.

Meningkatkan keamanan dan Keselamatan lansia

Penyebab kecelakaan pada lansia :

1. Fleksibilitas kaki yang kurang

2. Fungsi penginderaan dan pendengaran menurun

3. Pencahayaan yang kurang

4. Lantai licin dan tidak rata

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

5. Tangga tidak ada pengaman
6. Kursi atau tempat tidur yang mudah bergeser

Tindakan Mencegah Kecelakaan pada lansia;

1. Biarkan lansia menggunakan alat Bantu untuk meningkatkan keselamatan
2. Latih lansia untuk pindah dari tempat tidur ke kursi
3. Biasakan menggunakan pengaman tempat tidur, jika tidur
4. Bila mengalami masalah fisik, misalnya rematik, latih klien untuk menggunakan alat Bantu untuk berjalan
5. Bantu ke kamar mandi terutama untuk lansia yang menggunakan obat penenang /diuretic
6. Menggunakan kaca mata bila berjalan atau melakukan sesuatu
7. Usahakan ada yang menemani, jika berpergian.

Lingkungan

1. Tempatkan klien di ruangan khusus dekat kantor sehingga mudah diobservasi bila lansia tersebut di rawat
2. Letakkan bel di bawah bantal dan ajarkan cara penggunaannya
3. Gunakan tempat yang tidak terlalu tinggi

2. Asuhan keperawatan gerontik di institusi

Strategi Intervensi Keperawatan

Strategi intervensi yang ditujukan bagi lansia disesuaikan dengan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tahap awal. Bagi lansia yang telah didiagnosa secara medis perlu menjalankan program pengobatan (terapi medis) sebagaimana mestinya dengan tetap memperhatikan aspek asuhan keperawatannya, baik bagi lansia yang mengalami perawatan di rumah maupun di institusi.

Strategi intervensi dalam uraian berikut ini terutama difokuskan pada asuhan keperawatan bagi lansia sebagaimana tujuan instruksional dalam pokok bahasan. Intervensi yang berbentuk pelatihan keperawatan dasar bagi lansia dapat dilakukan secara bimbingan langsung oleh tenaga perawat pada saat dilakukannya asuhan keperawatan di rumah atau di panti wreda. Pemberian asuhan keperawatan dasar bagi lansia dapat dibedakan atas dua golongan sasaran lansia, yaitu bagi lansia yang masih *aktif* dan lansia yang *pasif*. Pembagian ke dalam kelompok aktif atau aktif untuk sebagian besar berpatokan pada kapasitas fungsionalnya. Lansia aktif adalah mereka yang kondisi fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sedemikian sehingga taraf aktifitas sehari-seharnya masih tergolong mandiri. Sebaliknya, dengan lansia pasif dimaksudkan golongan lansia yang kondisi fisiknya menyebabkan mereka memerlukan banyak pertolongan orang lain seperti kelumpuhan atau penyakit yang dideritanya. Di mana untuk sebagian besar

mereka terpaksa dirawat di tempat tidur. Adapun strategi intervensi bagi kedua golongan itu meliputi hal-hal berikut ini.

a. Intervensi kepada lansia yang tergolong aktif

Bentuk intervensi di sini meliputi: aspek perawatan diri, aspek kebersihan lingkungan, aspek gizi, pencegahan kecelakaan atau keselamatan, pemenuhan kebutuhan istirahat, serta aspek psikososial lansia. Rincian kegiatan intervensi/asuhan keperawatan masing-masing aspek tersebut adalah seperti yang tercantum dalam tabel (Disarikan dari: Depkes RI, 1999, Pedoman Pembinaan Usia Lanjut.)

b. Intervensi kepada lansia yang tergolong pasif

Strategi intervensi bagi kelompok pasif ini terutama mereka yang dirawat di tempat tidur adalah mencakup aspek perawatan diri, kebersihan lingkungan tempat tidur dan ruangan, aspek pencegahan dekubitus, serta aspek perawatan lansia dan institusi (panti wreda atau ruang keperawatan).

Beberapa isu penting lainnya yang dapat disinggung di sini sehubungan dengan strategi intervensi pada lansia dengan atau tanpa kasus geriatrik adalah berturut-turut: penyalahgunaan obat, farmakologi terkait isu kultur, penelantaran lansia, dan manajemen stress.

d. Manajemen Stres

Apa itu stres ? Stres tidak lain dari suatu ancaman nyata atau dirasakan yang tertuju pada kondisi fisik, emosi, dan sosial seseorang. Kesemuanya dapat menimbulkan stres. Telah banyak teori yang diajukan tentang stres ini, namun yang mengaitkannya dengan lansia dan penuaan

hampir tidak ada (Miller, 2009). Pengertian tentang stres perlu dikaitkan dengan coping. Jadi ringkasnya, bahwa: (1) stres adalah kejadian eksternal serta situasi lingkungan yang membebani kemampuan adaptasi individu, terutama berupa beban emosional dan kejiwaan; sedangkan (2) coping, adalah cara berpikir dan bereaksi yang ditujukan untuk mengatasi beban atau transaksi yang menyakitkan itu (stresor). Pembaca dapat merujuk pada teori-teori tentang stres antara lain sindrom adaptasi umum menurut Selye (2006) serta sejumlah pakar terkemuka mengenai stres ini. Berikut ini disajikan faktor-faktor yang mempengaruhi coping pada lansia.

Tabel 1 Faktor-faktor yang mempengaruhi coping lansia

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pada Coping Lansia	
	Gaya coping:
a. Pengaruh dari berbagai pengalaman hidup beserta coping.	a. Hal ini lebih dipengaruhi oleh usia/kematangan.
b. Berbagai orang memaknai pengalaman hidupnya secara unik	b. Gaya coping yang pasif, yaitu yang lebih berfokus pada emosi dikatakan cukup efektif terhadap kejadian-kejadian yang tak mungkin lagi diubah.
c. Faktor waktu cukup berpengaruh, khususnya bila berbagai kejadian menimpa dalam selang waktu yang singkat.	c. Gaya coping yang aktif, yaitu yang lebih berfokus pada masalah dikatakan cukup efektif terhadap kejadian-kejadian yang

d. Bila suatu kejadian yang menimpa itu tidak diantisipasi sebelumnya. e. Pengalaman pahit yang dialami sehari-hari memerlukan coping yang lebih besar ketimbang coping untuk suatu tragedi. Sumber-sumber coping: a. Bagi dewasa adalah aset/harta milik lansia. b. Dukungan sosial merupakan penangkal terhadap stres.	masih dapat diubah. d. Menurut banyak kalangan bahwa segi keagamaan dan aktifitas tertentu merupakan perilaku coping yang efektif. e. Aktivitas yang bersifat menarik perhatian sangat membantu.
---	---

Dalam penghujung usia, seseorang tentu saja telah mengalami kejadian-kejadian dengan resiko stres yang tinggi, misalnya: penyakit akut atau kronis, pensiun, kematian kerabat, kesulitan keuangan atau perpindahan tempat domisili (lansia yang dimasukkan ke panti), serta masih banyak lagi. Walaupun aneka penyebab stres cukup beragam, namun dampak sosiologis pada umumnya serupa, yaitu dalam bentuk rangsangan saraf simpatik yang menyebabkan dikeluarkanya hormon-hormon dengan segenap akibat yang ditimbulkannya. Untuk bahan acuan yang lebih mendetail di bawah ini disajikan urutan jenis stresor menurut

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

peringatan dan pembobotanya sesuai skala stres dari Stokes dan Gordon (lihat Tabel 2).

Tabel 2 Skala stres menurut Stokes/Gordon

Ranking	Kejadian/Situasi	Bobot	Ranking	Kejadian/Situasi	Bobot
1.	Kematian anak	100	11.	Opname ke RS	85
2.	(yang tak terduga).	99	12.	(tak terencana).	84
	Kemunduran		13.	Menjadi tuli.	84
2.	penglihatan	99	13.	Takut	84
3.	(katarak/sejenis).	97		ditelantarkan.	
4.	Kematian cucu.	96	14.	Merasa tidak	82
4.	Kematian pasangan	96	15.	diindahkan/tak	82
	(tak terduga).		15.	punya tujuan	82
5.	Tak mampu lagi	93		hidup.	
	beranjak.		16.	Kemunduruan	80
5.	Kematian anak	93		mental.	79
	(telah		17.	Menyerahkan	77
6.	terduga/antisipasi).	92		warisan.	
	Ketakutan akan		19.	Merasakan	77
7.	rumah/harta diambil	90		sebagian	
	alih/dirampok.		19.	kehidupannya tak	76
7.	Nyeri	90	20.	sebagaimana	76
7.	/ketidaknyamanan	90		diharapkan.	

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

8.	yang menetap	89	20.	Membelanjakan	76
8.	(berlangsung lama).	89	21.	tabungan untuk	75
	Kerabat mengalami			kehidupan sehari-	
8.	trauma/penyakit	87	23.	hari.	73
10.	berat.	86	27.	Anggota keluarga	69
11.	Kematian pasangan	86	33.	berubah perilaku.	63
	(telah terduga).			Khawatir karena	
	Pindah kerumah			BAB/BAK	
	anak /famili.			bermasalah.	
	Pindah ke panti.			Anval penyakit	
	Mengalami			ditempat umum.	
	kecelkaan lalu			Merasa waktunya	
	lintas.			telah dekat	
	Ketergantungan			(sekarat).	
	pada kursi			Perubahan pola	
	roda/tongkat/alat			tidur.	
	bantu dengar.			Sulit	
	Tak mampu			menggunakan	
	merawat diri.			angkutan umum.	
	Kesepian/tinggal			Ketidakpastian	
	sendiri.			masa depan.	
	Tagihan utang tak			Menimbang untuk	
	terduga.			menulis wasiat.	

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

				Pensiun.	
--	--	--	--	----------	--

Sumber: Stokes, S.A.& Gordon, S.E. dalam Miller, C.A., 1995

Stres yang berlangsung secara berkepanjangan bisa berakibat serius termasuk kemungkinan munculnya penyakit jantung, hipertensi, stroke, penyakit kanker, penyakit maag, sampai pada kemungkinan penyakit kulit serta berbagai komplikasi lain, termasuk masalah sosial dan emosional. Caranya seorang lansia beradaptasi terhadap stres sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian serta strategi penyesuaian (koping) yang telah digunakan sepanjang hidupnya. Mencari teman serta menjaga persahabatan merupakan bentuk strategi yang penting. Persahabatan dapat memberi dukungan bagi lansia, terutama di saat stres meningkatkan rasa percaya diri untuk mengatasi kesulitan yang dihadapi. Klien lansia harus diberanikan agar berespons terhadap stres dengan cara yang sehat. Selain itu, perlu menjaga keseimbangan nutrisi, istirahat yang cukup, serta *exercise*. Juga dapat dipertimbangkan terapi relaksasi, sebagai contoh negara maju tak jarang orang melakukan yoga, meditasi, latihan relaksasi sampai pada melibatkan diri dalam berbagai aktivitas yang terkait dengan upaya mengatasi stres.

Akhirnya, pada tabel 3 adalah strategi koping yang dapat diikhtiarkan terhadap aneka tantangan yang dihadapi lansia.

Tabel 3 Strategi koping yang digunakan lansia

Penyesuaian Psikososial	Strategi Koping
Stereotip lansia	□ Perlu dikembangkan identitas diri yang kuat (percaya diri).

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Pensiun	□ Kembangkan keterampilan baru, gunakan waktu luang, berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan yang bermakna.
Pengurangan pendapatan	□ Memanfaatkan fasilitas <i>discount</i> yang tersedia.
Kemunduran kesehatan	□ Gaya hidup sehat (gizi, olahraga, dan istirahat secukupnya).
Keterbatasan fungsional (aktivitas sehari-hari)	□ Penyesuaian diri terhadap lingkungan dan jika perlu menggunakan alat bantu.
Kemunduran kognitif	□ Memanfaatkan peluang pendidikan seperti grup diskusi, perpustakaan, dan hal-hal lain yang kreatif.
Kematian anggota keluarga	□ Boleh larut dalam kesedihan secukupnya, bila perlu memanfaatkan konseling, bina keakraban yang baru.
Berpindah hunian	□ Di negara maju, bagi para lansia tersedia beragam pilihan hunian.
Tantangan kejiwaan lainnya	□ Pertahankan selera humor, gunakan teknik penghilang stres, dan berpartisipasi dalam aktivitas kelompok.

e. Penyalahgunaan Senyawa Obat

Di sini termasuk gangguan yang timbul akibat klien mengonsumsi suatu senyawa obat tertentu dalam jumlah yang membahayakan kesehatannya. Termasuk pula konsumsi alkohol, nikotin, kafein, obat bebas, dan obat-obatan lain. Di negara-negara maju problematika alkohol cukup menonjol tidak seperti halnya di negeri kita. Keadaan tersebut berakibat pada tingginya resiko trauma, kecelakaan, juga hal-hal berikut: kemunduran intelektual, gangguan pencernaan, malnutrisi, maag, gangguan jantung juga pada hati, dan peredaran darah otak. Dalam hal penyalahgunaan senyawa obat secara umum tidak terlepas dari obat resep yang seolah menimbulkan semacam ketagihan. Sering kali resep berasal dokter yang berbeda-beda. Lansia yang hidup di institusi menggunakan 4-7 macam obat (di AS). Seperti kata 'pameo' *bila dipakai sesuai aturan, obat akan mendatangkan manfaat, bila tidak, malapetaka*. Proses penuaan juga mempengaruhi reaksi obat dalam tubuh (absorpsi, peredaran dan metabolismenya). Dengan absorpsi, dimaksudkan waktu yang diperlukan bagi suatu obat (baik yang diminum, disuntik, atau rektal) untuk masuk peredaran darah. Padahal proses menua kecepatan pengosongan lambung, mengubah pH lambung, serta kecepatan distribusi obat.

Juga volume cairan tubuh yang menurun akibat penuaan akan menghambat distribusi obat-obat yang bersifat larut dalam air. Sehingga kadar obat-obatan seperti itu akan meningkat dalam darah. Jaringan lemak yang bertambah juga dapat berakibat meningkatnya penyimpanan (tersahannya)

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

obat-obat yang larut dalam lemak. Metabolisme obat berlangsung di hati yang fungsinya pada lansia sudah jauh menurun, sehingga memperlambat metabolisme obat. Akibatnya, obat akan berada lama dalam tubuh. Sama halnya dengan menurunnya kondisi ginjal akan meningkatkan efek toksik dari obat. Reaksi obat penurunan tekanan darah sering merupakan akibat dari meningkatnya kepekaan saraf pusat. Faktor-faktor resiko penyalahgunaan senyawa obat di kalangan lansia, yaitu: motivasi, pemahaman tentang kerja obat, kemampuan mengambil dan menyimpan obat pada tempatnya (lemari obat), serta kemampuan menelan terutama untuk bentuk obat tertentu.

Di samping hal-hal tersebut, lansia juga harus memerhatikan hal-hal berikut:

- 1) Menggunakan obat-obat dalam jumlah yang benar.
- 2) Menyimpan pada tempat obat masing-masing.
- 3) Membaca etiket.
- 4) Mendengar dan mengingat instruksi lisan yang diberikan.
- 5) Memahami waktu yang tepat untuk penggunaannya.
- 6) Mengikuti jadwal dosis obat.

Adapun obat-obat yang paling sering diresepkan adalah obat-obat: kardiovaskular, antiinfeksi, antipsikotik, antidepresi, dan diuretik. Sedangkan obat bebas yang sering adalah: analgetik, pencahar dan antasida, diikuti dengan obat batuk, obat gosok, obat mata serta vitamin. Reaksi obat terjadi

akibat digunakanya dua atau lebih macam obat serentak atau berturut-turut dalam jangka singkat. Dalam istilah medis, keadaan ini disebut polifarmasi.

Beberapa faktor penyebab timbulnya reaksi obat adalah:

1. Digunakanya bermacam obat.
2. Digunakannya obat bebas tanpa pengetahuan dokter.
3. Saling mendapatkan obat dari tetangga, kerabat, atau teman.
4. Penyalahgunaan obat, meliputi: memakai obat lebih, kurang, salah, atau memakai obat dalam keadaan kontraindikasi.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Psikososial

1. Penerapan komunikasi untuk meningkatkan rasa percaya diri (self esteem)
2. Perawat perlu secara sengaja mengkomunikasikan hal-hal positif tentang apa yang dilakukan lansia, misalnya sengaja menyapa saat waktu berpapasan. Menyapa sebaiknya dengan nama kecil (nama panggilan yang disukai lansia). Selain itu, hati-hati mengomentari sikap/kebiasaan para lansia pada umumnya (yang bersifat negatif) jika berada bersama lansia. Hindari menggunakan sebutan-sebutan yang merendahkan para lansia.
3. Perawat dalam berbicara menggunakan nada suara yang digunakan pada kolega lain.
4. Hindari menggunakan istilah perlengkapan bayi bagi lansia, walaupun perlengkapan tersebut untuk mereka (seperti popok, makanan bayi).
5. Hindari istilah=istilah seperti 'jompo'.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

6. Kemukakan hal-hal baik dan positif. Jangan mengungkit faktor-faktor kelemahan/kemunduran lansia.
7. Hargai hubungan kekeluargaan mereka serta hal-hal yang positif, misalnya seperti, potret keluarga dan sejenisnya.
8. Bila tampak adanya kemunduran fisik yang diderita, tawarkan jika ada jalan keluar untuk mengatasinya jika hal itu bisa dilakukan. Temukan peran-peran baru sertai hargai peran-peran positif yang terjadi pada saat ini.
9. Bagi lansia cacat fisik, perawat perlu memfokuskan perhatian pada ciri-ciri non fisik (kepribadian serta hubungan interpersonal).
10. Terapkan teknik komunikasi khusus bagi lansia, agar komunikasinya efektif.
11. Berikan bantuan kearah mandiri optimal
 - a. Perhatikan agar lansia sulit mengakses alat bantu yang digunakan seperti tongkat, alat bantu dengar (ABD), gigi palsu, atau kaca mata
 - b. Sediakan cukup waktu bila lansia ingin mengerjakan sesuatu sendiri. Jangan karena ingin buru- buru, perawat serta merta mengambil alih mengerjakan itu.
 - c. Sesuaikan kondisi lingkunganya, sehingga dapat memudahkan lansia yang telah mengalami kemunduran fungsional dan sensorik.
12. Upaya untuk dapat meningkatkan percaya diri
 - a. Selaku perawat, tanyakan hal-hal yang disukai dan yang idak agar dapat menawarkan pikiran yang disukai.

- b. Biasakan untuk meminta lansia menentukan pilihan terhadap sesuatu hal lebih dari satu opsi/pilihan. Bila terpaksa, minta lansia untuk memilih di antara dua pilihan walaupun keduanya hampir sama satu sama lain.
 - c. Pastikan sedapat mungkin agar lansia dapat memenuhi dari segi privasi. Misalny mengetuk pintu dahulu dan meminta izin untuk masuk kedalam kamarnya meskipun itu kamar rumah sakt.
 - d. Bila lansia tinggal dipanti, upayakan untuk melengkapi barang-barang /benda pribadi seperti foto keluarga dan lansia.
 - e. Pastikan lansia yang dirawat penuh di tempat tidur memiliki akses seperti bel untuk memanggil.
 - f. Libatkan lansia dalam mengambil keputusan, terutama yang langsung mempengaruhi perawatan dirinya.
 - g. Hindari sedapat mungkin memindahkan lansia ke panti wreeda, kecuali bila merujuk ke rumah sakit, serta libatkan lansia dalam mengambil keputusan bila hal itu terpaksa bertahan.
13. Dukungan sosial (pengasuh)
- a. Lakukan tindakan untuk mengatasi gangguan pendengaran dan hambatan komunikasi lainnya.
 - b. Beranikan lansia untuk berpartisipasi dalam kegiatan kelompok.
 - c. Bagi yang menggunakan kursi roda dan semacamnya, tempatkan mereka sedemikian sehingga bisa berinteraksi.

- d. Bagi penyelenggara panti agar menyusun tata ruang sedemikian rupa, sehingga memungkinkan interaksi.

Interensi Keperawatan pada Gangguan Fungsi Kognitif

- a. Cara-cara meningkatkan kemampuan mengingat dapat diuraikan berikut ini. Peningkatan memori (daya ingat) dapat dilakukan dengan cara seperti mencatat sesuatu pada daftar, kalender atau buku catatan, serta memakai alarm sebagai pengingat selain menggunakan cara-cara tradisional seperti senantiasa meletakkan sesuatu selalu ditempat tertentu.
- b. Terdapat pula cara atau teknik pelatihan yang ditujukan khusus untuk meningkatkan daya ingat dan aspek kognitif secara umum yang tergolong keterampilan khusus.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Pendengaran

- a. Faktor-faktor resiko seperti keturunan dan penyakit-penyakit tertentu akan sulit diatasi, namun perawat dapat berupaya untuk menangani faktor-faktor resiko berupa:
 - 1) Terpapar pada kebisingan.
 - 2) Obat-obat yang bersifat ototoksik.

Mengenai obat-obat ototoksik, perawat dapat memberi penyuluhan pada lansia/kerabat penjaganya tentang jenis-jenis obat seperti itu.

3) Penggunaan alat bantu dengar (ABD).

Alat ini berfungsi untuk memperkuat bunyi tertentu seperti suar radio, televisi, atau telephon. Namun, diperlukan edukasi kepada pemakai mengenai segi pemeliharaan dan pemakaiannya.

4) Terapkan teknik komunikasi yang baik untuk membantu lansia dengan gangguan pendengaran. Seperti diketahui bahwa pada presbikusis terutama terganggu untuk nada frekuensi tinggi. Keadaan ini dapat diperburuk dengan oleh pembicaraan yang cepat serta adanya gangguan suara latar belakang. Pengucapan kata-kata harus *jelas* dan *lambat* serta menghindari adanya kegaduhan lingkungan. Teknik lainnya adalah memakai komunikasi non verbal dan komunikasi tertulis.

Adapun tindakan untuk memperbaiki komunikasi seperti dijelaskan di atas, pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Perlu ditekankan bahwa dampak negatif pada gangguan pendengaran adalah lansia tersebut dapat mengalami isolasi sosial, terutama pada saat berada ditengah komunikasi kelompok di mana lansia akan sulit berpartisipasi dalam percakapan.

Intervensi pada Gangguan Penglihatan

1. Faktor resiko pada gangguan penglihatan adalah terpapar pada sinar UV. Untuk itu, dapat dicegah dengan menggunakan pelindung kepala (topi) dan kaca mata pelindung. Perawat perlu mengajari lansia/kerabat tentang pentingnya mendeteksi glaukoma dan katarak. Bila katarak telah menyebabkan gangguan

penglihatan berat, perlu dipertimbangkan tindakan bedah. Pembedahan katarak dewasa ini semakin berhasil dilakukan. Lansia dinasehati lansia dinasehati melakukan pemeriksaan mata selaku tindakan kolaboratif.

Bila keluhan lainya seperti kekeringan, mata menonjol, maka dapat digunakan obat tetes mata sesuai resep dokter. Lansia dengan keluhan tersebut terakhir ini, perlu menghindari asap rokok dan sejenis (sprai) maupun terhadap angin kencang. Obat-obatan tertentu dapat menyebabkan kekeringan mata seperti diuretik, antihistamin, antikolinergik, dan adrenergik. Lansia dengan gangguan visus dapat memanfaatkanalat bantu (kacamata). Selain itu, termasuk pula alat bantu seperti Loupe, kontras, serta iluminasi. Suatu cara yang sederhana adalah dengan bantuan fotokopi dapat memperbesar bahan bacaan yang diperlukan lansia.

Seperti halnya dengan gangguan pendengaran, maka dengan melakukan upaya untuk meningkatkan kemampuan penglihatan secara tak langsung tak memperbaiki kualitas hidup lansia. Contoh sederhana adalah dengan memakai ukuran kacamata yang cocok yang memungkinkan lansia dapat membaca buku, koran, majalah, serta sekaliagus dapat meningkatkan kepuasan dan interaksi sosial serta stimulasi intelektual.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Pencernaan dan Nutrisi

1. Penyuluhan sehubungan dengan nutrisi dan pencernaan meliputi 3 (tiga) hal yang penting, yaitu:
 - a. Kondisi rongga mulut dan gigi:

- b. Kebersihan mulut dan gigi.
 - c. Menggunakan sikat yang lunak sert pasta gigi yang mengandung fluor.
 - d. Hindari pemakaian obat kusia, karena dapat menyebabkan kekeringan mulut
 - e. Hindari makanan manis seperti permen atau yang sejenisnya.
 - f. Sehabis memakan makanan yang manis harus menyikat gigi.
 - g. Minta pelayanan dokter gigi secara teratur, misalnya dua kali setahun.
 - h. Bila menggunakan gigi palsu, copot di malam hari, rendam dalam air, dan bersihkan sebelum dipakai lagi.
2. Penyuluhan tentang konstipasi:
- a. Defekasi setiap hari bukanlah suatu norma, karena masing-masing lansia memilki pola sendiri-sendiriyang berkisar antara 3 kali sehari sampai 3 kali seminggu.
 - b. Perlu memeperhatikan diet tinggi serat berupa sayuran segar serta beberapajenis sayuran mentah, kacang-kacangan, serta makanan sereal dari zat tepung.
 - c. Minum air yang cukup sebaiknya disertai jus buah setiap hari.
 - d. Hindari menggunakan obat pencahar, anjurkan lansia agar jangan menunda bila merasa hendak buang air besar.
 - e. Lakukan *exercise* secara teratur.

3. Penyuluhan tentang kekeringan rongga mulut:
 - a. Hal yang mungkin timbul akibat gangguan/penyakit pada mulut atau oleh pengaruh obat yang memerlukan dilakukannya pengkajian yang seksama.
 - b. Merangsang produksi saliva dapat dilakukan dengan mengunyah permen yang tak mengandung gula serta banyak minum air, hindari alkohol, dan minuman asam.
 - c. Hindari pemakaian obat kusia, hindari rokok, serta tingktkan hieGINE mulut dan gigi.
 - d. Akhirnya mengenai konsumsi gizi, secara ringkas di sini diberi anjuran tentang pentingnya memerhatikan Pedoman Umum Gizi Seimbang Bagi Lansia (PUGS).

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Eliminasi Urine

1. Aspek penyuluhan terhadap mitos atau pandangan yang keliru
 - a. Inkontinensia bukanlah suatu proses penuaan yang tidak tertangani.

Adapun kemunduran akibat penuaan yang akan mempengaruhi selang waktu antara keinginan/merasa berkemih dengan waktu berkemih sesungguhnya. Termasuk pula frekuensi bangun di malam hari untuk berkemih.
 - b. Terhadap dampak akibat gangguan perkemihan dapat diupayakan tindakan tertentu.
 - c. Nokturia urgensi dan frekuensi tak selalu berakibat inkontinensia total.

- d. Jangan membatasi minum, hanya karena hal-hal tersebut diatas, karena kandung kemih yang penuh perlu selaku sinyal saraf.
 - e. Bila kurang minum, akan mengakibatkan urine menjadi sangat pekat dan seterusnya berupa stimulasi kontraksi kandung kemih yang tak disadari dan akan menjurus ke inkontinensia.
 - f. Bila dibiasakan mengosongkan kandung kemih setiap selang waktu 1-2 jam tak akan mengatasi masalah dapat menjurus pada timbulnya inkontinensia.
2. Aktivitas penyuluhan kesehatan
- a. Minta bantuan kolaboratif dari pihak berkompeten.
 - b. Minum air 8-10 gelas per hari, tapi kurangi di malam hari.
 - c. Jangan berpatokan pada rasa haus, tapi minumlah sesuai anjuran diatas.
 - d. Hindari meminum yang mengandung alkohol dan kafein, apalagi dimalam hari.
 - e. Cegah hal-hal yang dapat berakibat konstipasi.
 - f. Minumlah 1-2 gelas air sebelum atau selama kegiatan yang menguras keringat.
 - g. Penyesuaian faktor lingkungan selaku tindakan pencegahan bagi klien inkontenensia
 - h. Perhatikan pencahayaan dan faktor serupa mengenai akses ke toilet.
 - i. Lengkapi toilet dengan pegangan dan semacamnya.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Obat-obatan untuk klien dengan inkontinensia
 - a. Bila penyebab inkontinensia adalah sters, maka beri obat phenylpropanolamine, estrogen/progestin.
 - b. Bila penyebab inkontinensinya akibat urgensi, maka beri obat propanthelin, imipramie, dan dicyclomine.
 - c. Bila penyebab akibat retensi, maka diberi obat Bethanecol.
 - d. Dan bila akibat dari obstruksi, maka diberi obat Phenoxybenzamine.
4. Melatih otot dasar panggul sesuai dengan anjuran dengan anjuran dan hasil konsultasi kolaboratif.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Kardiovaskular

1. Pedoman keperawatan pada klien hipertensi
 - a. Tujuan pengobatannya adalah untuk mengontrol tekanan darah dengan cara minimal serta untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat penyakit jantung.
 - b. Pengobatan ditujukan untuk memperhatikan tekanan darah sistolik di bawah 140 dan diastolik dibawah 90.
 - c. Tindakan juga diarahkan pada penyesuaian gaya hidup, yaitu: asap rokok, pantang/pengurangan garam, kurangi berat badan hingga maksimal 110% dari ideal, *exercise* teratur, misalnya berjalan, hindari alkohol.
 - d. Bagi lansia dengan tekanan sistolik sudah biasa tinggi agar dikurangi menjadi sekitar 160 mmHg.

2. Penyuluhan untuk mengurangi resiko penyakit Kardiovaskular
 - a. Pantau tekanan darah berkala, kadar kolesterol agar tak melampaui 200 mg, juga pemantauan berat badan.
 - b. *Exercise*, merokok, dan pantang garam seperti diuraikan diatas.
 - c. Diet kurang lemak, terutama lemak jenuh.
 - d. Lemak tak jenuh adalah lebih sesuai dan banyak dikandung dalam jagung, olive kacang-kacangan yang pada umumnya tergolong dalam asam linoleat dan oleat. Sedangkan golongan palmitat termasuk lemak tak jenuh. Lemak yang berasal dari daging-dagingan dan minyak kelapa tergolong lemak jenuh.
 - e. Pilih susu skim, hindari susu full krim.
 - f. Yogurt, krim keju merupakan bahan rendah lemak.
 - g. Pilih mentega/margarin yang rendah lemak, kurangi konsumsi kuning telur (pakai saja putih telurnya).
 - h. Pilih daging-dagingan yang tak berlemak.
 - i. Kurangi menu gorengan.
 - j. Diet tinggi serat.
3. Penyuluhan bagi klien dengan hipotensi
 - a. Mencegah hipotensi postural dan postprandial dengan cara:
 - b. Intake cairan yang cukup, hindari alkohol.
 - c. Hindari obat-obatan dengan efek samping hipotensi (antihipertensif, antikolinergik, fenotiazine, antidepresi, faso dilator, dan barbiturat).
 - d. Pertahankan kondisi badan yang khususnya tonus otot.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- e. Hindari panas matahari yang berlebih.
 - f. Bila makan obat antihipertensi sebaiknya sesudah makan.
 - g. Untuk mencegah hipotensi postprandial makanlah sedikit-sedikit dengan porsi kecil-kecil meskipun frekuen.
 - h. Bila mengkonsumsi nitrogliserin jangan sambil posisi tegak.
4. Tindakan terhadap klien yang mengalami hipotensi postural
- a. Mengubah posisi harus secara perlahan.
 - b. Dalam posisi berbaring, bila hendak berdiri sebaiknya duduklah dahulu di samping tempat tidur selama beberapa menit.
 - c. Jangan berdiri terlalu lama bila dapat melakukan kegiatan sambil duduk, maka hindarilah berdiri.
 - d. Pertahankan intake cairan secara adekuat, tapi hindari minuman yang mempermudah kencing.
 - e. *Exercise*, sekucupnya, tapi jangan melelahkan.
 - f. Kenakan pakaian yang longgar.
 - g. Tidur dengan menggunkan tempat tidur dengan posisi kepala ditinggikan.
 - h. Jangan terlalu kekenyangan.
 - i. Hindari konstipasi.
5. Hindari dampak lain yang merupakan akibat dari hipotensi berupa:
- a. Potensi jatuh.
 - b. Memakai alarm.
 - c. Penyesuaian faktor lingkungan.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Fungsi Respirasi

1. Bagi lansia yang masih merokok perlu mendiskusikan bersama klien tentang segenap hal negatifnya yang mencakup berbagai kelainan pada paru dan jantung, hipertensi bahkan serangan jantung. Juga mengenai ancaman keganasan pada rongga mulut serta saluran napas bagian atas. Selanjutnya, diupayakan penghentian merokok melalui program khusus yang kini banyak dikembangkan.
2. Menghindari faktor resiko lainya seperti yang disajikan dalam pokok bahasan pengkajian keperawatan.
3. Upaya untuk mencegah serangan pneumonia, terutama pada musimnya, antara lain dengan cara vaksinasi.
4. Penekanan kembali tentang pentingnya memelihara status gizi yang baik, program *exercise*, serta intake cairan yang cukup.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Mobilitas dan Keselamatan

1. Upaya pencegahan terhadap osteoporosis, baik melalui intervensi secara medis, nutrisi, maupun secara penyesuaian gaya hidup. Adapun cara medis, yaitu dengan terapi hormon pengganti pada wanita menopause antara lain dengan estrogen dosis rendah dan dapat dikombinasi dengan progesteron. Ada pihak yang menganjurkan peningkatan intake kalsium per hari hingga 1.000 mg (oleh FDA) yang dianjurkan bagi lansia wanita maupun pria. Namun perihal dosis tinggi masih kontroversi dikalangan para pakar yang umumnya masih berpegang pada kebutuhan harian

maksimum 800 mg. Juga mengonsumsi diet tinggi kalsium seperti susu, keju, es krim, ikan kaleng, serta sayuran hijau. Walaupun kini tersedia suplemen kalsium, namun ini tak dianjurkan bila lansia menderita gangguan fungsi ginjal atau terdapat tendensi pembentukan batu ginjal. Upaya lainnya yaitu dengan penyesuaian gaya hidup sehat seperti berolahraga jalan dengan sepatu yang cocok.

2. Upaya pencegahan terhadap jatuh sesuai dengan hasil pengkajian mengenai faktor lingkungan sebagai faktor resiko, serta dilakukannya pembenahan terhadap resiko faktor lingkungan. Selalu diingatkan hal ini melalui poster atau brosur selain pada lansia dan kerabatnya juga bagi petugas (panti). Upaya ekstra terhadap pencegahan jatuh ini ditujukan terutama bagi mereka yang beresiko tinggi, yaitu bila aktivitas sehari-hari berada pada tingkat ketergantungan.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Kulit dan Integumen

1. Upaya pencegahan terhadap pengeringan kulit (xerosis) dengan cara mempertahankan kesehatan kulit antara lain melalui kecukupan cairan juga vitamin A dan C dalam diet sehari-hari. Bila perlu menggunakan pelembab pada kulit sehabis mandi dengan masase lembut. Bisa juga dengan bedak, tapi hindari bahan iritan seperti alkohol, apalagi berbagai bahan kimia dalam obat gosok ini berpeluang menimbulkan reaksi alergi.
2. Menjaga kebersihan diri melalui mandi secukupnya (tidak berlebihan), memakai sabun yang lembut, dan mengeringkan dengan hati-hati. Hindari

cahaya terik langsung matahari. Bila terpaksa, gunakanlah pelembab. Mengenakan pakaian dari bahan katun, mengingat bahan *polyester* tertembus sinar UV.

3. Hindari lecet atau perlukaan lainya didaerah kulit. Perhatian serius perlu diarahkan pada pencegahan luka dekubitus seperti yang telah disinggung dalam pokok bahasan sindroma geriatrik.

Intervensi Keperawatan pada Gangguan Pola Tidur

1. Tindakan penyuluhan perihal pola tidur ditujukan, baik bagi lansia yang masih tergolong mandiri maupun yang sudah dependen (ketergantungan). Juga tidak saja bagi lansianya, tetapi juga bagi kerabatnya. Mengingat bahwa umumnya gangguan pola tidur yang dialami berupa kesulitan untuk dapat tertidur pulas.
2. Biasakan dan patuhi jam tidur setiap malam. Bagi klien dengan keluhan insomnia, perlu mempraktikkan upaya ekstra seperti berikut. Bila perlu mandi hangat sebelumnya (di sore hari). Hindari makanan yang mengandung kafein serta tak minum obat setelah tengah malam. Juga hindari rokok dan alkohol, karena semua ini tergolong stimulan. Dapat dianjurkan minum segelas susu sebelum tidur. Metode relaksasi juga dilaporkan bermanfaat antara alin meditasi, bernapas dalam disertai relaksasi, latihan pasif, masase kaki atau badan, mendengarkan musik lembut, atau menonton acara televisi yang tidak bersifat menstimulasi. Di sore hari dapat dianjurkan olahraga ringan.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Bila terpaksa menggunakan obat tidur, maka yang diperhatikan adalah karakteristik obat berupa ‘waktu paruh (*half life*) seperti tertera pada tabel berikut (Miller, 2009).

Jenis Obat	Waktu Paruh Usia bagi Dewasa (jam)	Waktu Paruh Usia bagi Lansia (jam)
Flurazepam (Dalmane)	47-100	120-160
Diazepam (Valium)	20-50	36-98
Clordiazepoksid (Librium)	5-20	15-30

3.Asuhan keperawatan gerontik di komunitas

Perubahan Biologis Pada Lansia

Banyak kemampuan berkurang pada saat orang bertambah tua. Dari ujung rambut sampai ujung kaki mengalami perubahan dengan makin bertambahnya umur. Menurut Nugroho (2000) perubahan fisik yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut:

a. Sel

- 1) Jumlah sel menurun/menjadi sedikit.
- 2) Ukuran sel lebih besar.
- 3) Berkurangnya cairan tubuh dan cairan intra seluler.
- 4) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, dan hati.
- 5) Jumlah sel otak menurun.
- 6) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
- 7) Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%.
- 8) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar.

b. Sistem Respirasi

- 1) Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
- 2) Aktivitas silia menurun.
- 3) Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dengan kedalaman bernafas menurun.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 4) Ukuran alveoli melebar (membesar secara progresif) dan jumlah berkurang.
 - 5) Berkurangnya elastisitas bronkus.
 - 6) Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.
 - 7) Karbondioksida pada arteri tidak berganti. Pertukaran gas terganggu.
 - 8) Refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang.
 - 9) Sensitivitas terhadap hipoksia dan hiperkarbia menurun.
 - 10) Sering terjadi emfisema senilis.
 - 11) Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring pertambahan usia.
- c. Sistem Kardiovaskuler
- 1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
 - 2) Elastisitas dinding aorta menurun
 - 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun ($\text{frekuensi denyut jantung maksimal} = 200 - \text{umur}$)
 - 4) Curah jantung menurun.
 - 5) Kehilangan sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg (mengakibatkan pusing mendadak).
 - 6) Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.

- 7) Tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistol normal ± 170 mmHg, diastol normal ± 95 mmHg.

b. Sistem Persarafan

- 1) Respon menjadi lambat dan hubungan antara persyarafan menurun.
- 2) Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya).
- 3) Mengecilnya saraf panca indra sehingga mengakibatkan berkurangnya respon penglihatan dan pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap suhu, ketahanan tubuh terhadap dingin rendah.
- 4) Kurang sensitif terhadap sentuhan.
- 5) Defisit memori.

c. Sistem Pencernaan

- 1) Kehilangan gigi, penyebab utama *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
- 2) Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas saraf pengecap di lidah, terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas saraf pengecap terhadap rasa asin, asam, dan pahit.
- 3) Esofagus melebar.

- 4) Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
- 5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- 6) Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu, terutama karbohidrat).
- 7) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

d. Sistem Genitourinaria

- 1) Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang. Akibatnya, kemampuan mengonsentrasi urine menurun, berat jenis urine menurun, proteinuria (biasanya +1), BUN (*blood urea nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat. Keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu bila dibandingkan dengan usia muda. *Renal plasma flow* (RPF) dan *glomerular filtration rate* (GFR) atau klirens kreatinin menurun secara linier sejak usia 30 tahun. Jumlah darah yang difiltrasi oleh ginjal berkurang.
- 2) Vesika urinaria. Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat. Pada

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat

- 3) Pembesaran prostat. Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

e. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- 2) Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi.
- 3) Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- 4) Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus.
- 5) Kifosis.
- 6) Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- 7) Gangguan gaya berjalan.
- 8) Kekakuan jaringan penghubung.
- 9) Diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- 10) Persensian membesar dan menjadi kaku.
- 11) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- 12) Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami).

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 13) Komposisi otot berubah sepanjang waktu (myofibril digantikan oleh lemak, kolagen, dan jaringan parut).
- 14) Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.
- 15) Otot polos tidak begitu berpengaruh.

f. Sistem Penglihatan

- 1) Sfingter pupil timbul sklerosis dan respons terhadap sinar menghilang.
- 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- 3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- 4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.
- 5) Penurunan/hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbiopia, seseorang sulit melihat dekat yang dipengaruhi berkurangnya elastisitas lensa.
- 6) Lapang pandang menurun: luas pandangan berkurang.
- 7) Daya membedakan warna menurun, terutama warna biru atau hijau pada skala.

g. Sistem Pendengaran

- 1) Gangguan pendengaran. Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.
- 2) Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 3) Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
- 4) Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan/stress.
- 5) Tinitus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus menerus atau intermitten).
- 6) Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).

h. Sistem pengaturan suhu tubuh

Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Kemunduran terjadi karena beberapa faktor yang mempengaruhinya yang sering ditemukan antara lain:

- 1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun.
- 2) Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat, dan gelisah.
- 3) Keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

i. Sistem Reproduksi

Wanita

- 1) Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
- 2) Ovarium menciut, uterus mengalami atrofi.

- 3) Atrofi payudara.
- 4) Atrofi vulva.
- 5) Selaput lender vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

Pria

- 1) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- 2) Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik.

j. Sistem Endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormon. Hormon pertumbuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan, dan metabolisme organ tubuh. Yang termasuk hormon kelamin adalah:

- 1) Estrogen, progesterone, dan testosterone yang memelihara alat reproduksi dan gairah seks. Hormon ini mengalami penurunan.
- 2) Kelenjar pankreas (yang memproduksi insulin dan sangat penting dalam pengaturan gula darah).
- 3) Kelenjar adrenal/anak ginjal yang memproduksi adrenalin. Kelenjar yang berkaitan dengan hormon pria/wanita. Salah satu kelenjar endokrin dalam tubuh yang mengatur agar arus darah ke organ tertentu berjalan dengan baik, dengan jalan mengatur vasokonstriksi

pembuluh darah. Kegiatan kelenjar adrenal ini berkurang pada lanjut usia.

- 4) Produksi hampir semua hormon menurun.
- 5) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah.
- 6) Hipofisis: pertumbuhan hormon ada, tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah; berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH.
- 7) Aktivitas tiroid, BMR (*basal metabolic rate*) dan daya pertukaran zat menurun.
- 8) Produksi aldosteron menurun.
- 9) Sekresi hormon kelamin, misalnya progesterone, estrogen, dan testosterone menurun.

k. Sistem Integumen

- 1) Kulit menjadi keriput dan mengkerut akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis).
- 3) Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak berbintik-bintik atau noda cokelat.
- 4) Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 5) Respons terhadap trauma menurun.
- 6) Mekanisme proteksi kulit menurun: produksi serum menurun, produksi vitamin D menurun, pigmentasi kulit terganggu.
- 7) Kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu.
- 8) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 9) Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- 10) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- 11) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- 12) Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
- 13) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- 14) Jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang.

Penyakit-Penyakit Pada Lansia

1. Sistem Pernapasan

a. Emfisema

Emfisema dapat didefinisikan sebagai suatu perubahan struktur paru-paru dalam bentuk pelebaran saluran napas di ujung akhir bronkus disertai dengan kerusakan dinding alveolus. Penyakit ini termasuk dalam penyakit paru obstruktif kronik yang menimbulkan kesulitan pengeluaran udara pernapasan. Penyakit ini bersifat progresif dan biasanya diawali dengan sesak napas. Gejala emfisema dapat berupa batuk yang disertai dahak berwarna putih atau mukoid, dan jika

terdapat infeksi, sputum tersebut menjadi purulen. Badan terlihat lelah, nafsu makan berkurang, dan berat badan pasien menurun.

b. Asma

Asma adalah penyakit inflamasi kronis saluran pernapasan yang menyebabkan hiperresponsivitas jalan napas. Penyakit asma ditandai dengan 3 hal, antara lain penyempitan saluran napas, pembengkakan, dan sekresi lendir yang berlebih di saluran napas. Secara umum gejala asma adalah sesak napas, batuk berdahak, dan suara napas yang berbunyi *wheezing*, yang biasanya timbul secara episodic pada pagi hari menjelang waktu subuh karena pengaruh keseimbangan hormone kortisol yang kadarnya rendah saat pagi hari dan berbagai faktor lainnya.

c. Pneumonia

Pneumonia merupakan salah satu masalah kesehatan yang penting pada lansia. Penyakit ini menduduki peringkat keempat penyebab kematian dan infeksi paru dan sering merupakan penyakit terminal yang dialami lansia. Pneumonia pada lansia dapat bersifat akut atau kronis. Gejala pneumonia bermacam-macam bergantung pada kondisi tubuh dan jenis kuman penyebab infeksi. Beberapa tanda dan gejala pneumonia meliputi demam, batuk, napas pendek, berkeringat, menggigil, dada terasa berat dan nyeri saat bernapas (pleuritis), nyeri kepala, nyeri otot dan lesu. Pada lansia, gejala dan tanda-tanda ini lebih ringan, bahkan suhu tubuh dapat lebih rendah dari nilai normal.

d. Bronkitis

Bronkitis merupakan peradangan membran mukosa yang melapisi bronkus dan/atau bronkiolus, yaitu jalan napas dari trakea ke paru-paru. Bronkitis dapat dibagi menjadi 2 kategori, yaitu akut dan kronis. Bronkitis akut ditandai dengan batuk dengan atau tanpa sputum, terdiri atas mucus yang diproduksi di saluran napas. Sedangkan bronkitis kronis merupakan satu dari penyakit paru obstruktif kronis dengan batuk produktif yang berlangsung sampai 3 bulan atau lebih setiap tahunnya selama 2 tahun.

2. Sistem Kardiovaskuler

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak (akut). Hipertensi menetap (tekanan darah yang tinggi yang tidak menurun) merupakan faktor risiko terjadinya stroke, penyakit jantung koroner, gagal jantung, gagal ginjal, dan aneurisma. Meskipun peningkatan tekanan darah relative kecil, hal tersebut dapat menurunkan angka harapan hidup. Biasanya penyakit ini tidak memperlihatkan gejala, meskipun beberapa pasien melaporkan nyeri kepala, lesu, pusing, pandangan kabur, muka yang terasa panas atau telinga mendenging.

b. Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Serangan jantung biasanya terjadi jika bekuan darah menutup aliran darah di arteri coronaria, yaitu pembuluh darah yang menyalurkan makanan ke otot jantung. Penghentian suplai darah ke jantung akan merusak atau mematikan

sebagian jaringan otot jantung. Gejala yang sering muncul pada serangan jantung dapat berupa rasa tertekan, rasa penuh atau nyeri yang menusuk di dada dan berlangsung selama beberapa menit. Nyeri tersebut juga dapat menjalar dari dada ke bahu, lengan, punggung dan bahkan dapat juga ke gigi dan rahang. Episode ini dapat semakin sering dan semakin lama. Kadang-kadang, gejala yang timbul berupa sesak napas, berkeringat (dingin), rasa cemas, pusing, atau mual sampai muntah. Pada perempuan, gejala-gejala tersebut dirasa kurang menonjol. Namun, gejala tambahan dapat timbul, berupa nyeri perut seperti terbakar, kulit dingin, pusing, rasa ringan di kepala, dan terkadang disertai rasa lesu yang luar biasa tanpa sebab yang jelas.

c. **Gagal Jantung**

Gagal jantung sering terjadi pada umur 65 tahun atau lebih, dan insiden meningkat pada lansia yang berumur lebih dari 70 tahun. Keadaan ini merupakan ketidakmampuan jantung memompa darah sesuai kebutuhan fisiologis. Angka rawat inap gagal jantung pada pasien lansia semakin bertambah dalam 20 tahun terakhir. Gagal jantung pada usia tua biasanya disebabkan hipertensi arterial yang memengaruhi pemompaan darah yang akhirnya menyebabkan gagal jantung atau terjadi akibat PJK. Hipertensi dan PJK juga mengganggu curah jantung. Kelainan katup menyebabkan gangguan ejeksi, pengisian dan preload kronis yang diakhiri dengan gagal jantung.

3. Sistem Persarafan

a. Penyakit Alzheimer

Penyakit ini merupakan bagian dari demensia. 50-60% demensia ditimbulkan penyakit Alzheimer. Istilah demensia digunakan untuk menggambarkan sindrom klinis dengan gejala penurunan daya ingat dan kemunduran fungsi intelektual lainnya. Pasien mengalami kemunduran fungsi intelektual yang bersifat menetap, yakni adanya gangguan pada sedikitnya 3 dari 5 komponen fungsi neurologis, yang mencakup fungsi berbahasa, mengingat, melihat, emosi, dan memahami.

b. Stroke

Stroke terjadi bila aliran darah ke otak mendadak terganggu atau jika pembuluh darah di otak pecah sehingga darah mengalir keluar ke jaringan otak disekitarnya. Sel-sel otak akan mati jika tidak mendapatkan oksigen dan makanan atau akan mati akibat perdarahan yang menekan jaringan otak sekitar. Stroke dapat dibagi atas 2 kategori besar, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Yang pertama terjadi akibat penyumbatan aliran darah sedangkan yang kedua karena pecahnya pembuluh darah. Delapan puluh persen kasus stroke disebabkan oleh iskemia dan sisanya akibat perdarahan.

c. Penyakit Parkinson

Penyakit Parkinson merupakan suatu penyakit saraf dengan gejala utama berupa tremor, kekakuan otot, dan postur tubuh yang tidak stabil. Penyakit ini terjadi akibat sel saraf (neuron) yang mengatur gerakan mengalami kematian. Ciri penyakit Parkinson merupakan kelompok gejala yang tergabung dalam kelainan

gerakan. Empat gejala utama Parkinson adalah tremor atau gemetar di tangan, lengan, rahang, atau kepala; kekakuan di otot atau ekstremitas; bradikinesia, atau perlambatan gerakan; postur tubuh yang tidak stabil atau gangguan keseimbangan. Gejala biasanya timbul secara perlahan dan semakin lama semakin parah. Pada taraf gejala maksimal, pasien tidak dapat berjalan, berbicara, atau bahkan melakukan suatu pekerjaan yang sederhana. Penyakit ini bersifat menahun, progresif, tidak menular, dan tidak diturunkan.

4. Sistem Pencernaan

a. Inkontinensia Alvi

Keadaan ketika seseorang kehilangan kontrolnya dalam mengeluarkan tinja, yaitu pasien mengeluarkan tinja tidak pada waktunya, tidak dapat menahannya atau terjadi kebocoran produk ekskresi tersebut. Mereka dengan keluhan ini dalam pergaulan merasa tersisihkan dan rendah diri yang akhirnya dapat menimbulkan gangguan jiwa.

b. Diare

Keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan frekuensi BAB lebih dari 3 kali dalam sehari dengan konsistensi feses yang cair, terkadang terdapat ampas dan lendir. Hal ini terjadi karena fungsi fisiologis sistem pencernaan lansia yang sudah mulai menurun dan juga disebabkan oleh bakteri dan faktor psikologis.

5. Sistem Perkemihan

a. Gagal Ginjal Akut

Terjadi penurunan mendadak fungsi ginjal dalam membuang cairan dan ampas darah ke luar tubuh. Jika ginjal tidak mampu menyaring darah, cairan dan ampas

tersebut akan menumpuk dalam tubuh. Keadaan ini dapat pulih kembali dan jika kondisi pasien cukup baik fungsi ginjal dapat kembali normal dalam beberapa minggu, misalnya akibat penyakit kronis seperti PJK, stroke, infeksi berat ataupun penyakit penyerta lainnya. Tanda dan gejalanya dapat berupa penurunan jumlah pengeluaran urine meskipun sesekali pengeluaran masih dapat terjadi, retensi air yang dapat menimbulkan edema tungkai, mengantuk, sesak napas, lesu, bingung, kejang atau koma pada kasus berat, dan nyeri dada akibat perikarditis. Biasanya pasien tidak memperhatikan tanda/gejala awal ini tetapi lebih terfokus pada keluhan penyakit penyerta.

b. Gagal Ginjal Kronis

Terjadi penurunan fungsi ginjal yang lambat dengan tanda/gejala yang minimal. Banyak pasien yang tidak menyadari timbulnya keadaan tersebut sampai fungsi ginjal hanya tinggal 25%. Penyebabnya adalah diabetes dan hipertensi. Beberapa tanda dan gejala yang mungkin dapat diketahui adalah hipertensi, penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, anemia, mual dan muntah, lesu dan gelisah, kelelahan, nyeri kepala tanpa sebab yang jelas, penurunan daya ingat, kedutan dan kram otot, BAB berdarah, kulit kekuningan, dan rasa gatal.

c. BPH (Benign Prostat Hiperplasia/Hipertropi)

BPH adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan oleh karena hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat, meliputi antara lain: jaringan kelenjar dan jaringan fibromuskular yang menyebabkan penyumbatan uretra pars prostatika. Gejala klinik terjadi oleh karena 2 hal, yaitu penyempitan uretra yang menyebabkan kesulitan berkemih dan Retensi air kemih dalam kandung kemih

yang menyebabkan dilatasi kandung kemih, hipertrofi kandung kemih dan cystitis. Gejala klinik dapat berupa frekuensi berkemih bertambah, berkemih pada malam hari, kesulitan dalam hal memulai dan menghentikan berkemih, air kemih masih tetap menetes setelah selesai berkemih, rasa nyeri pada waktu berkemih.

d. Inkontinensia Urine

Terjadinya pengeluaran urine secara spontan pada sembarang waktu di luar kehendak. Keadaan ini umum dijumpai pada lansia. Dari segi medis, inkontinensia mempermudah timbulnya ulkus dekubitus, infeksi saluran kemih, sepsis, gagal ginjal, dan peningkatan angka kematian.

6. Sistem Muskuloskeletal

a. Osteoarthritis

Pada penyakit ini, rasa kaku biasanya timbul pada pagi hari setelah tidur, dan sendi terasa nyeri jika digerakkan, tetapi dapat menghilang beberapa saat setelah digerak-gerakan. Rasa nyeri dan kaku dapat timbul secara bergantian selama beberapa bulan atau tahun. Peradangan ini paling bersifat asimetris. Osteoarthritis terjadi akibat ausnya sendi, yang merusak tulang rawan pada lapisan terluar sendi karena penggunaan sendi yang berulang-ulang. Tulang yang berdekatan akan saling bergeser sehingga menimbulkan rasa nyeri. Penyakit ini biasanya mengenai daerah lutut dan punggung.

b. Arthritis rheumatoid (arthritis simetris)

Pada penyakit ini, kaku pada pagi hari tidak mereda setelah 1 atau 2 jam. Kadang-kadang kaku merupakan tanda awal penyakit ini. Peradangan sendi lain dapat berupa nyeri dan keletihan yang semakin berat. Pembengkakan sendi pada

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

beberapa bagian tubuh seperti tangan, kaki, siku, pergelangan kanan-kiri yang terparar secara simetris juga dimasukkan dalam criteria arthritis rheumatoid.

c. *Ankylosing spondylitis*

Penyakit ini paling sering mengenai tulang belakang atau bagian lain, seperti bahu, tangan, dan kaki, biasanya secara asimetris.

d. *Psoriatic arthritis*

Hingga 30% pengidap psoriasis juga akan mengalami *psoriatic arthritis*. Kelainan ini biasanya bersifat asimetris, tetapi juga dapat timbul secara simetris, menyerupai arthritis rheumatoid.

e. *Pirai (gout)*

Jenis arthritis ini menimbulkan nyeri yang cukup hebat dengan terjadinya penumpukan asam urat di sendi-sendi. Keadaan ini biasanya pertama kali mengenai ibu jari kaki sampai berwarna kemerahan dan bengkak, tetapi juga dapat mengenai sendi lainnya. Rasa nyeri tersebut dapat cepat berkembang.

f. *Arthritis pada lupus*

Arthritis dapat terjadi pada lupus eritematosus, yaitu penyakit peradangan kronis jaringan ikat yang terjadi karena sistem imunitas tubuh menyerang jaringan atau organ pasien sendiri. Inflamasi terlihat pada berbagai sistem tubuh yang berbeda, mencakup sendi, kulit, ginjal, sel darah, jantung, dan paru.

g. *Peradangan sendi*

Keparahan penyakit ini dinilai berdasarkan derajat ketidakmampuan pergerakan yang ditimbulkannya. Bagi seseorang dengan fisik yang aktif, gangguan arthritis ringan sudah dianggap sebagai suatu bencana.

h. Osteoporosis

Keadaan ini merupakan kondisi tulang yang keropos, rapuh, atau mudah patah. Penyebabnya adalah perubahan kadar hormon, kekurangan kalsium dan vitamin D, dan/atau kurangnya aktivitas fisik. Osteoporosis merupakan penyebab utama fraktur orang dewasa terutama pada kaum perempuan.

7. Sistem Penglihatan

a. Katarak

Katarak merupakan suatu keadaan dimana terjadi kekeruhan pada lensa mata. Katarak yang tidak mendapatkan penanganan dapat menyebabkan glaucoma fakomorfik. Lensa mata yang menua pada katarak dengan zonula siliaris yang lemah dapat tergeser ke depan atau ke belakang sehingga persepsi cahaya yang memasuki mata menjadi terganggu dan mengaburkan penglihatan seseorang. Katarak pada lansia ditandai dengan kekeruhan lensa mata, pembengkakan lensa yang berakhir dengan pengerutan dan kehilangan sifat transparansinya. Pada keadaan lain katarak akibat usia lanjut ini, kapsul lensa akan mencair membentuk cairan kental putih yang menimbulkan peradangan hebat jika kapsul lensa mengalami rupture dan cairan tersebut keluar, yang disebut katarak Morgagni.

8. Sistem Pendengaran

a. Presbiakusis

Presbiakusis merupakan istilah kedokteran untuk gangguan pendengaran pada lansia. Keadaan ini biasanya terjadi pada usia 55 tahun atau lebih. Penyebab gangguan pendengaran lainnya pada orang berusia tua antara lain karena infeksi atau kerusakan di telinga dalam. Kemunduran pendengaran ini muncul bertahap

dalam beberapa tahun, yang mungkin tidak disadari pada awalnya. Gangguan tersebut baru diketahui ketika pasien mengalami kesulitan mendengar suara orang menelepon atau mengikuti pembicaraan pada kumpulan orang ramai. Teman atau anggota family dapat terkejut karena pasien menyetel televisi terlalu keras atau meminta pengulangan pertanyaan berkali-kali. Gangguan pendengaran ini dapat menimbulkan keterasingan dan ketidakmampuan mendengar tanda bahaya.

9. Sistem Endokrin

a. Diabetes

Seseorang disebut mengidap diabetes jika terdapat kenaikan kadar gula darah yang menetap. Penyakit ini terjadi pada segala umur, walaupun umumnya lebih sering dijumpai pada lansia sebagai suatu penyakit kronis, yaitu sekitar 18% pada kelompok individu berumur 65 tahun dan 25% di atas 85 tahun. Umumnya terdapat 5 tanda gejala awal, yaitu peningkatan frekuensi berkemih, rasa haus, bertambahnya nafsu makan, infeksi atau luka yang sukar sembuh, dan lesu. Kadang-kadang gejala terawal berupa penglihatan yang kabur.

10. Sistem Reproduksi

a. Disfungsi Ereksi

Disfungsi ereksi berarti kegagalan terjadinya dan ketidakmampuan mempertahankan ereksi pada 50% usaha penetrasi pada persetubuhan. Disfungsi ereksi dapat terjadi dari waktu ke waktu pada berbagai tingkat umur setelah dewasa. Walaupun insiden disfungsi ereksi meningkat seiring pertambahan usia, prevalensinya mencapai sekitar 52% pada umur antara 40-70 tahun dan meningkat pada orang yang lebih tua, yaitu hampir mencapai 95% pada pria berumur >70

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

tahun, terutama dengan penyakit penyerta seperti diabetes. Disfungsi ereksi dapat timbul akibat gangguan vascular, neurogenik, endokrin, kelainan struktur penis, efek samping obat, dan stress psikologis.

Diagnosa Keperawatan Yang Sering Muncul

Berikut ini adalah diagnosa keperawatan yang sering muncul dalam penatalaksanaan untuk menanggulangi gangguan biologis pada lansia:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d. peningkatan produksi sputum, penyempitan jalan napas.
2. Ketidakefektifan pola napas b.d. edema paru, bronkokonstriksi.
3. Gangguan pertukaran gas b.d. kerusakan alveolus.
4. Nyeri akut b.d. peningkatan tekanan vascular serebral.
5. Inkontinensia alvi/urine b.d. menurunnya fungsi fisiologis otot-otot sfingter karena penuaan.
6. Kelebihan volume cairan b.d. kerusakan fungsi ginjal.
7. Defisit volume cairan b.d. kehilangan cairan berlebihan karena diare.
8. Nyeri akut/kronis b.d. fraktur dan spasme otot, inflamasi dan pembengkakan, distensi jaringan akibat akumulasi cairan/proses inflamasi, destruksi sendi.
9. Konstipasi b.d. imobilitas atau terjadinya ileus (obstruksi usus).
10. Kerusakan mobilitas fisik b.d. nyeri, alat imobilisasi, dan keterbatasan beban berat badan, deformitas skeletal.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

11. Gangguan citra tubuh b.d. perubahan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi atau ketidakseimbangan mobilitas.
12. Kerusakan integritas kulit b.d. imobilisasi/tirah baring yang lama.
13. Risiko cedera b.d. rapuhnya tulang, kekuatan tulang yang berkurang.
14. Defisit perawatan diri b.d. kerusakan musculoskeletal, penurunan kekuatan, daya tahan, nyeri saat bergerak atau depresi.
15. Gangguan pola tidur b.d. nyeri, fibrosistis.
16. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, prognosis, dan pengobatan akibat kurang mengingat, kesalahan interpretasi informasi.
17. Ansietas b.d. kerusakan sensori dan kurangnya pemahaman mengenai perawatan pascaoperatif, pemberian obat.
18. Risiko cedera b.d. kerusakan penglihatan, kesulitan keseimbangan.
19. Nyeri b.d. trauma, peningkatan TIO, inflamasi intervensi bedah.
20. Peningkatan kadar gula darah b.d. kerusakan insulin.
21. Risiko tinggi infeksi b.d. perawatan luka gangren yang tidak adekuat.
22. Gangguan perfusi jaringan b.d. penurunan suplai darah ke daerah perifer.
23. Gangguan pola seksual b.d. nyeri, kelemahan, sulit mengatur posisi, dan kurang adekuat lubrikasi.
24. Ketidakberdayaan b.d. perubahan fisik dan psikologis akibat penyakit.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Rencana Keperawatan

Berikut ini adalah contoh rencana keperawatan yang bisa diberikan untuk beberapa diganosa keperawatan di atas:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d. peningkatan produksi sputum, penyempitan jalan napas.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas klien efektif dengan kriteria hasil:

- a. Klien menyatakan perasaan lega.
- b. Keluarnya sputum/sekret.
- c. Klien mampu melakukan batuk efektif dan menyatakan strategi untuk menurunkan kekentalan sekresi.

Rencana Keperawatan:

- a. Bina Hubungan Saling Percaya

R/ Terjadi keterbukaan antara perawat, pasien, serta keluarganya.

- b. Jelaskan pasien tentang kegunaan batuk yang efektif dan mengapa terdapat penumpukan sekret di saluran pernapasan.

R/ Pengetahuan yang diharapkan akan membantu mengembangkan kepatuhan pasien terhadap rencana teraupetik.

- c. Ajarkan pasien tentang metode yang tepat pengontrolan batuk.

R/ Batuk yang tidak terkontrol adalah melelahkan dan tidak efektif, menyebabkan frustrasi.

- d. Napas dalam dan perlahan saat duduk setegak mungkin.

R/ Memungkinkan ekspansi paru lebih luas.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- e. Lakukan pernapasan diafragma.

R/ Pernapasan diafragma menurunkan frekuensi napas dan meningkatkan ventilasi alveolar.

- f. Tahan napas selama 3-5 detik kemudian secara perlahan-lahan, keluarkan sebanyak mungkin melalui mulut. Lakukan napas ke dua, tahan dan batukkan dari dada dengan melakukan 2 batuk pendek dan kuat.

R/ Meningkatkan volume udara dalam paru mempermudah pengeluaran sekresi sekret.

- g. Auskultasi paru sebelum dan sesudah pasien batuk.

R/ Pengkajian ini membantu mengevaluasi keefektifan upaya batuk pasien.

- h. Ajarkan pasien tindakan untuk menurunkan viskositas sekresi: mempertahankan hidrasi yang adekuat; meningkatkan masukan cairan 1000 sampai 1500 cc/hari bila tidak kontraindikasi.

R/ Sekresi kental sulit untuk diencerkan dan dapat menyebabkan sumbatan mukus, yang mengarah pada atelektasis.

- i. Dorong atau berikan perawatan mulut yang baik setelah batuk.

R/ Hiegene mulut yang baik meningkatkan rasa kesejahteraan dan mencegah bau mulut.

- j. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain, dengan dokter, radiologi dan fisioterapi.

- 1) Pemberian expectoran.
- 2) Pemberian antibiotika.

3) Konsul photo toraks

R/ Expextorant untuk memudahkan mengeluarkan lendir dan mengevaluasi perbaikan kondisi pasien atas pengembangan parunya.

2. Nyeri akut/kronis b.d. fraktur dan spasme otot, inflamasi dan pembengkakan, distensi jaringan akibat akumulasi cairan/proses inflamasi, destruksi sendi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau terkontrol dengan kriteria hasil:

- a. Klien menyatakan perasaan nyaman.
- b. Klien menunjukkan raut wajah lega.
- c. Klien menyatakan skala nyeri berkurang.

Rencana Keperawatan:

- a. Kaji keluhan nyeri, skala nyeri, serta catat lokasi dan intensitas, faktor-faktor yang mempercepat, dan respon rasa sakit nonverbal.

R/ Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri dan efektivitas program.

- b. Berikan matras/kasur keras, bantal. Tinggikan tempat tidur sesuai kebutuhan

R/ Matras yang empuk/lembut, bantal yang besar akan menjaga pemeliharaan kesejajaran tubuh yang tepat, menempatkan stress pada sendi yang sakit. Peninggian tempat tidur menurunkan tekanan pada sendi yang nyeri.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- c. Biarkan klien mengambil posisi yang nyaman waktu tidur atau duduk di kursi. Tingkatkan istirahat di tempat tidur sesuai indikasi.

R/ Pada penyakit yang berat/eksaserbasi, tirah baring mungkin diperlukan untuk membatasi nyeri atau cidera.

- d. Tempatkan atau pantau penggunaan bantal, karung pasir, gulungan trokanter, bebat atau brace.

R/ Mengistirahatkan sendi-sendi yang sakit dan mempertahankan posisi netral. Penggunaan brace dapat menurunkan nyeri/kerusakan pada sendi. Imobilisasi yang lama dapat mengakibatkan hilang mobilitas/fungsi sendi.

- e. Anjurkan klien untuk sering merubah posisi. Bantu klien untuk bergerak di tempat tidur, sokong sendi yang sakit di atas dan di bawah, serta hindari gerakan yang menyentak.

R/ Mencegah terjadinya kelelahan umum dan kekakuan sendi. Menstabilkan sendi, mengurangi gerakan/rasa sakit pada sendi.

- f. Anjurkan klien untuk mandi air hangat. Sediakan waslap hangat untuk kompres sendi yang sakit. Pantau suhu air kompres, air mandi, dan sebagainya.

R/ Meningkatkan relaksasi otot dan mobilitas, menurunkan rasa sakit, dan menghilangkan kekakuan pada pagi hari. Sensitivitas pada panas dapat dihilangkan dan luka dermal dapat disembuhkan.

- g. Berikan masase yang lembut.

R/ Meningkatkan relaksasi/mengurangi tegangan otot.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- h. Dorong penggunaan teknik manajemen stress, misal relaksasi progresif, sentuhan terapeutik, biofeedback, visualisasi, pedoman imajinasi, hypnosis diri, dan pengendalian napas.

R/ Meningkatkan relaksasi, memberikan rasa kontrol nyeri, dan dapat meningkatkan kemampuan coping.

- i. Libatkan dalam aktivitas hiburan sesuai dengan jadwal aktivitas klien

R/ Memfokuskan kembali perhatian, memberikan stimulasi, dan meningkatkan rasa percaya diri dan perasaan sehat.

- j. Beri obat sebelum dilakukan aktivitas/latihan yang direncanakan sesuai dengan petunjuk.

R/ Meningkatkan relaksasi, mengurangi tegangan otot/spasme, memudahkan untuk ikut serta dalam terapi.

3. Risiko cedera b.d. rapuhnya tulang, kekuatan tulang yang berkurang

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien tidak mengalami fraktur baru dengan kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan postur tubuh yang bagus.
- 2) Mempergunakan mekanika tubuh yang baik.
- 3) Mengonsumsi diet seimbang tinggi kalsium dan vitamin D.
- 4) Rajin menjalankan latihan pembebanan berat badan.
- 5) Istirahat dengan berbaring beberapa kali sehari.
- 6) Berpartisipasi dalam aktivitas di luar rumah.
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang nyaman.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Rencana Keperawatan:

- a. Bina hubungan saling percaya.

R/ Terjadi keterbukaan antara perawat, pasien, serta keluarganya.

- b. Dorong klien untuk latihan memperkuat otot, mencegah atrofi, dan menghambat demineralisasi tulang progresif.

R/ Latihan fisik setiap hari, misal: berjalan kaki, olahraga ringan dapat menjaga kekuatan dan kepadatan tulang.

- c. Latihan isometrik, untuk memperkuat otot batang tubuh.

R/ Terapi diperlukan untuk mempertahankan fungsi otot.

- d. Jelaskan kepada klien pentingnya menghindari membungkuk mendadak, melenggok, dan mengangkat beban lama.

R/ Mencegah terjadinya kelelahan umum dan kekakuan sendi. Menstabilkan sendi, mengurangi gerakan/rasa sakit pada sendi.

- e. Berikan informasi bahwa aktivitas di luar rumah penting untuk memperbaiki kemampuan tubuh menghasilkan vitamin D.

R/ Vitamin D dapat membantu tulang untuk mengabsorpsi kalsium yang berguna untuk menjaga kepadatan tulang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, Vol. 3*. Jakarta: EGC.
2. Lukman dan Nurna Ningsih. 2012. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
3. Nugroho, Wahjudi. 2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik, Ed. 3*. Jakarta: EGC.
4. Pudjiastuti, Sri Surini dan Budi Utomo. 2003. *Fisioterapi pada Lansia*. Jakarta: EGC.
5. Agoes, Azwar, dkk. 2010. *Penyakit di Usia Tua*. Jakarta: EGC.



Test Formatif

1. Peran keluarga dalam keperawatan lansia yakni yakni:
 - a. **Menjaga dan merawat kondisi fisik anggota keluarga yang lanjut usia, tetap dalam keadaan optimal atau produktif.**
 - b. Mempertahankan dan merendahkan status mental pada lansia .
 - c. Tidak memfasilitasi lansia untuk memenuhi kebutuhan spiritual agar lansia istirahat
 - d. Menjaga lansia agar tetap istirahat
2. Pendekatan yang dilakukan untuk Perawatan yang memperhatikan kesehatan obyektif, kebutuhan, kejadian-kejadian yang dialami klien lanjut usia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih bias di capai dan dikembangkan, dan penyakit yang yang dapat dicegah atau ditekan progresifitasnya. Yakni termasuk dalam pendekatan?
 - a. **Pendekatan fisik**
 - b. Pendekatan psikis
 - c. Pendekatan bio-psiko
 - d. Pendekatan sosial
3. Dalam pendekatan ini perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat dapat berperan sebagai supporter , interpreter terhadap segala sesuatu yang asing, sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab, yakni termasuk dalam pendekatan?
 - a. Pendekatan fisik
 - b. **Pendekatan psikis**
 - c. Pendekatan bio-psiko
 - d. Pendekatan sosial
4. Banyak kemampuan berkurang pada saat orang bertambah tua. Dari ujung rambut sampai ujung kaki mengalami perubahan dengan makin bertambahnya umur. termasuk dalam perubahan pada lansia pada bagian?
 - a. **Perubahan biologis**
 - b. Perubahan psikis
 - c. Perubahan sosio
 - d. Perubahn bio-psiko
5. Respon menjadi lambat dan hubungan antara persyarafan menurun, Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya), Mengecilnya saraf panca indra sehingga mengakibatkan berkurangnya respon penglihatan dan pendengaran, mengecilnya saraf

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap suhu, ketahanan tubuh terhadap dingin rendah. Termasuk dalam gangguan sistem?

- a. Kardiovaskuler
- b. Gastrointestinal
- c. Pernapasan
- d. Neurovaskuler



Memahami kebutuhan dasar pada lansia (nutrisi)

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat :

Memahami kebutuhan dasar pada lansia (nutrisi)



Saluran Pencernaan Makanan

Sistem pencernaan berurusan dengan penerimaan makanan dan mempersiapkannya untuk diasimilasi tubuh. Saluran pencernaan terdiri atas bagian-bagian berikut:

1. Mulut

Mulut merupakan bagian awal dari saluran pencernaan dan terdiri atas dua bagian luar yang sempit (vestibula), yaitu ruang di antara gusi, bibir, pipi, dan bagian dalam, yaitu rongga mulut. Di dalam mulut, makanan mengalami proses mekanis melalui pengunyahan yang akan membuat makanan dapat hancur sampai merata, dibantu oleh enzim amylase yang akan memecah amilium yang terkandung dalam makanan menjadi maltose.

Proses mengunyah ini merupakan kegiatan terkoordinasi antara lidah, gigi, dan otot-otot mengunyah. Di dalam mulut, juga terdapat kelenjar saliva yang menghasilkan saliva untuk proses pencernaan dengan cara mencerna hidrat arang, khususnya amylase, melicinkan bolus sehingga mudah ditelan, menetralkan, serta mengecerkan bolus.

Kelenjar tersebut terdiri atas: *kelenjar parotis*, merupakan kelenjar penghasil saliva terbesar yang terletak di sebelah kiri dan kanan bagian depan agak ke bawah; *kelenjar submandibularis*, merupakan penghasil saliva nomer dua setelah kelenjar parotis, terletak dibawah sisi tulang rahang; dan *kelenjar sublingualis*, penghasil saliva terkecil, letaknya di bawah lidah.

Dalam proses sekresi, saliva dipengaruhi oleh beberapa factor, di antaranya factor mekanis (seperti adanya benda bolus dalam mulut), factor psikis (seperti bila mencium atau mengingat makanan yang enak), dan factor kimiawi (seperti bila makanan terasa asam atau asin).

2. Faring

Faring merupakan bagian saluran pencernaan yang terletak di belakang hidung, mulut, dan laring. Faring terbentuk kerucut dengan bagian terlebar di bagian atas hingga vertebra servikal keenam. Faring langsung berhubungan dengan esophagus, sebuah tabung yang memiliki otot dengan panjang kurang lebih 20-25 cm dan terletak di belakang trakea, di depan tulang punggung, kemudian masuk melalui toraks menembus diafragma yang berhubungan langsung dengan abdomen serta menyambung dengan lambung.

Esophagus merupakan bagian yang berfungsi menghantarkan makanan dari faring menuju lambung. Esophagus berbentuk seperti silinder yang berongga dengan panjang kurang lebih 2 cm dengan kedua ujungnya dilindungi oleh sfingter. Dalam keadaan normal, sfingter bagian atas selalu tertutup, kecuali bila ada makanan masuk ke dalam lambung. Keadaan ini bertujuan untuk mencegah gerakan balik sisi ke porgan bagian atas, yaitu esophagus. Proses penghantaran makanan dilakukan dengan cara peristaltic, yaitu lingkaran serabut otot di depan makanan mendorong dan yang di belakang makanan berkontraksi.

3. Lambung

Lambung merupakan bagian saluran pencernaan yang terdiri atas bagian atas (disebut fundus), bagian utama dan bagian bawah berbentuk horizontal (antrum pilorik). Lambung berhubungan dengan esophagus melalui orifisium atau kardia dan dengan duodenum melalui orifisium pilorik. Lambung terletak di bawah diafragma dan di depan pancreas, sedangkan limpa menempel pada sebelah kiri fundus.

Lambung memiliki fungsi, yaitu fungsi motoris serta fungsi sekresi dan pencernaan. Fungsi motoris lambung adalah sebagai reservoir untuk menampung makanan sampai dengan sedikit demi sedikit dan sebagai pencampur adalah memecah makanan menjadi partikel-partikel kecil yang dapat bercampur dengan asam lambung. Fungsi sekresi dan pencernaan adalah mensekresi pepsin dan HCl yang akan memecah protein menjadi pepton, amylase memecah amilium menjadi maltose. Lipase memecah lemak menjadi asam lemak, dan gliserol membentuk B₁₂ yaitu di ileum, dan mensekresi mucus yang bersifat protektif. Makanan berada pada lambung selama 2-6 jam, kemudian bercampur dengan getah lambung (cairan asam bening tak berwarna) yang mengandung 0.4 % HCl untuk mengasamkan semua makanan serta bekerja sebagai antiseptic dan desinfektan. Dalam getah lambung terdapat beberapa enzim diantaranya pepsin, dihasilkan oleh pepsinogen serta berfungsi mengubah makanan menjadi bahan yang lebih mudah larut. Berfungsi membekukan susu atau membentuk kasein kaseinogen yang dapat larut.

4. Usus halus

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Usus halus merupakan tabung berlipat-lipat dengan panjang kurang lebih 2,5 m dalam keadaan hidup. Kemudian akan bertambah panjang menjadi kurang lebih 6m pada orang yang telah meninggal, akibatnya adanya relaksasi otot yang telah kehilangan tonusnya. Usus halus terletak di daerah umbilicus dan dikelilingi oleh usus besar yang memanjang dari lambung hingga katup ileo kolika.

Usus halus terdiri atas 3 bagian, duodenum dengan panjang kurang lebih 25 cm, jejunum dengan panjang kurang lebih 2m dan illeum dengan panjang kurang lebih 1m atau 3/5 akhir dari usus. Lapisan dinding dalam usus halus mengandung berjuta-juta villi kira-kira sebanyak 4,5 juta, yang membentuk mukosa menyerupai beludru. Pada permukaan setiap villi terdapat tonjolan yang menyerupai jari-jari, yang disebut mikrovilli. Villi bersama-sama dengan mikrovilli dan valvula kaniventes menambah luasnya permukaan sekresi dan absorpsi serta menghalangi agar isinya tidak terlalu cepat berjalan sehingga absorpsi lebih banyak terjadi.

Pada dinding usus halus, khususnya mukosa, terdapat beberapa nodula jaringan limfe yang disebut kelenjar soliter, berfungsi sebagai perlindungan terhadap infeksi. Di dalam ileum, nodula ini membentuk tumpukan kelenjar yang terdiri atas 20-30 kelenjar soliter.

Fungsi usus halus pada umumnya adalah mencerna dan mengabsorpsi di dalam usus halus, yaitu pada duodenum, dan di sini terjadi absorpsi besi, kalsium dengan bantuan vitamin B, vitamin A,D,E, dan K dengan bantuan empedu dan asam folat.

5. Usus besar

Usus besar atau juga disebut sebagai kolon, merupakan sambungan dari usus halus yang dimulai dari katup ileokolik atau ileosaekal yang merupakan tempat lewatnya makanan. Usus besar memiliki panjang kurang lebih 1,5 m. kolon terbagi atas asenden, transversum, desende, sigmoid, dan berakhir di rectum yang panjangnya kira-kira 10 cm dari usus besar. Dimulai dari kolon sigmoideus dan berakhir pada saluran anal. Tempat kolon asenden membentuk belokan tajam di abdomen atas bagian kanan disebut fleksura hepatis, sedang tempat kolon transversum membentuk belokan tajam di abdomen atau bagian kiri disebut fleksura lienalis.

Fungsi utama usus besar adalah mengabsorpsi air (kurang lebih 90%), elektrolit, vitamin, dan sedikit glukosa. Kapasitas absorpsi air kurang lebih 5000cc/hari. Flora yang terdapat dalam usus besar berfungsi untuk menyintesis vitamin K dan B serta memungkinkan pembusukan sisa-sisa makanan.

Pengertian

Istilah gizi berasal dari bahasa Arab GIZAWI yang berarti nutrisi. Oleh para ahli diubah menjadi gizi. Gizi adalah substansi organik dan non organik yang ditemukan dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik.

Manusia memerlukan asupan makanan guna memperoleh zat-zat penting yang di kenal istilah nutrisi. Nutrisi berfungsi untuk memperbaiki jaringan tubuh,

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

mengatur proses dalam tubuh, sebagai sumber energi, serta untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit. Dengan demikian, fungsi utama nutrisi adalah untuk memberikan energi bagi aktivitas tubuh, membentuk struktur kerangka, dan jaringan, serta mengatur berbagai proses kimia di dalam tubuh.

Dalam konsep dasar nutrisi di kenal istilah nutrien. Nutrien adalah substansi organik dan anorganik khusus yang terdapat dalam makanan yang diperlukan tubuh agar dapat menjalankan fungsinya. Nutrien mempunyai 3 fungsi utama:

1. Menyediakan energi untuk proses dan pergerakan tubuh.
2. Menyediakan ‘struktur material’ untuk jaringan tubuh seperti tulang dan otak.
3. Mengatur proses tubuh.

(sumber: Wahid Iqbal Mubarak, SKM & Ns. Nurul Chaygtin, S.Kep, 2007.

“Kebutuhan Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktek” Gresik)

a. Status Nutrisi Optimal

Sering disebut energi balance yaitu jumlah energi yang di konsumsi di kurangi energi yang dikeluarkan. Positif energy balance (input>Output, Negative energy balance, Input<Output)

b. Energi Input

Yang dimaksud energi input mencakup:

- 1) Sumber energi: karbohidrat, protein, lemak
- 2) Alat ukur: kalori/joule

3) Calori, panas yang diperlukan untuk meningkatkan suhu 1°C dari 1 gram air.

4) Kilo calori, jumlah energi panas yang diperlukan untuk meningkatkan suhu 1°C dari 1 kilogram air.

c. Energi Output

Energi output meliputi:

1) energi output merupakan energi yang dikeluarkan oleh tubuh agar jaringan dan organ berfungsi

2) sumber energi: ikatan molekul-molekul fosfat ATP dari hasil proses metabolisme tubuh yang mengandung tinggi energi

d. Keperluan Energi

Keperluan energi ditentukan 2 hal, sebagai berikut:

1) BMR (Basal Metabolisme Rate)

Merupakan reaksi kimia yang terjadi saat tubuh dalam keadaan istirahat.

BMR adalah jumlah kalori yang dihabiskan setiap jam oleh tubuh dalam keadaan istirahat.

$\text{BMR} = \text{kalori/meter/jam}$

- Pria = $1,0 \text{ Kcal/Kgbb/jam}$

- Wanita = $0,9 \text{ Kcal/Kgbb/jam}$

2) Jumlah energi lain yang dihabiskan dalam keadaan aktif.

Fungsi energi adalah:

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Menyediakan energi untuk proses dalam tubuh dan latihan aktifita
- Menyediakan struktur materi untuk jaringan tubuh misalnya tulang dan otot tubuh
- mengatur proses tubuh lainnya.

4. Elemen Nutrisi

Elemen nutrisi terdiri atas

a. AIR

Air merupakan komponen terbesar yang diperlukan oleh tubuh. Air meliputi 60%-80% berat badan individu dewasa dan 80% berat badan bayi(Potter dan Pery,1992). Individu dewasa dapat kehilangan cairan $\pm 2-3$ liter/hari melalui keringat, urine, dan pernafasan. Individu dewasa rata-rata memerlukan 6-8 gelas air/hari. Fungsi air bagi tubuh untuk membantu proses atau reaksi kimia dalam tubuh serta berperan mengontrol temperature tubuh.

Tabel keseimbangan cairan pada pria deawasa di daerah iklim sedang

Asupan(input)	ml/hari	Haluran (output)	ml/hari
Minuman	1300	Uine	1500
Makanan	900	Keringat	550
Oksidasi nutrisi	300	Penguapan	350

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

		Tinja	100
Total	2500	total	2500

b. KARBOHIDRAT

Karbohidrat merupakan kelompok nutrien yang berfungsi sebagai sumber energy bagi tubuh, sebagai penghasil lemak, sebagai pasangan protein.

Jenis-jenis karbohidrat:

- 1) Monosakarida ($C_6H_{12}O_6$)
- 2) Laktosa :terdapat pada buah-buahan
- 3) Fruktosa :terdapat pada buah-buahan, madu, tebu
- 4) Galaktosa :tidak ditemukan dalam keadaan aslinya. Akan di temukan jika laktosa dipecah.
- 5) Disakarida ($C_{12}H_{22}O_{11}$)
- 6) Sukrosa :terdapat dalam tebu
- 7) Laktosa :terdapat pada susu
- 8) Maltosa :tidak terdapat dialam bebas, diperoleh dari hindolisis amilum dengan bantuan enzim diatase.

c. PROTEIN

Protein adalah kimia hasil hidrolis dari pencernaan yang merupakan unsur pokok untuk membangun kembali asam amino. Asam amino disimpan dalam jaringan dalam bentuk hormon. Protein berfungsi mempertahankan dan mengganti sel-sel yang rusak. Setiap 1 gram proten menghasilkan 4 Kkal.

12 jenis asam amino yang umum ditemukan dalam protein 8 diantaranya merupakan asam amino esensial. Asam amino yang tidak dapat disintesis oleh tubuh. oleh karena itu di dapat dari makanan.

Sumber protein antara lain daging, telur, ayam, ikan dll. Masalah defisien protein yang hebat menyebabkan penyakit yang disebut kwashiorkor.

d. LEMAK

Lemak adalah kelompok zat kimi organic yang berminyak dan tidak bias tercampur dengan air tetapi bisa tercampur dengan alcohol. Zat kimia ini adalah lipid. Elemen yang terdapat pada lemak adalah karbon, hydrogen, oksigen. Lemak tunggal disebut Tri gliserit. 1 gr lemak akan menghasilkan 9 kkal/38kJ. Proses terbentuknya lemak disebut lipogenesis.

Fungsi lemak antara lain sebagai sumber energy, sumber asam lemak esensial, menyerp vitamin larut lemak. Sumber lemak bias didapat dalam metega, keju, daging sapi, kacang tanah, ikan cord, susu.

e. VITAMIN

Vitamin ialah senyawa organic yang idak dapat dibuat oleh tubuh dan diperlukan dalam jumlah besr sebagai katalisator dalam proses etabolisme.

Vitamin secara umum dikelompokan dalam:

- 1) Vitamin yang dapat larut dlam lemak :Vit A,D,E,dan K.
- 2) Vitamin Vitamin yang larut dalam air : Vit B dan C

f. MINERAL

Mineral adalah unsur kimia selain karbon, hydrogen, oksigen dan nitrogen yang dibutuhkan oleh tubuh.

Mineral dikategorikan menjadi dua :

1) Makromineral

Yaitu seseorang memerlukan setiap harinya sejumlah lebih 100 mg.

Contohnya : Kalsium, pospor, sodium, potassium.

2) Mikromineral

Yaitu seseorang memerlukan setiap harinya sejumlah kurang lebih 100mg Contohnya: Besi, mangan, seng, sodium, iodium, cobalt, dll.

Mineral dapat dikelompokkan menjadi 4 kategori

- a) Bagian struktur jaringan
- b) Membantu keseimbangan air dan asam basa
- c) Bentuk komponen yang penting molekul organik, beberapa enzim, hormon, mengatur proses tubuh
- d) Saraf transmisi impulse saraf dan kontraksi otot

4. Kebutuhan Nutrisi sesuai tingkat perkembangan usia

a. Bayi

Yang dimaksud bayi adalah usia 0-12 bulan. Kalori yang dibutuhkan sekitar 110-120 kalori/kg/hari. Kebutuhan cairan sekitar 140-160 ml/kg/hari. Bayi sebelum usia 6 bulan pemberian nutrisi yang pokok adalah air susu ibu. ASI sangat cocok diberikan sampai umur minimal 4 bulan.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Adapun keuntungan pemberian ASI adalah :

- 1) ASI merupakan nutrisi yang komplit
- 2) Dalam ASI terdapat laktobasilus bilidus adalah mikroorganisme dalam ASI yang bermanfaat untuk menghambat pertumbuhan mikroorganisme yang berbahaya dalam intestinal.
- 3) Protein dalam ASI banyak
- 4) ASI mengandung lipose untuk membantu bayi yang imatur dalam pencernaan lemak.

b. Masa anak tolder (1-3 th) dan pra sekolah (3-5 th)

Masa anak penting untuk mendidik pola makan yang benar. Kebiasaan yang sebaiknya diajarkan pada usia ini antara lain:

- 1) penyediaan makanan dalam berbagai variasi
- 2) membatasi makanan manis
- 3) konsumsi diet yang seimbang

Kebutuhan kalori pada anak usia 1 tahun = 100kcal/hari dan anak usia 3 tahun 300-500 kcal/hari.

c. Anak sekolah (6-12 th)

Pola makanan pada usia ini perlu diperhatikan, karena pada usia ini anak-anak senang makanan yang dijual di luar rumah.

Kebutuhan nutrisi anak berdasarkan golongan umur dalam tahun :

Usia	Kalori	Protein	Cal	Fe	Vit A	Vit B	Vit C
10-12	1900	60	0,75	8	2500	0,7	25
7-9	1600	50	0,75	7	2500	0,6	25

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

5-6	1400	40	0,50	6	2500	0,6	25
Tahun	Cal	dr	dr	Mg	U	Mg	Mg

d. Masa adolescents remaja (13-21 th)

Kebutuhan kalori, protein, mineral, dan vitamin sangat tinggi berkaitan dengan proses pertumbuhan.

Lemak tubuh meningkat akan mengakibatkan obesitas sehingga akan menimbulkan stress terhadap body image yang terdapat mengakibatkan masalah kesehatan.

e. Masa dewasa muda (23-30 th)

Kebutuhan nutrisi pada usia ini untuk proses pertumbuhan, proses pemeliharaan dan perbaikan tubuh, mempertahankan keadaan gizi.

f. Masa dewasa (31-45 th)

Masa dewasa masa produktif khususnya terkait dengan aktifitas fisik, karena umur ini merupakan puncak untuk aktifitas hidup terutama dalam aktifitas bekerja. Kebutuhan nutrisi dibedakan antara tingkat pekerjaan ringan, berat, sedang.

g. Dewasa tua (46 th keatas)

Kebutuhan unsur-unsur gizi sudah jauh berkurang, pada usia lanjut maka BMR akan berkurang 10-30%. Maka aktifitas mengalami degenerative

h. Wanita masa kehamilan menyusui

Wanita hamil dan ibu menyusui sangat memerlukan makanan yang baik dan cukup. Sebagai bahan pertimbangan untuk dapat menghasilkan 1 liter ASI harus menyediakan kalori sebanyak 150 kal sedangkan ASI mengandung 75 kal, 12 gr protein, 45 gr lemak laktosa vitamin dll.

Kebutuhan gizi untuk ibu hamil dan menyusui

Jenis kebutuhan	Ibu hamil	Ibu menyusui
Kalori	2500 gr	300 gr
Protein	85gr	100 gr
Calsium	1,5 gr	2gr
Ferum	15 gr	15 gr
Vit A	8000 U.I	8000 U.I
Vit B	1,8 mg	2,8 mg
Vit C	100 mg	150 mg
Riboflavin	2,5 mg	3 mg
Vit D	400-800 U.I	400-800 U.I
Air	6-8 gelas	6-8 gelas

5. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi

a. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsumsi makanan.

b. Prasangka

Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat mempengaruhi status gizi seseorang.

c. Kebiasaan

adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu juga dapat mempengaruhi status gizi.

d. Kesukaan

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kurangnya variasi makanan sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan secara cukup.

e. Ekonomi

Status ekonomi seseorang dapat merubah status gizi seseorang karena penyediaan makanan bergizi, membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit.

DAFTAR PUSTAKA

1. A. Aziz alimul H, 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan jilid 2*. Jakarta: Salemba Medika
2. Brunner & Suddart, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Vol.1* Jakarta: EGC
3. Tarwoto wartonah, 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
4. Wahid Iqbal Mubarak, SKM & Ns. Nurul Chaygtin, S.Kep, 2007. *“Kebutuhan Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktek”* Gresik
5. Bilotta, Kimberly A.J. 2011. *Kapita Selektta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
6. Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Edisi Revisi 3*. Jakarta: EGC.
7. Doenges, E Marilyn. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
8. Kusuma, Hardhi dan Amin Huda N. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2 2013*. Yogyakarta: Media hardy.
9. Lukman dan Nurna Ningsih. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
10. Mansjoer, arif. Dkk. 2001. *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta: Media aesculapius.



Test Formatif

1. Yang dimaksud dengan Sistem yang berurusan dengan penerimaan makanan dan mempersiapkannya untuk diasimilasi tubuh yakni,
 - a. **Sistem pencernaan**
 - b. Sistem penglihatan
 - c. Sistem neurovaskuler
 - d. Sistem kardiovaskuler
2. Yang mempunyai fungsi motoris dan pencernaan yakni:
 - a. Mulut
 - b. Esofagus
 - c. Usus 12 jari
 - d. **lambung**
3. Usus yang terdiri atas 3 bagian, duodenum dengan panjang kurang lebih 25 cm, jejunum dengan panjang kurang lebih 2m dan ileum dengan panjang kurang lebih 1m atau 3/5 akhir dari usus yakni termasuk?
 - a. **Usus halus**
 - b. Usus 12 jari
 - c. Usus besar
 - d. Esofagus
4. Istilah gizi berasal dari bahasa Arab GIZAWI yang berarti..
 - a. Makanan
 - b. Kesehatan
 - c. Protein
 - d. **Nutrisi**
5. Elemen nutrisi yang merupakan komponen terbesar yang diperlukan oleh tubuh. Air meliputi 60%-80% berat badan individu dewasa dan 80% berat badan bayi. Yakni?
 - a. **Air**
 - b. Mineral
 - c. Lemak
 - d. Karbohidrat



**Kegiatan
Belajar VI**

**Asuhan keperawatan gerontik
dengan gangguan : Demensia,
delirium, osteoporosis, artitis**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat memahami asuhan keperawatan dengan gangguan :

1. Demensia
2. Delirium
3. Osteoporosis
4. Arthritis rheumatoid



A. Asuhan keperawatan dengan gangguan Demensia

Masalah demensia sering terjadi pada pasien lansia yang berumur diatas 60 tahun dan sampai saat ini diperkirakan kurang lebih 500.000 penduduk Indonesia mengalami demensia dengan berbagai penyebab, yang salah satunya adalah Alzheimer. Berdasarkan hasil pengkajian pada daerah pasca bencana alam tsunami ternyata ditemukan kasus lansia dengan Alzheimer.

Pengkajian

1. Demensia adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir tanpa adanya penurunan fungsi kesadaran. Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh data bahwa demensia sering terjadi pada usia lanjut yang telah berumur di atas 60 tahun. Sampai saat ini diperkirakan sekitar 500.000 penderita demensia di Indonesia.
2. Tanda dan Gejala
 - a. Kesukaran dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari
 - b. Pelupa
 - c. Sering mengulang kata
 - d. Tidak mengenal dimensi waktu, misalnya tidur di ruang makan
 - e. Cepat marah dan sulit diatur
 - f. Kehilangan daya ingat
 - g. Kesulitan belajar dan mengingat informasi baru
 - h. Kurang konsentrasi

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- i. Rentan terhadap kecelakaan : jatuh
- j. Mudah terangsang
- k. Tremor
- l. Kurang koordinasi gerak

Cara melakukan pengkajian

- a. Membina hubungan saling percaya dengan klien lansia

Untuk melakukan pengkajian pada klien lansia dengan demensia, pertama-tama saudara harus membina hubungan saling percaya dengan pasien lansia. Untuk dapat membina hubungan saling percaya dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Selalu mengucapkan salam kepada pasien seperti : selamat pagi/siang/sore/malam atau sesuai dengan konteks agama pasien.
- 2) Perkenalkan nama saudara (nama panggilan) saudara, termasuk menyampaikan bahwa saudara adalah perawat yang akan merawat pasien.
- 3) Tanyakan pula nama pasien dan nama panggilan kesukaannya.
- 4) Jelaskan tujuan saudara merawat pasien dan aktivitas yang akan dilakukan.
- 5) Jelaskan pula kapan aktivitas akan dilaksanakan dan berapa lama aktivitas tersebut.
- 6) Bersikap empati dengan cara :
 - a) Duduk bersama klien, melakukan kontak mata, beri sentuhan dan menunjukkan perhatian

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- b) Bicara lambat, sederhana dan beri waktu klien berpikir dan menjawab
- c) Perawat mempunyai harapan bahwa klien akan lebih baik
- d) Bersikap hangat, sederhana akan mengekspresikan pengharapan pada klien
- e) Gunakan kalimat yang singkat jelas sederhana dan mudah dimengerti (hindari penggunaan kata atau kalimat yang jargon)
- f) Bicara lambat, ucapkan kata atau kalimat yang jelas dan jika bertanya tunggu respon pasien
- g) Tanya satu pertanyaan setiap kali bertanya dan ulang pertanyaan dengan kata –kata yang sama
- h) Volume suara ditingkatkan jika ada gangguan pendengaran, jika volume ditingkatkan, nada harus direndahkan.
- i) Sikap komunikasi verbal disertai dengan non verbal yang baik
- j) Sikap komunikasi harus berhadapan, pertahankan kontak mata, rileks dan terbuka
- k) Ciptakan lingkungan yang terapeutik pada saat berkomunikasi dengan klien :
 - Tidak berisik atau ribut
 - Ruangan nyaman, ventilasi dan cahaya cukup
 - Jarak disesuaikan untuk meminimalkan gangguan
 - Mengkaji pasien lansia dengan demensia, saudara dapat menggunakan teknik mengobservasi perilaku pasien dan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

wawancara langsung kepada pasien dan keluarganya. Observasi yang saudara lakukan terutama untuk mengkaji data objective demensia. Ketika mengobservasi perilaku pasien untuk tanda-tanda seperti :

- Kurang konsentrasi
- Kurang kebersihan diri
- Rentan terhadap kecelakaan : jatuh
- Tidak mengenal waktu, tempat dan orang
- Tremor
- Kurang kordinasi gerak
- Aktivitas terbatas
- Sering mengulang kata-kata

Berikut ini adalah aspek psikososial yang perlu dikaji oleh perawat : apakah lansia mengalami kebingungan, kecemasan, menunjukkan afek yang labil, datar dan tidak sesuai. Bila data tersebut saudara peroleh, data subjective didapatkan melalui wawancara.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan pada saat pengkajian, maka ditetapkan diagnosa keperawatan :

1. Gangguan Proses Pikir
2. Resiko Cedera : jatuh

C. Tindakan Keperawatan / Intervensi

Diagnosa I “lansia depresi dengan gangguan proses piker : pelupa / pikun”

Tindakan keperawatan untuk pasien

Tujuan agar pasien mampu :

1. Mengenal/berorientasi terhadap waktu orang dan tempat
2. Melakukan aktivitas sehari-hari secara optimal

Intervensi :

1. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya, misal tempat tidur, lemari, pakaian dll.
2. Beri kesempatan pada pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar.
3. Beri kesempatan pada klien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat.
4. Beri kesempatan pasien mengenal dimana dia berada.
5. Berikan pujian jika pasien dapat menjawab dengan benar.
6. Observasi kemampuan pasien untuk memilih aktivitas yang dapat dilakukan.
7. Beri kesempatan pada pasien untuk memilih aktivitas yang dapat dilakukannya.
8. Bantu pasien untuk melakukan kegiatan yang telah dipilihnya.
9. Beri pujian jika pasien dapat melakukan kegiatannya.
10. Bersama pasien membuat jadwal kegiatan sehari-hari.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tindakan untuk keluarga

Tujuan :

1. Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat.
2. Menyediakan sarana yang dibutuhkan pasien untuk melakukan orientasi realitas.

Intervensi :

1. Diskusikan dengan keluarga cara-cara mengorientasikan waktu, orang dan tempat pada pasien.
2. Anjurkan keluarga untuk menyediakan jam besar, kalender dengan tulisan besar.
3. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang pernah dimiliki pasien.
4. Bantu keluarga memilih kemampuan yang dilakukan pasien saat ini.
5. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien.
6. Anjurkan keluarga untuk memantau lansia melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki.
7. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien sesuai dengan jadwal yang sudah dibuat.
8. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki pasien.
9. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki.

10. Anjurkan keluarga memberikan pujian jika pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat.

Diagnosa II “lansia demensia dengan resiko cedera : Jatuh”

Tindakan pada pasien

Tujuan :

1. Pasien terhindar dari cedera
2. Pasien mampu mengontrol aktivitas yang dapat mencegah cedera.

Intervensi :

1. Jelaskan faktor-faktor resiko yang dapat menimbulkan cedera dengan bahasa yang sederhana.
2. Ajarkan cara-cara untuk mencegah cedera : bila jatuh jangan panik tetapi berteriak minta tolong.
3. Berikan pujian terhadap kemampuan pasien menyebutkan cara-cara mencegah cedera.

Tindakan untuk keluarga

Tujuan :

1. Menidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan cedera pada pasien.
2. Keluarga mampu menyediakan lingkungan untuk mencegah cedera.

Intervensi :

1. Diskusikan dengan keluarga faktor-faktor yang dapat menyebabkan cedera pada pasien.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

2. Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang aman seperti :
lantai rumah tidak licin, jauhkan benda-benda tajam dari jangkauan pasien, berikan penerangan yang cukup, lampu tetap menyala di siang hari, beri alat pegangan dan awasi jika pasien merokok, tutup steker dan alat listrik lainnya dengan plester, hindarkan alat-alat listrik lainnya dari jangkauan pasien, sediakan tempat tidur yang rendah.

Evaluasi

Untuk mengukur keberhasilan asuhan keperawatan yang saudara lakukan, dapat dilakukan dengan menilai kemampuan klien dan keluarga.

Gangguan proses pikir : bingung

Kemampuan pasien :

1. Mampu menyebutkan hari, tanggal dan tahun sekarang dengan benar.
2. Mampu menyebutkan nama orang yang dikenal.
3. Mampu menyebutkan tempat dimana pasien berada saat ini.
4. Mampu melakukan kegiatan harian sesuai jadwal.
5. Mampu mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan.

Kemampuan keluarga

1. Mampu membantu pasien mengenal waktu, tempat dan orang.
2. Menyediakan kalender yang mempunyai lembaran dengan tulisan yang besar dan jam besar.
3. Membantu pasien melaksanakan kegiatan harian sesuai jadwal yang telah dibuat.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

4. Memberikan pujian setiap kali pasien mampu melaksanakan kegiatan harian.

5. Resiki cedera

Kemampuan pasien :

- a. Menyebutkan dengan bahasa sederhana faktor-faktor yang menimbulkan cedera.
- b. Menggunakan cara yang tepat untuk mencegah cedera.
- c. Mengontrol aktivitas sesuai kemampuan

Kemampuan keluarga :

1. Keluarga dapat mengungkapkan faktor-faktor yang dapat menimbulkan cedera.
2. Menyediakan pengaman di dalam rumah.
3. Menjauhkan alat-alat listrik dari jangkauan pasien.
4. Selalu menemani pasien di rumah.
5. Memantau kegiatan harian yang dilakukan pasien.

Asuhan keperawatan dengan gangguan delirium

DEFINISI

Delirium adalah suatu sindrom mental organik akut dengan gejala utama adanya penurunan kesadaran (kesadaran berkabut/clouding of consciousness) yang disertai dengan gangguan atensi, persepsi, orientasi, proses pikir, daya ingat (memori), perilaku psikomotor (agitasi) dan siklus tidur.

Sindrom ini juga dikenali oleh nama-nama lain seperti *acute confusional state*, *acute brain syndrome*, *metabolic encephalopathy*, *toxic psychosis*, *cerebral insufficiency syndrome* dan *acute brain failure*.

EPIDEMIOLOGI

Delirium adalah gangguan yang sering terjadi. Sekitar 10-15 % ditemukan dari pasien dibangsal bedah umum, 15–25 % dari bangsal medis umum (Penyakit Dalam), 30 % pada pasien yang dirawat di ICU bedah dan jantung, 40–50 % pada pasien yang menerima perawatan bedah untuk fraktur di panggul, 20 % pada pasien yang menderita luka bakar dan 30 % lagi dari pasien AIDS yang diopname.

Usia tua juga merupakan faktor risiko yang menyebabkan delirium. Lebih kurang 30-40% pasien yang umurnya lebih dari 65 tahun mengalami satu episode delirium apabila berada di bangsal perawatan. Faktor *predisposisi* lain adalah usia muda seperti anak-anak, adanya trauma sebelumnya pada otak (contohnya *dementia*, *cardiovascular disease*, *tumour*), pernah mengalami delirium,

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

ketergantungan pada alkohol, diabetes, kanker, kemerosotan pacaindera (contohnya buta) dan malnutrisi.

ETIOLOGI

Delirium mempunyai berbagai macam penyebab. Penyebabnya bisa berasal dari penyakit susunan saraf pusat, penyakit sistemik, intoksikasi akut (reaksi putus obat) dan zat toksik. Penyebab delirium terbanyak terletak diluar sistem saraf pusat, misalnya gagal ginjal dan hati. Secara lengkap dan lebih terperinci penyebab delirium dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.1. Penyebab Delirium

A. Penyebab Intrakranial :

Epilepsi dan keadaan paska kejang
Trauma otak (terutama gegar otak)
Infeksi
Meningitis
Ensefalitis
Neoplasma
Gangguan vaskular

B. Penyebab Ekstrakranial :

Obat-obatan (meggunakan atau putus obat) dan racun
Obata antikolinergik

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	<i>Antikonvulsan</i>
<i>Obat</i>	<i>antihipertensi</i>
<i>Obat</i>	<i>antiparkinson</i>
<i>Obat</i>	<i>antipsikosis</i>
<i>Glikosida</i>	<i>jantung</i>
	<i>Simetidin</i>
	<i>Klonidin</i>
	<i>Disulfiram</i>
	<i>Insulin</i>
	<i>Opiat</i>
	<i>Fensiklidin</i>
	<i>Fenitoin</i>
	<i>Ranitidin</i>
	<i>Salisilat</i>
<i>Sedatif (termasuk alkohol) dan hipnotik</i>	
	<i>Steroid</i>
	<i>Racun</i>
<i>Karbon</i>	<i>monoksida</i>
<i>Logam berat dan racun industri lain</i>	
<i>Disfungsi Endokrin (hipofungsi atau hiperfungsi)</i>	
	<i>Hipofisis</i>
	<i>Pankreas</i>
	<i>Adrenal</i>

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

			<i>Paratiroid</i>
			<i>Tiroid</i>
Penyakit	organ	non	endokron
			<i>Hati</i>
	<i>Ensefalopati</i>		<i>hepatik</i>
<i>Ginjal</i>	<i>dan</i>	<i>saluran</i>	<i>kemih</i>
	<i>Ensefalopati</i>		<i>uremikum</i>
			<i>Paru</i>
<i>Narkosis</i>	<i>karbon</i>		<i>dioksida</i>
			<i>Hipoksia</i>
	<i>Sistem</i>		<i>Kardiovaskular</i>
	<i>Gagal</i>		<i>jantung</i>
			<i>Aritmia</i>
			<i>Hipotensi</i>
	Penyakit		Defisiensi
	<i>Tiamin, asam nikotik, vit B₁₂ atau asam folat</i>		
	Infeksi sistemik dengan demam dan sepsis		
	Ketidakseimbangan elektrolit dengan penyebab apapun		
	Keadaan		pascaoperatif
	Trauma (kepala atau seluruh tubuh)		

Neurotransmitter utama yang berperan terhadap timbulnya delirium adalah *asetilkolin* dan daerah neuroanatomis utama adalah *formasio retikularis*. Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa berbagai faktor yang menginduksi delirium diatas menyebabkan penurunan aktivitas asetilkolin di otak. Mekanisme patofisiologi lain khususnya berkenaan dengan putus zat/alkohol adalah *hiperaktivitas lokus sereleus* dan *neuron nonadrenergiknya*. Neurotransmitter lain yang juga berperan adalah serotonin dan glutamat.

GAMBARAN KLINIS

Secara global gejala delirium terdiri dari *gejala psikiatrik umum* berupa kelainan mood, persepsi dan perilaku dan *gejala neurologik umum* yang berupa tremor, asteriksis, nistagmus, inkoordinasi dan inkontinensia urin. Gejala dari delirium yang paling utama adalah *penurunan kesadaran*. Anxietas, mengantuk, gangguan tidur, halusinasi, mengigau dan kegelisahan biasanya mendahului keadaan delirium. Gejala-gejala lainnya berupa ketidakmampuan penderita mengenali orang (disorientasi) dan berkomunikasi dengan baik, bingung, panik, bicara komat-kamit dan inkoherensi.

Selanjutnya gejala-gejala delirium menurut urutan kekhasannya adalah sebagai berikut:

1. Gangguan kesadaran (clouding of conciousness)
2. Gangguan persepsi (ilusi, halusinasi terutama halusinasi penglihatan).

3. Gangguan orientasi, mula-mula disorientasi waktu.
4. Gangguan proses pikir dan pembicaraan (gangguan konsentrasi, perseverasi, flight of ideas, inkoherensi, delusi).
5. Gangguan memori.
6. Gangguan afek.
7. Gangguan psikomotor.
8. Disfungsi otonomik, sulit kontrol BAK.
9. Gangguan siklus tidur bangun.

Delirium biasanya hilang bila penyakit fisik yang menyebabkannya sembuh, mungkin sampai kira-kira *1 bulan* sesudahnya. Bila diakibatkan oleh proses yang langsung mengenai otak maka proses penyembuhannya pun tergantung dari besar kecilnya kerusakan/lesi yang ditinggalkan.

PEDOMAN DIAGNOSTIK

Untuk memastikan diagnosis, maka gejala-gejala baik yang ringan atau yang berat haruslah ada pada setiap kondisi dibawah ini, yaitu sesuai dengan pedoman diagnostik menurut PPDGJ-III :

1. Gangguan kesadaran dan perhatian :
 - a. Dari taraf kesadaran berkabut sampai dengan koma.
 - b. Menurunnya kemampuan untuk mengarahkan, memusatkan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian.
2. Gangguan kognitif secara umum :
 - a. Distorsi persepsi, ilusi dan halusinasi (terutama halusinasi visual)

- b. Hendaya daya pikir dan pengertian abstrak dengan atau tanpa waham yang bersifat sementara, tetapi sangat khas terdapat inkoherensi yang ringan
 - c. Hendaya daya ingat segera dan jangka pendek, namun daya ingat jangka panjang relatif masih utuh.
 - d. Disorientasi waktu, pada kasus yang berat terdapat disorientasi tempat dan orang.
3. Gangguan psikomotor :
- a. Hipoaktivitas atau hiperaktivitas dan pengalihan aktivitas yang tidak terduga dari satu ke yang lain.
 - b. Waktu bereaksi yang lebih panjang
 - c. Arus pembicaraan yang bertambah atau berkurang
 - d. Reaksi terperanjat meningkat
4. Gangguan siklus tidur-bangun :
- a. Insomnia atau pada kasus yang berat tidak dapat tidur sama sekali atau terbaliknya siklus tidur-bangun (mengantuk pada siang hari).
 - b. Gejala yang memburuk pada malam hari
 - c. Mimpi yang mengganggu atau mimpi buruk yang dapat berlanjut menjadi halusinasi setelah bangun tidur.
5. Gangguan emosional : misalnya depresi, ansietas atau takut, lekas marah, euforia, apatis atau rasa kehilangan akal.
6. Onset biasanya cepat, perjalanan penyakitnya hilang timbul sepanjang hari, dan keadaan ini berlangsung kurang dari 6 bulan.

DIAGNOSIS BANDING

Pemeriksaan status mental berguna untuk mengetahui adanya gangguan kognitif dan bagaimana perjalanan penyakitnya. Pemeriksaan laboratorium disesuaikan dengan keadaan klinis. Dari gejala khas diatas (onset yang cepat, perjalanan penyakitnya yang hilang timbul sepanjang hari dan berlangsung kurang dari 6 bulan), riwayat penyakit fisik dan otak yang mendasari (disfungsi otak) dan gambaran EEG berupa perlambatan aktivitas, maka diagnosis delirium patut dipercaya dan ditegakkan.

Delirium harus dibedakan dari penyakit atau sindrom mental organik lainnya yaitu *demensia, gangguan psikotik/skizofrenia, depresi dan keadaan putus zat dengan delirium.*

Demensia. Demensia dibedakan dari delirium yaitu dari onsetnya yang perlahan-lahan, lebih stabil dengan berjalannya waktu dan tidak berfluktuasi selama perjalanan sehari.¹ Pada demensia penyakitnya bersifat kronik progresif dan disertai gangguan fungsi luhur/fungsi kortikal yang multipel berupa hendaya/deteorisasi fungsi intelaktual baik daya ingat atau daya pikir sehingga kegiatan sehari-hari menjadi terganggu. Tidak terdapatnya gangguan kesadaran juga membedakannya dari delirium. Gejala dan hendaya diatas harus sudah nyata untuk *sekurang-kurangnya 6 bulan.*

Gangguan psikotik/skizofrenia. Pada skizofrenia gejala berupa halusinasi dan waham biasanya lebih konstan dan terorganisasi dengan baik dibandingkan

delirium. Juga, pada pasien skizofrenik biasanya tidak mengalami perubahan dalam tingkat kesadaran atau orientasinya.

Depresi. Pasien dengan gejala hipoaktif mungkin tampak agak mirip dengan pasien yang depresi berat tetapi dapat dibedakan atas dasar EEG. Pada umumnya, pasien dengan disfungsi kognitif yang berhubungan dengan depresi mempunyai gejala depresif yang menonjol dan lebih konstan dibandingkan dengan pasien delirium dan cenderung mempunyai riwayat episode depresif di masa lalu, pada pemeriksaan CT-Scan dan EEG normal.

Keadaan putus zat dengan delirium. *Delirium tremens* merupakan akibat dari putus alkohol secara absolut atau relatif pada pengguna dengan ketergantungan alkohol yang kronis. Keadaan ini disertai gaduh gelisah toksik yang berlangsung singkat tetapi membahayakan jiwa penderita. Gejala prodromal berupa insomnia, gemetar dan ketakutan, onset terjadi sesudah putus alkohol yang biasanya didahului oleh kejang.

PROGNOSIS

Biasanya delirium muncul secara tiba-tiba (dalam beberapa jam atau hari). Perjalanan penyakitnya singkat dan berfluktuasi. Perbaikan cepat terjadi apabila faktor penyebabnya dapat diketahui dan dihilangkan. Walaupun biasanya delirium terjadi mendadak, gejala-gejala prodromal mungkin telah ada sejak beberapa hari sebelumnya. Gejala delirium biasanya berlangsung selama penyebabnya masih ada namun tidak lebih dari satu minggu.

Prognosanya tergantung pada dapat diatasi atau tidaknya penyakit yang mendasarinya dan kemampuan otak untuk menahan pengaruh dari penyakit tersebut. Apakah delirium berkembang menjadi demensia belum dapat ditunjukkan dengan penelitian terkontrol yang cermat. Tetapi observasi klinis yang telah disahkan oleh suatu penelitian menunjukkan bahwa periode delirium kadang-kadang diikuti oleh depresi atau gangguan stres pascatraumatik.

TERAPI

Antipsikosis berpotensi tinggi merupakan pilihan utama. Zat ini mempunyai efek antikolinergik yang sedikit dan jarang menurunkan ambang kejang dibandingkan dengan antipsikosis yang berpotensi rendah. Obat yang terpilih untuk mengatasi gejala psikosisnya adalah Haloperidol.

Tergantung pada usia, berat badan atau kondisi fisik pasien, dosis Haloperidol (*Haldol*, *Serenace*) awal dapat terentang 2 sampai 10 mg intramuskular dengan pengulangan setiap 1 jam, jika pasien tetap teragitasi. Penulis lain ada yang menganjurkan dosis 2 sampai 5 mg intramuskular, dapat diulang setelah 30 menit bila dosis pertama kurang efektif. Segera setelah pasien tenang medikasi oral dalam cairan konsentrat atau dalam bentuk tablet oral dapat dimulai. Untuk mencapai efek terapi sebaiknya dosis oral harus 1,5 lebih banyak dari dosis parenteral. Dosis efektif harian haloperidol terentang dari 5 sampai 50 mg untuk sebagian besar pasien.

Antipsikosis lebih jarang mempengaruhi fungsi kognitif pasien dibandingkan dengan benzodiazepin. Namun demikian golongan phenothiazin

harus dihindari pada pasien delirium, karena obat tersebut disertai dengan aktivitas kolinergik yang bermakna.

Insomnia paling baik diobati dengan golongan benzodiazepine dengan waktu paruh pendek atau dengan hidoksizin (Vistaril) dengan dosis 25 sampai 100 mg. Golongan benzodiazepine dengan waktu paruh panjang (misalnya lorazepam) harus dihindari kecuali digunakan sebagai pengobatan penyakit dasar (sebagai contoh pengobatan putus alkohol).¹

Pasien yang mengalami sindroma putus zat alkohol atau hipnotik-sedatif lebih efektif bila diobati dengan Lorazepam (*Ativan*) dengan dosis 1 sampai 2 mg peroral, intramuskular atau intravena lambat dan diulang setelah 1 jam seperlunya. Obat ini juga digunakan untuk pasien agitasi atau gaduh gelisah bila alergi/kontraindikasi terhadap antipsikosis. Lorazepam bekerja lebih efektif sebagai anti ansietas dari pada sebagai anti insomnia dan relatif aman untuk pasien-pasien dengan kelainan fungsi hati dan ginjal.

Bila delirium ini merupakan akibat dari toksisitas antikolinergik, bisa diberikan fisostigmin salisilat (*Antilirium*) dosis 1 sampai 2 mg intravena atau intramuskular dengan pengulangan dosis setiap 15 sampai 30 menit.

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa/latar belakang kebudayaan, status sipil, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan utama atau sebab utama yang menyebabkan klien datang berobat (menurut klien dan atau keluarga). Gejala utama adalah kesadaran menurun.

3. Faktor predisposes

Menemukan gangguan jiwa yang ada sebagai dasar pembuatan diagnosis serta menentukan tingkat gangguan serta menggambarkan struktur kepribadian yang mungkin dapat menerangkan riwayat dan perkembangan gangguan jiwa yang terdapat. Dari gejala-gejala psikiatrik tidak dapat diketahui etiologi penyakit badaniah itu, tetapi perlu dilakukan pemeriksaan intern dan nerologik yang teliti. Gejala tersebut lebih ditentukan oleh keadaan jiwa premorbidnya, mekanisme pembelaan psikologiknya, keadaan psikososial, sifat bantuan dari keluarga, teman dan petugas kesehatan, struktur sosial serta ciri-ciri kebudayaan sekelilingnya. Gangguan jiwa yang psikotik atau nonpsikotik yang disebabkan oleh gangguan jaringan fungsi otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak (meningoensephalitis, gangguan

pembuluh darah otak, tumor otak dan sebagainya) atau yang terutama di luar otak atau tengkorak (tifus, endometriasis, payah jantung, toxemia kehamilan, intoksikasi dan sebagainya).

4. Pemeriksaan fisik

Kesadaran yang menurun dan sesudahnya terdapat amnesia. Tensi menurun, takikardia, febris, BB menurun karena nafsu makan yang menurun dan tidak mau makan.

5. Psikososial

- a. Genogram Dari hasil penelitian ditemukan kembar monozigot memberi pengaruh lebih tinggi dari kembar dizigot
- b. Konsep diri
- c. Gambaran diri, tressor yang menyebabkan berubahnya gambaran diri karena proses patologik penyakit.
- d. Identitas, bervariasi sesuai dengan tingkat perkembangan individu.
- e. Peran, transisi peran dapat dari sehat ke sakit, ketidak sesuaian antara satu peran dengan peran yang lain dan peran yang ragu dimana individu tidak tahun dengan jelas perannya, serta peran berlebihan sementara tidak mempunyai kemampuan dan sumber yang cukup
- f. Ideal diri, keinginan yang tidak sesuai dengan kenyataan dan kemampuan yang ada.
- g. Harga diri, tidakmampuan dalam mencapai tujuan sehingga klien merasa harga dirinya rendah karena kegagalannya.
- h. Hubungan social

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang disingkirkan atau kesepian, yang selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi. Konsep diri dibentuk oleh pola hubungan sosial khususnya dengan orang yang penting dalam kehidupan individu. Jika hubungan ini tidak sehat maka individu dalam kekosongan internal. Perkembangan hubungan sosial yang tidak adekuat menyebabkan kegagalan individu untuk belajar mempertahankan komunikasi dengan orang lain, akibatnya klien cenderung memisahkan diri dari orang lain dan hanya terlibat dengan pikirannya sendiri yang tidak memerlukan kontrol orang lain. Keadaa ini menimbulkan kesepian, isolasi sosial, hubungan dangkal dan tergantung.

i. Spiritual

Keyakina klien terhadap agama dan keyakinannya masih kuat.a tetapi tidak atau kurang mampu dalam melaksnakan ibadatnmya sesuai dengan agama dan kepercayaannya.

6. Status mental

- a. Penampila klien tidak rapi dan tidak mampu utnuk merawat dirinya sendiri.
- b. Pembicaraan keras, cepat dan inkoheren.
- c. Aktivitas motorik, Perubahan motorik dapat dinmanifestasikan adanya peningkatan kegiatan motorik, gelisah, impulsif, manerisme, otomatis, steriotipi

- d. Alam perasaan, Klien nampak ketakutan dan putus asa.
- e. Afek dan emosi.

Perubahan afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu karena jika langsung mengalami perasaan tersebut dapat menimbulkan ansietas. Keadaan ini menimbulkan perubahan afek yang digunakan klien untuk melindungi dirinya, karena afek yang telah berubah memungkinkan klien mengingkari dampak emosional yang menyakitkan dari lingkungan eksternal. Respon emosional klien mungkin tampak bizar dan tidak sesuai karena datang dari kerangka pikir yang telah berubah. Perubahan afek adalah tumpul, datar, tidak sesuai, berlebihan dan ambivalen.

- f. Interaksi selama wawancara, Sikap klien terhadap pemeriksa kurang kooperatif, kontak mata kurang.
- g. Persepsi, Persepsi melibatkan proses berpikir dan pemahaman emosional terhadap suatu obyek. Perubahan persepsi dapat terjadi pada satu atau lebih panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecap. Perubahan persepsi dapat ringan, sedang dan berat atau berkepanjangan. Perubahan persepsi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi.
- h. Proses berpikir, Klien yang terganggu pikirannya sukar berperilaku koheren, tindakannya cenderung berdasarkan penilaian pribadi klien terhadap realitas yang tidak sesuai dengan penilaian yang umum diterima.

Penilaian realitas secara pribadi oleh klien merupakan penilaian subyektif yang dikaitkan dengan orang, benda atau kejadian yang tidak logis.(Pemikiran autistik). Klien tidak menelaah ulang kebenaran realitas. Pemikiran autistik dasar perubahan proses pikir yang dapat dimanifestasikan dengan pemikiran primitif, hilangnya asosiasi, pemikiran magis, delusi (waham), perubahan linguistik (memperlihatkan gangguan pola pikir abstrak sehingga tampak klien regresi dan pola pikir yang sempit misalnya ekholali, clang asosiasi dan neologisme.

- i. Tingkat kesadaran, Kesadaran yang menurun, bingung. Disorientasi waktu, tempat dan orang.
 - j. Memori, Gangguan daya ingat yang baru saja terjadi (kejadian pada beberapa jam atau hari yang lampau) dan yang sudah lama berselang terjadi (kejadian beberapa tahun yang lalu).
 - k. Tingkat konsentrasi, Klien tidak mampu berkonsentrasi
 - l. Kemampuan penilaian, Gangguan ringan dalam penilaian atau keputusan.
7. Kebutuhan klien sehari-hari
- a. Tidur, klien sukar tidur karena cemas, gelisah, berbaring atau duduk dan gelisah . Kadang-kadang terbangun tengah malam dan sukar tidur kemabali. Tidurnya mungkin terganggu sepanjang malam, sehingga tidak merasa segar di pagi hari.

- b. Selera makan, klien tidak mempunyai selera makan atau makannya hanya sedikit, karena putus asa, merasa tidak berharga, aktivitas terbatas sehingga bisa terjadi penurunan berat badan.
 - c. Eliminasi, Klien mungkin terganggu buang air kecilnya, kadang-kadang lebih sering dari biasanya, karena sukar tidur dan stres. Kadang-kadang dapat terjadi konstipasi, akibat terganggu pola makan.
8. Mekanisme koping, Apabila klien merasa tidak berhasil, kegagalan maka ia akan menetralkan, mengingkari atau meniadakannya dengan mengembangkan berbagai pola koping mekanisme. Ketidak mampuan mengatasi secara konstruktif merupakan faktor penyebab primer terbentuknya pola tingkah laku patologis. Koping mekanisme yang digunakan seseorang dalam keadaan delirium adalah mengurangi kontak mata, memakai kata-kata yang cepat dan keras (ngomel-ngomel) dan menutup diri.
9. Dampak masalah
- a. Individu
- Perilaku, klien mungkin mengalami atau mendapat kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti kebersihan diri misalnya tidak mau mandi, tidak mau menyisir atau mengganti pakaian.

Kesejahteraan dan konsep diri, klien merasa kehilangan harga diri, harga diri rendah, merasa tidak berarti, tidak berguna dan putus asa sehingga klien perlu diisolasi.

Kemandirian , klien kehilangan kemandirian dan hidup ketergantungan pada keluarga atau orang yang merawat cukup tinggi, sehingga menimbulkan stres fisik.

10. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko terhadap penyiksaan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan berespon pada pikiran delusi dan halusinasi.
- b. Koping individu yang tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan cara mengekspresikan secara konstruktif.
- c. Perubahan proses berpikir berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mempercayai orang
- d. Risiko terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang, status emosional yang meningkat.
- e. Kesukaran komunikasi verbal berhubungan dengan pola komunikasi yang tak logis atau inkohern dan efek samping obat-obatan, tekanan bicara dan hiperaktivitas.
- f. Kurangnya interaksi sosial (isolasi sosial) berhubungan dengan sistem pendukung yang tidak adekuat.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- g. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan kemauan yang menurun
- h. Perubahan pola tidur berhubungan dengan hiperaktivitas, respon tubuh pada halusinasi.
- i. Ketidaktahuan keluarga dan klien tentang efek samping obat antipsikotik berhubungan dengan kurangnya informasi.

B. Rencana Tindakan

1. *Risiko terhadap penyiksaan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan berespon pada pikiran delusi dan halusinasi.*

Batasan kriteria :

Sasaran jangka pendek :

Dalam 2 minggu klien dapat mengenal tanda-tanda peningkatan kegelisahan dan melaporkan pada perawat agar dapat diberikan intervensi sesuai kebutuhan.

Sasaran jangka panjang :

Klien tidak akan membahayakan diri, orang lain dan lingkungan selama di rumah sakit.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Pertahankan agar lingkungan klien pada tingkat stimulus yang rendah (penyinaran rendah,	1. Tingkat ansietas atau gelisah akan meningkat dalam lingkungan yang penuh stimulus.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

sedikit orang, dekorasi yang sederhana dan tingkat kebisingan yang rendah) 2. Ciptakan lingkungan psikososial : sikap perawat yang bersahabat, penuh perhatian, lembut dan hangat) Bina hubungan saling percaya (menyapa klien dengan ramah memanggil nama klien, jujur , tepat janji, empati dan menghargai. Tunjukkan perawat yang bertanggung jawab 3. Observasi secara ketat perilaku klien (setiap 15 menit) 4. Kembangkan orientasi	2. Lingkungan psikososial yang terapeutik akan menstimulasi kemampuan perasaan kenyataan. 3. Observasi ketat merupakan hal yang penting, karena dengan demikian intervensi yang tepat dapat diberikan segera dan untuk selalu memastikan bahwa klien berada dalam keadaan aman 4. Klien perlu dikembangkan kemampuannya untuk menilai realita secara adekuat agar klien dapat beradaptasi dengan lingkungan.Klien yang berada dalam keadaan gelisah,
--	---

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

kenyataan : Bantu klien untuk mengenal persepsinya Beri umpan balik tentang perilaku klien tanpa menyokong atau membantah kondisinya Beri kesempatan untuk mengungkapkan persepsi an daya orientasi 5. Lindungi klien dan keluarga dari bahaya halusinasi : aji halusinasi klien Lakukan tindakan pengawasan ketat, upayakan tidak melakukan pengikatan. 6. Tingkatkan peran serta keluarga pada tiap tahap perawatan dan jelaskan prinsip-prinsip tindakan pada halusinasi. 7. Berikan obat-obatan	bingung, klien tidak menggunakan benda-benda tersebut untuk membahayakan diri sendiri maupun orang lain. 5. Klien halusinasi pada faase berat tidak dapat mengontrol perilakunya. Lingkungan yang aman dan pengawasan yang tepat dapat mencegah cedera. 6. Klien yang sudah dapat mengontrol halusinasinya perlu sokongan keluarga untuk mempertahnkannya. 7. Obat ini dipakai untuk mengendalikan
--	--

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

antipsikotik sesuai dengan program terapi (pantau keefektifan dan efek samping obat).	psikosis dan mengurangi tanda-tanda agitasi.
---	--

2. *Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang, status emosional yang meningkat.*

Batasan kriteria :

Penurunan berat badan, konjunktiva dan membran mukosa pucat, turgor kulit jelek, ketidakseimbangan elektrolit dan kelemahan)

Sasaran jangka pendek :

Klien dapat mencapai penambahan 0,9 kg t hari kemudian

Hasil laboratorium elektrolit sserum klien akan kembali dalam batas normal dalam 1 minggu

Sasaran jangka panjang :

Klien tidak memperlihatkan tanda-tanda /gejala malnutrisi saat pulang.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Monitor masukan, haluaran dan jumlah kalori sesuai kebutuhan. 2. timbang berat badan setiap pagi	1. Informasi ini penting untuk membuat pengkajian nutrisi yang akurat dan mempertahankan keamanan klien. 2. Kehilangan berat badan merupakan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

sebelum bangun 3. Jelaskan pentingnya nutrisi yang cukup bagi kesehatan dan proses penyembuhan. 4. Kolaborasi Dengan ahli gizi untuk menyediakan makanan dalam porsi yang cukup sesuai dengan kebutuhan Pemberian cairan perparenteral (IV-line) Pantau hasil laboraotirum (serum elektrolit) 5. Sertakan keluarga dalam memnuhi kebutuhan sehari-hari (makan dan kebutuhan fisiologis lainnya)	informasi penting untuk mengetahui perkembangan status nutrisi klien. Klien mungkin tidak memiliki pengetahuan yang cukup atau akurat berkenaan dengan kontribusi nutrisi yang baik untuk kesehatan. 4. Kolaborasi : Klien lebih suka menghabiskan makan yang disukai oleh klien. Cairan infus diberikan pada klien yang tidak, kurang dalam mengintake makanan. Serrum elektrolit yang normal menunjukkan adanya homestasis dalam tubuh. 5. Perawat bersama keluarga harus memperhatikan pemenuhan kebutuhan secara adequat.
--	--

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. *Kurangnya interaksi sosial (isolasi sosial) berhubungan dengan sistem penbdukung yang tidak adekuat.*

Batasan kriteria :

Kurang rasa percaya pada orang lain, sukar berinteraksi dengan orang lain, komunikasi yang tidak realistik, kontak mata kurang, berpikir tentang sesuatu menurut pikirannya sendiri, afek emosi yang dangkal.

Sasaran jangka pendek :

Klien siap masuk dalam terapi aktivitas ditemani oleh seorang perawat yang dipercayai dalam 1 minggu.

Sasaran jangka panjang :

Klien dapat secara sukarela meluangkan waktu bersama klien lainnya dan perawat dalam aktivitas kelompok di unit rawat inap.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Ciptakan lingkungan terapeutik : - bina hubungan saling percaya ((menyapa klien dengan rama memanggil nama klien, jujur , tepat janji, empati dan menghargai). - tunjukkan perawat yang	1. Lingkungan fisik dan psikososial yang terapeutik akan menstimulasi kemampuan klien terhadap kenyataan.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

bertanggung jawab	
- tingkatkan kontak klien dengan lingkungan sosial secara bertahap	
2. Perlihatkan penguatan positif pada klien.	2. hal ini akan membuat klien merasa menjado orang yang berguna.
Temani klien untuk memperlihatkan dukungan selama aktivitas kelompok yang mungkin mnerupakan hal yang sukar bagi klien.	
3. Orientasikan klien pada waktu, tempat dan orang.	3. kesadran diri yang meningkat dalam hubungannya dengan lingkungan waktu, tempat dan orang.
4. Berikan obat anti psikotik sesuai dengan program terapi.	4. Obat ini dipakai untuk mengendalikan psikosis dan mengurangi tanda-tanda agitasi

4. *Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan kemauan yang menurun*

Batasan kriteria :

Kemauan yang kurang untuk membersihkan tubuh, defekasi, be3rkemih dan kurang minat dalam berpakaian yang rapi.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Sasaran jangka pendek :

Klien dapat mengatakan keinginan untuk melakukan kegiatan hidup sehari-hari dalam 1 minggu

Sasaran jangka panjang :

Klien mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri dan mendemonstrasikan suatu keinginan untuk melakukannya.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Dukung klien untuk melakukan kegiatan hidup sehari-hari sesuai dengan tingkat kemampuan klien.	1. Keberhasilan menampilkan kemandirian dalam melakukan suatu aktivitas akan meningkatkan harga diri.
2. Dukung kemandirinya klien, tetapi beri bantuan klien saat kurang mampu melakukan beberapa kegiatan.	2. Kenyamanan dan keamanan klien merupakan prioritas dalam keperawatan.
3. Berikan pengakuan dan penghargaan positif untuk kemampuan mandiri.	3. Penguatan positif akan meningkatkan harga diri dan mendukung terjadinya pengulangan perilaku yang diharapkan.
4. Perlihatkan secara konkrit, bagaimana melakukan kegiatan yang menurut klien sulit untuk dilakukannya.	4. Karena berlaku pikiran yang konkrit, penjelasan harus diberikan sesuai tingkat pengetahuan yang nyata.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

5. *Ketidaktahuan keluarga dan klien tentang efek samping obat antipsikotik berhubungan dengan kurangnya informasi.*

Batasan kriteria :

Adanya pertanyaan kurangnya pengetahuan, permintaan untuk mendapatkan informasi dan mengastakan adanya permasalah yang dialami klien.

Sasaran jangka pendek :

Klien dapat mengatakan efek terhadap tubuh yang diikuti dengan implemetasi rencana pengjaran.

Sasaran jangka panjang :

Klien dapat mengatan pentingnya mengetahui dan kerja sama dalam memantau gejala dan tanda efek samping obat.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Pantau tanda-tanda vital	1. Hipotensi ortostatik mungkin terjadi pada pemakain obat antipsikotik, Pemeriksaan tekanan darah dalam posisi berbaring, duduk dan berdiri.
2. Tetaplah bersama klien ketika minum obat antipsikotik	2. Beberapa klien mungkin menyembusnyikan oabt-obat tersebut.
3. Amati klien akan adanya EPS,	3. distonia akut (spame lidah, wajah, leher dan punggung), akatisia (gelisah, tidak dapat duduk dengantenag,

	mengetuk-negetukan kaki,pseudoparkinsonisme (tremor otot, rifgiditas, berjalan dengan menyeret kaki) dan diskinesia tardif (mengecapkan bibir, menjulurkan lidah dan gerakan mengunyah yang konstan).
4. Beritahu klien bahwa dapat terjadi perubahan yang berkaitandengan fungsi seksual dan menstruasi.	4. Wanita dapat mempunyai periode menstruasi yang tidak teratur atau amenorhea dan pria mungkin mengalami impotens atau ginekomastik.

Asuhan keperawatan dengan gangguan osteoporosis

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data atau informasi dari pasien baik yang bersifat objektif dan subjektif agar mempermudah dalam menentukan masalah keperawatan.

1. Anamnesa

- Identitas klien, Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan dan sebagainya

- b. Riwayat penyakit dahulu, Dalam pengkajian Merupakan riwayat penyakit yang pernah diderita pasien sebelum diagnosis osteoporosis muncul seperti reumatik, Diabetes Mellitus, hipertiroid, hiperparatiroid dan lain sebagainya.
- c. Riwayat penyakit sekarang, Merupakan keluhan-keluhan yang dirasakan pasien sehingga ia dibawa ke Rumah Sakit, seperti nyeri pada punggung.
- d. Riwayat penyakit keluarga, Dalam pengkajian, kita juga perlu mengkaji riwayat penyakit keluarga pasien, yaitu apakah sebelumnya ada salah satu keluarga pasien yang memiliki penyakit yang sama.

B. Pengkajian bio-psiko-sosial dan spiritual

- 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a. Kaji pengetahuan pasien tentang penyakit
 - b. Kebiasaan minum alkohol, kafein
 - c. Riwayat keluarga dengan osteoporosis
 - d. Riwayat anoreksia nervosa, bulimia
 - e. Penggunaan steroid jangka panjang
 - f. Pola nutrisi metabolik
 - g. Inadekuat intake kalsium
 - h. Pola aktivitas dan latihan
 - i. Fraktur
 - j. Badan bungkuk

- k. Jarang berolah raga
- 2. Pola tidur dan istirahat
 - a. Tidur terganggu karena adanya nyeri
- 3. Pola persepsi kognitif
 - a. Nyeri pada punggung
- 4. Pola reproduksi seksualitas
 - a. Menopause
- 5. Pola mekanisme koping terhadap stres
 - a. Stres, cemas karena penyakitnya

C. Pemeriksaan Fisik

1. *B1 (Breathing)*. Inspeksi : ditemukan ketidaksimetrisan rongga dada Dan tulang belakang. Palpasi : Taktil Fremitus seimbang kanan Dan kiri. Perkusi : cuaca resonan pada seluruh lapang paru. Auskultasi : pada kasus lansia biasanya didapatkan suara ronki.
2. *B2 (Blood)*. Pengisapan kapiler kurang dari 1 detik, sering terjadi keringat dingin dan pusing. Adanya pulsus perifer memberi makna terjadi gangguan pembuluh darah atau edema yang berkaitan dengan efek obat.
3. *B3 (Brain)*. Kesadaran biasanya kompos mentis. Pada kasus yang lebih parah, klien dapat mengeluh pusing dan gelisah.
 - a. Kepala Dan Wajah : terdapat sianosis
 - b. Mata : sklera biasanya tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis
 - c. Leher : biasanya JVP dalam batas normal

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

4. *B4 (Bladder)*. Produksi urine biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada system perkemihan
5. *B5 (bowel)*. Pada kasus osteoporosis, tidak ada gangguan eliminasi, namun juga penting dikaji frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses.
6. *B6 (Bone)*. Pada Inspeksi dan palpasi daerah kolumna vertebralis, klien osteoporosis sering menunjukkan kifosis atau ngibbus (*dowager's hump*) Dan penurunan tinggi badan Dan berat badan. Ada gaya berjalan, deformitas tulang, *leg-length inequality*, Dan nyeri spinal. Lokasi fraktur sering terjadi adalah antara vertebra torakalis 8 Dan lumbalis 3.

D. Pemeriksaaan penunjang

1. CT-Scan
2. BMD (Bone Mineralo Densitometry)
3. Pemeriksaan radioisotop
4. Quantitative Computerized Tomography
5. Magnetic Resonance Imaging (MRI)
6. Dual-energy X Ray Absorbtiometry
7. Ultra Sono Densitometer (USG)
8. Pemeriksaan Biopsi

E. Analisa Data

No	Symtom	Etiologi	Problem
1.	DS : Pasien mengatakan	Tulang rapuh dan mudah patah	Nyeri berhubungan dengan dampak sekunder

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	Nyeri Tulang, belakang yang intensitas serangannya meningkat pada malam hari.(skala : 1-10) Pasien mengatakan Sakit hebat dan terlokalisasi pada vertebra yg terserang Pasien mengatakan Nyeri berkurang pada saat istirahat di tempat tidur DO : Pasien kelihatan menahan nyeri Pasien tidak bisa bergerak bebas	Fraktur Gangguan fungsi ekstremitas atas dan bawah Pergerakan fragmen tulang, spasme otot Nyeri	dari fraktur vertebra
2.	DS : Pasien mengatakan aktivitasnya terganggu Pasien mengatakan kesulitan dalam bergerak	Tulang rapuh dan mudah patah Jatuh	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi sekunder akibat perubahan skeletal (kifosis) atau fraktur baru

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	DO : Pasien mengalami kesulitan bergerak tempat tidur Pasien terlihat terbaring lemah di tempat tidur	Deformitas skelet Berkurangnya kemampuan pergerakan	
3.	DS : Pasien mengatakan lemas Dan kaku DO : Pasien tampak lemah	Osteoporosis Tulang rapuh dan mudah patah Jatuh/kecelakaan Resiko Tinggi Cidera	Risiko tinggi injury atau fraktur berhubungan dengan kecelakaan ringan/jatuh

F. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan dampak skunder dari fraktur vertebra
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi sekunder akibat perubahan skeletal (kifosis) atau fraktur baru

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Risiko tinggi injury atau fraktur berhubungan dengan kecelakaan ringan/jatuh
4. Defisiensi pengetahuan dan informasi berhubungan dengan salah persepsi dan kurang informasi

G. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri berhubungan dengan dampak sekunder dari fraktur vertebra	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil: Klien mampu mengenali onset nyerinya (Skala 5) Klien melaporkan nyerinya terkontrol (Skala 5). Klien mampu mendeskripsikan nyerinya (Skala 5).	Pantau atau kaji tingkat/skala nyeri (1-10), intensitas dan sifat nyeri P : <i>Provocate</i> = Faktor Pencetus Q : <i>Quality</i> = Kualitas R : <i>Region</i> = Lokasi S: <i>Severe</i> =Keparahan T: <i>Time</i> = Durasi Atur posisi pasien senyaman mungkin Ajarkan klien dan keluarganya	Untuk mengetahui penyebab nyeri Dan sifat nyeri apakah bersifat terlokasi atau menyebar dan waktunya Posisi yang baik dapat mengurangi rasa nyeri

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

		Klien mampu melaporkan nyeri (Skala 5) Klien mampu melaporkan lama nyeri berlangsung (Skala 5) Klien tidak cemas (Skala 5)	manajemen nyeri Kolaborasi dalam pemberian analgetik	Klien dapat mengatasi nyeri secara mandiri Analgetik dapat mengurangi rasa nyeri
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi sekunder akibat perubahan skeletal (kifosis) atau fraktur baru	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat melakukan mobilitas fisik Kriteria Hasil : klien mampu melakukan aktivitas normal secara mandiri.	Ajarkan klien untuk melakukan latihan-latihan fisik secara bertahap Ajarkan klien tentang pentingnya latihan fisik Anjurkan klien untuk menghindari latihan fleksi, membungkuk dengan tiba-tiba Dan	Latihan fisik dapat meningkatkan kekuatan otot serta melancarkan sirkulasi darah. Klien mengetahui pentingnya latihan fisik dan mau melakukannya secara rutin Gerakan yang menimbulkan kompresi vertikal berbahaya dan dapat mengakibatkan risiko fraktur vertebra

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

			mengangkat beban berat Kolaborasi dalam pemberian obat	Membantu dalam proses penyembuhan
3.	Risiko tinggi injury atau fraktur berhubungan dengan kecelakaan ringan/jatuh	Tujuan : klien tidak mengalami injury Kriteria hasil : Klien tidak mengalami jatuh atau fraktur akibat jatuh	Ciptakan lingkungan yang aman dan bebas bahaya bagi klien Beri support untuk kebutuhan ambulansi; menggunakan alat bantu jalan atau tongkat. Bantu klien penuh ADL (activities daily living) dan cegah klien dari pukulan yang tidak sengaja atau kebetulan Anjurkan klien untuk belok dan	lingkungan yang bebas bahaya mengurangi risiko untuk jatuh dan mengakibatkan fraktur Memberi support ketika berjalan mencegah tidak jatuh pada lansia Benturan yang keras menyebabkan fraktur tulang, karena tulang sudah rapuh, porus dan kehilangan kalsium Gerakan tubuh yang cepat dapat mempermudah fraktur compression vertebral

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

			menunduk/bongkok secara perlahan dan tidak mengangkat beban yang berat. Ajarkan klien tentang pentingnya diet (tinggi kalsium, vitamin D) dalam mencegah osteoporosis lebih lanjut Anjurkan klien untuk mengurangi kafein, rokok dan alkohol	pada klien dengan osteoporosis Diet kalsium memelihara tingkat kalsium dalam serum, mencegah kehilangan kalsium ekstra dalam tulang Kafein yang berlebihan meningkatkan pengeluaran kalsium berlebihan dalam urine
4.	Defisiensi pengetahuan dan informasi berhubungan dengan salah persepsi dan kurang informasi	Tujuan : Meningkatkan pengetahuan klien tentang osteoporosis Kriteria Hasil : klien tau tentang penyakitnya, mengerti bagaimana	Kaji tingkat pengetahuan klien tentang osteoporosis. Berikan informasi yang tepat kepada klien tentang osteoporosis, cara pencegahan serta cara	Mengetahui sejauh mana klien tahu tentang penyakitnya Meningkatkan pengetahuan klien tentang osteoporosi sehingga pasien bisa melakukan pencegahan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

		pencegahan osteoporosis	pennanganannya	atau penanganannya secara mandiri
--	--	----------------------------	----------------	--------------------------------------

H. Implementasi

Merupakan tindakan-tindakan dari intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien

I. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses akhir dari prosedur keperawatan yang meliputi pendokumentasian tindakan-tindakan yang sudah dilakukan dalam pemberian perawatan terhadap klien

No	Diagnosa	Evaluasi
1.	Nyeri berhubungan dengan dampak sekunder dari fraktur vertebra	Klien mampu mengenali onset nyerinya (Skala 5). Klien melaporkan nyerinya terkontrol (Skala 5). Klien mampu mendeskripsikan nyerinya (Skala 5). Klien mampu melaporkan nyeri (Skala 5) Klien mampu melaporkan lama nyeri berlangsung (Skala 5) Klien melaporkan nyeri (Skala 5) Klien tidak cemas
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi sekunder akibat	Klien mampu menyangga berat badan Klien mampu berjalan dengan benar

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	perubahan skeletal (kifosis) atau fraktur baru.	Klien mampu berjalan dengan langkah pelan Klien mampu berjalan dengan langkah sedang Klien mampu mempertahankan keseimbangan tubuh saat duduk tanpa penyangga punggung ;skala 5 · Mempertahankan keseimbangan tubuh saat berjalan
3.	Risiko tinggi injury atau fraktur berhubungan dengan kecelakaan ringan/jatuh	Keseimbangan tubuh meningkat Klien dapat bergerak dengan mudah Klien mengetahui cara latihan mengurangi resiko jatuh

Asuhan keperawatan dengan gangguan Arthritis Reumatoid

A. PENGKAJIAN

1. Aktivitas/Istirahat

- a. Gejala : Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stress pada sendi; kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah kelelahan dan keletihan yang hebat.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

b. Tanda : Malaise, keterbatasan rentang gerak; atrofi otot, kulit; kontraktur/kelainan pada sendi dan otot.

2. Kardiovaskuler

a. Gejala : Fenomena Raynaud jari tangan/kaki, misal pucat intermitten, sianotik, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

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/mengonsumsi makan/cairan adekuat; mual, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah.

Tanda : Penurunan berat badan, dan membran mukosa kering.

5. Higiene

Gejala : Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri. Ketergantungan pada orang lain.

6. Neurosensori

Gejala : Kebas/kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan.

Tanda : Pembengkakan sendi simetris.

7. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Fase akut dari nyeri (disertai/tidak disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari).

8. Keamanan

Gejala : Kulit mengilat, tegang; nodus subkutaneus. Lesi kulit, ulkus kaki, kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap, kekeringan pada mata, dan membran mukosa.

9. Interaksi social

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

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pada yang dapat ditemukan pada klien rheumatoid arthritis (Doengoes, 2000) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan distensi jaringan oleh akumulasi cairan/ proses inflamasi, destruksi sendi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas skeletal, nyeri/ketidaknyamanan, intoleransi terhadap aktivitas atau penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan citra tubuh / perubahan penampilan peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi atau ketidakseimbangan mobilitas.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal, penurunan kekuatan, daya tahan, nyeri saat bergerak atau depresi.
5. Risiko tinggi kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan proses penyakit degeneratif jangka panjang, sistem pendukung tidak adekuat.
6. Kurang pengetahuan / kebutuhan belajar mengenai penyakit, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya pemaparan/ mengingat, kesalahan interpretasi informasi.

Sementara Carpenito (1995) merupakan diagnosis keperawatan pada klien reumatoid arthritis, adalah sebagai berikut :

1. Kelemahan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
2. Risiko tinggi kerusakan membran mukosa oral berhubungan dengan pengaruh obat dan sindrom Sjogren.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, fibrositis.
4. Risiko tinggi isolasi sosial berhubungan dengan kelemahan dan kesulitan ambulasi.
5. Gangguan pola seksual berhubungan dengan nyeri, kelemahan, sulit mengatur posisi, dan kurang adekuat lubrikasi.
6. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan kesulitan/ketidakmampuan klien.
7. Ketidakberdayaan berhubungan dengan perubahan fisik dan psikologis akibat penyakit.

C. RENCANA KEPERAWATAN

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Rencana asuhan keperawatan pada klien artritis reumatoid di bawah ini, disusun berdasarkan diagnosis keperawatan , tindakan keperawatan, dan rasionalisasi (Doenges, 2000).

1. Diagnosis keperawatan : Nyeri akut/kronis berhubungan dengan distensi jaringan akibat akumulasi cairan/proses inflamasi, destruksi sendi.

Tujuan : Nyeri berkurang, hilang atau teradaptasi.

Kriteria Hasil :

- a. klien melaporkan penurunan nyeri.
- b. menunjukkan perilaku yang lebih relaks.
- c. memperagakan keterampilan reduksi nyeri yang dipelajari dengan peningkatan keberhasilan.
- d. nyeri 0-1 atau teradaptasi.

No	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Kaji keluhan nyeri, skala nyeri, serta catat lokasi dan intensitas, faktor - faktor yang mempercepat, dan respons rasa sakit nonverbal.	Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri dan efektivitas program.
2.	Berikan matras/kasur keras, bantal kecil. Tinggikan tempat tidur sesuai kebutuhan.	Matras yang empuk/lembut, bantal yang besar akan menjaga pemeliharaan kesejajaran tubuh yang

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

		tepat, menempatkan stres pada sendi yang sakit. Peninggian tempat tidur menurunkan tekanan pada sendi yang nyeri.
3.	Biarkan klien mengambil posisi yang nyaman waktu tidur atau duduk di kursi. Tingkatkan istirahat di tempat tidur sesuai indikasi.	Pada penyakit yang berat/eksaserbasi, tirah baring mungkin diperlukan untuk membatasi nyeri/cedera.
4.	Tempatkan/ pantau penggunaan bantal, karung pasir, gulungan trokanter, bebat atau brace.	Mengistirahatkan sendi-sendi yang sakit dan mempertahankan posisi netral. Penggunaan brace dapat menurunkan nyeri /kerusakan pada sendi. Imobilisasi yang lama dapat mengakibatkan hilang mobilitas /fungsi sendi.
5.	Anjurkan klien untuk sering merubah posisi. Bantu klien untuk bergerak di tempat tidur, sokong sendi yang sakit di atas dan di bawah, serta hindari gerakan yang menyentak.	Mencegah terjadinya kelelahan umum dan kekakuan sendi. Menstabilkan sendi, mengurangi gerakan/rasa sakit pada sendi.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

6.	Anjurkan klien untuk mandi air hangat. Sediakan waslap hangat untuk kompres sendi yang sakit. Pantau suhu air kompres, air mandi, dan sebagainya.	Meningkatkan relaksasi otot dan mobilitas, menurunkan rasa sakit, dan menghilangkan kekakuan pada pagi hari. Sensitivitas pada panas dapat dihilangkan dan luka dermal dapat disembuhkan.
7.	Berikan masase yang lembut.	Meningkatkan relaksasi/ mengurangi tegangan otot.
8.	Dorong penggunaan teknik manajemen stres, misal relaksasi progresif, sentuhan terapeutik, biofeedback, visualisasi, pedoman imajinasi, hipnosis diri, dan pengendalian napas.	Meningkatkan relaksasi, memberikan rasa kontrol nyeri, dan dapat meningkatkan kemampuan coping.
9.	Libatkan dalam aktivitas hiburan sesuai dengan jadwal aktivitas klien.	Memfokuskan kembali perhatian, memberikan stimulasi, dan meningkatkan rasa percaya diri dan perasaan sehat.
10.	Beri obat sebelum dilakukan aktivitas/ latihan yang direncanakan sesuai petunjuk.	Meningkatkan relaksasi, mengurangi tegangan otot/ spasme, memudahkan untuk ikut serta dalam terapi.

11.	Kolaborasi Berikan obat sesuai petunjuk: ☐ Asetilsalisilat (Aspirin). ☐ NSAID lainnya, misal ibuprofen (motrin), naproksen, sulindak, piroksikam (feldence), fenoprofen. ☐ D-penisilamin (cuprimine).	Bekerja sebagai antiinflamasi dan efek analgesik ringan dalam mengurangi kekakuan dan meningkatkan mobilitas. ASA harus dipakai secara reguler untuk mendukung kadar dalam darah terapeutik. Riset mengindikasikan bahwa ASA memiliki indeks toksisitas yang paling rendah dari NSAID lain yang diresepkan. Dapat digunakan bila klien tidak memberikan respons pada aspirin atau untuk meningkatkan efek dari aspirin. Dapat mengontrol efek-efek sistemik dari RA jika terapi lainnya tidak berhasil. Efek samping yang lebih berat misalnya trombositopenia, leukopenia, anemia aplastik membutuhkan pemantauan yang ketat. Obat harus diberikan di antara waktu makan, karena absorpsi obat
-----	--	--

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	menjadi tidak seimbang akibat makanan dan produk antasida dan besi. Diberikan bersamaan dengan NSAID untuk meminimalkan iritasi/ketidaknyamanan lambung. Meskipun narkotika umumnya adalah kontraindikasi, namun karena sifat kronis dari penyakit, pengguna jangka pendek mungkin diperlukan selama periode eksaserbasi akut untuk mengontrol nyeri yang berat. ☐ Antasida. ☐ Produk kodein.	
12.	Bantu klien dengan terapi fisik, misal sarung tangan parafin, bak	Memberikan dukungan hangat/ panas

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	mandi dengan kolam bergelombang.	untuk sendi yang sakit.
13.	Berikan kompres dingin jika dibutuhkan.	Rasa dingin dapat menghilangkan nyeri dan bengkak pada periode akut.
14.	Pertahankan unit TENS jika digunakan.	Rangsang elektrik tingkat rendah yang konstan dapat menghambat transmisi sensasi nyeri.
15.	Siapkan intervensi pembedahan, misal sinovektomi	Pengangkatan sinovium yang meradang dapat mengurangi nyeri dan membatasi progresi dari perubahan degeneratif.

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas skeletal, nyeri/ketidaknyamanan, intoleransi terhadap aktivitas atau penurunan kekuatan otot.

Tujuan: Klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria Hasil:

- Klien dapat ikut serta dalam program latihan.
- Tidak terjadi kontraktur sendi.
- Bertambahnya kekuatan otot.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- d. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas, mempertahankan koordinasi mobilitas sesuai tingkat optimal.

No	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Evaluasi/ lanjutan pemantauan tingkat inflamasi/ rasa sakit pada sendi.	Tingkat aktivitas/ latihan tergantung dari perkembangan resolusi proses inflamasi.
2.	Pertahankan istirahat tirah baring/ duduk jika diperlukan. Buat jadwal aktivitas yang sesuai dengan toleransi untuk memberikan periode istirahat yang terus-menerus dan tidur malam hari yang tidak terganggu.	Istirahat sistemik dianjurkan selama eksaserbasi akut dan seluruh fase penyakit yang penting, untuk mencegah kelelahan, dan mempertahankan kekuatan.
3.	Bantu klien latihan rentang gerak pasif/ aktif, demikian juga latihan resistif dan isometrik jika memungkinkan.	Mempertahankan/ meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot, dan stamina umum. Latihan yang tidak adekuat dapat menimbulkan kekakuan sendi, karenanya aktivitas yang berlebihan dapat merusak sendi.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

4.	Ubah posisi klien setiap dua jam dengan bantuan personel yang cukup. Demonstrasikan/ bantu teknik pemindahan dan penggunaan bantuan mobilitas.	Menghilangkan tekanan pada jaringan dan meningkatkan sirkulasi. Mempermudah perawatan diri dan kemandirian klien. Teknik pemindahan yang tepat dapat mencegah robekan abrasi kulit.
5.	Posisikan sendi yang sakit dengan bantal, kantung pasir, gulung trokanter, bebat, dan brace.	Meningkatkan stabilitas jaringan (mengurangi risiko cedera) dan mempertahankan posisi sendi yang diperlukandan dan kesejajaran tubuh serta dapat mengurangi kontraktur.
6.	Gunakan bantal kecil/ tipis di bawah leher.	Mencegah fleksi leher
7.	Dorong klien mempertahankan postur tegak dan duduk, berdiri , berjalan.	Memaksimalkan fungsi sendi, mempertahankan mobilitas.
8.	Berikan lingkungan yang aman, misal menaikkan kursi/ kloset, menggunakan pegangan tangga	Menghindari cedera akibat kecelakaan/ jatuh.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	pada bak/ pancuran dan toilet, penggunaan alat bantu mobilitas/ kursi roda.	
9.	Kolaborasi Konsultasi dengan ahli terapi fisik/ okupasi dan spesialis vokasional.	Berguna dalam memformulasikan program latihan/ aktivitas yang berdasarkan pada kebutuhan individual dan dalam mengidentifikasi alat/ bantuan mobilitas.
10.	Berikan matras busa/pengubah tekanan.	Menurunkan tekanan pada jaringan yang mudah pecah untuk mengurangi risiko imobilitas/terjadi dekubitus.
11.	Berikan obat-obatan sesuai indikasi: Agen antireumatik, misal garam emas, natrium tiomaleat.	Obat-obatan : Krisoterapi (garam emas) dapat menghasilkan remisi dramatis/terus-menerus tetapi dapat mengakibatkan inflamasi rebound bila terjadi penghentian atau dapat terjadi efek samping serius, misal krisis nitrotoik seperti

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	Steroid .	pusing, penglihatan kabur, kemerahan tubuh, dan berkembang menjadi syok anafilaktrik. Mungkin dibutuhkan untuk menekan inflamasi sistemik akut.
12.	Siapkan intervensi bedah: Artroplasti. Prosedur pelepasan tunnel, perbaikan tendon, ganglionektomi. Implan sendi.	Intervensi bedah: Perbaikan pada kelemahan periartikuler dan subluksasi dapat meningkatkan stabilitas sendi. Perbaikan berkenaan dengan defek jaringan penyambung, meningkatkan fungsi, dan mobilitas. Pergantian mungkin diperlukan untuk memperbaiki fungsi optimal dan mobilitas.

3. Diagnosa Keperawatan : Gangguan citra tubuh / perubahan penampilan peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi atau ketidakseimbangan mobilitas.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tujuan : Klien mampu mengimplementasikan pola koping yang baru dan mengungkapkan serta menunjukkan terhadap penampilan.

Kriteria Hasil :

- a. Mengungkapkan peningkatan rasa percaya diri dalam kemampuan untuk menghadapi penyakit, perubahan pada gaya hidup, dan kemungkinan keterbatasan.
- b. Menyusun rencana realistis untuk masa depan.
- c. Klien menerima perubahan citra tubuh.
- d. Klien berpartisipasi dalam berbagai aspek perawatan dan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan.

No	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Dorong klien mengungkapkan perasaannya mengenai proses penyakit dan harapan masa depan.	Memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi rasa takut/kesalahan konsep dan mampu menghadapi masalah secara langsung.
2.	Diskusikan arti dari kehilangan/ perubahan pada klien/ orang terdekat. Pastikan bagaimana	Mengidentifikasi bagaimana penyakit memengaruhi persepsi diri dan interaksi dengan orang lain

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	pendangan pribadi klien dalam berfungsi dalam gaya hidup sehari-hari, termasuk aspek-aspek seksual.	akan menentukan kebutuhan terhadap intervensi/konseling lebih lanjut.
3.	Diskusikan persepsi klien mengenai bagaimana orang terdekat menerima keterbatasan klien.	Isyarat verbal/nonverbal orang terdekat dapat memengaruhi bagaimana klien memandang dirinya sendiri.
4.	Akui dan terima perasaan berduka, bermusuhan, serta ketergantungan.	Nyeri konstan akan melelahkan, perasaan marah, dan bermusuhan umum terjadi.
5.	Observasi perilaku klien terhadap kemungkinan menarik diri, menyangkal atau terlalu memperhatikan perubahan tubuh	Dapat menunjukkan emosional atau metode koping maladaptif, membutuhkan intervensi lebih lanjut/dukungan psikologis.
6.	Susun batasan pada perilaku maladaptif. Bantu klien untuk mengidentifikasi perilaku positif yang dapat membantu mekanisme koping yang adaptif	Membantu klien untuk mempertahankan control diri, yang dapat meningkatkan perasaan harga diri.
7.	Ikut sertakan klien dalam	Meningkatkan perasaan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	merencanakan perawatan dan membuat jadwal aktifitas.	kompetensi/harga diri, mendorong kemandirian, dan mendorong partisipasi dalam terapi.
8.	Bantu kebutuhan perawatan yang diperlukan klien	Mempertahankan penampilan yang dapat meningkatkan citra diri.
9.	Berikan respons/pujian positif bila perlu.	Memungkinkan klien untuk merasa senang terhadap dirinya sendiri. Memperkuat perilaku positif, dan meningkatkan rasa percaya diri.
10.	Kolaborasi Rujuk pada konseling psikiatri, misal perawat spesialis psikiatri, psikologi/psikolog, pekerja sosial.	Klien/orang terdekat mungkin membutuhkan dukungan selama berhadapan dengan proses jangka panjang/ketidakmampuan.
11.	Berikan obat-obatan sesuai petunjuk, misal antiansietas dan obat-obatan peningkat alam perasaan.	Mungkin dibutuhkan pada saat munculnya depresi hebat sampai klien mampu mengembangkan kemampuan coping yang lebih efektif.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

4. Diagnosa Keperawatan : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal, penurunan kekuatan, daya tahan, nyeri saat bergerak atau depresi.

Tujuan : Klien dapat melakukan perawatan diri sesuai kemampuannya.

Kriteria Hasil :

- Melaksanakan aktivitas perawatan diri pada tingkat yang konsisten dengan kemampuan individual.
- Mendemonstrasikan perubahan teknik/ gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- Mengidentifikasi sumber-sumber pribadi/ komunitas yang dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri.

No.	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Diskusikan dengan klien tingkat fungsional umum sebelum timbulnya/eksaserbasi penyakit dan resiko perubahan yang diantisipasi.	Klien mungkin dapat melanjutkan aktivitas umum dengan melakukan adaptasi yang diperlukan pada keterbatasan saat ini.
2.	Pertahankan mobilitas, control terhadap nyeri, dan program	Mendukung kemandirian fisik/emosional klien.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	latihan.	
3.	Kaji hambatan klien dalam partisipasi perawatan diri. Identifikasi/buat rencana untuk modifikasi lingkungan.	Menyiapkan klien untuk meningkatkan kemandirian, yang akan meningkatkan harga diri.
4.	Kolaborasi Konsultasi dengan ahli terapi okupasi.	Berguna dalam menentukan alat bantu untuk memenuhi kebutuhan individual, misal memasang kancing, menggunakan alat bantu, emmakai sepatu, atau menggantungkan pengan untuk mandi pancuran.
5.	Mengatur evaluasi kesehatan di rumah sebelum dan setelah pemulangan.	Mengidentifikasi masalah-masalah yang mungkin dihadapi karena tingkat ketidakmampuan actual. Memberikan lebih banyak keberhasilan usaha tim dengan orang lain yang ikut serta dalam perawatan, misal tim terapi okupasi.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

6.	Membuat jadwal konsul dengan lembaga lainnya, missal pelayanan perawatan di rumah, ahli nutrisi.	Klien mungkin membutuhkan berbagai bantuan tambahan untuk partisipasi situasi di rumah.
----	--	---

5. Diagnosa Keperawatan : Resiko tinggi kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah berhubungan dengan proses penyakit degeneratif jangka panjang, sistem pendukung tidak adekuat.

No.	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Kaji tingkat fungsional fisik klien.	Menidentifikasi tingkat bantuan/dukungan yang diperlukan klien.
2.	Evaluasi lingkungan sekitar untuk mengkaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri sendiri.	Menentukan kemungkinan susunan yang ada/perubahan susunan rumah untuk memenuhi kebutuhan klien
3.	Tentukan sumber-sumber financial untuk memenuhi kebutuhan situasi individual. Identifikasi system pendukung yang tersedia untuk klien, misalnya membagi perbaikan/ tugas-tugas rumah	Menjamin bahwa kebutuhan klien akan dipenuhi secara terus-menerus.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	tangga antara anggota keluarga atau pelayanan.	
4.	Identifikasi peralatan yang diperlukan untuk mendukung aktifitas klien, missal peninggian dudukan toilet, kursi roda.	Memberikan kesempatan untuk mendapatkan peralatan sebelum pulang untuk menunjang aktivitas klien di rumah.
5.	Kolaborasi Koordinasikan evaluasi di rumah dengan ahli terapi okupasi.	Bermanfaat untuk mengidentifikasi peralatan, cara-cara untuk mengubah berbagai tugas dalam mempertahankan kemandirian.
6	Identifikasi sumber-sumber komunitas, missal pelayanan pembantu rumah tangga, pelayanan social (bila ada)	Memberikan kemudahan berpindah pada/mendukung kontinuitas dalam situasi di rumah.

6. Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan/kebutuhan belajar mengenai penyakit, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pemanjanaan/mengingat, kesalahan interprestasi informasi.

Tujuan : Klien mampu memahami/menjelaskan mengenai penyakit, prognosis dan perawatannya.

Kriteria Hasil :

a. Menunjukkan pemahaman tentang kondisi/ prognosis, perawatan.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- b. Mengembangkan rencana untuk perawatan diri, termasuk modifikasi gaya hidup yang konsisten dengan mobilitas dan atau pembatasan aktivitas.

No.	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Mandiri Tinjau proses penyakit, prognosis, dan harapan masa depan.	Memberikan pengetahuan di mana klien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi yang disampaikan.
2.	Diskusikan kebiasaan klien dalam penatalaksanaan proses sakit melalui diet, obat-obatan, serta program diet seimbang, latihan, dan istirahat.	Tujuan control penyakit adalah untuk menekan inflamasi sendi/jaringan lain guna mempertahankan fungsi sendi dan mencegah deformitas.
3.	Bantu klien dalam merencanakan jadwal aktivitas yang realistis, periode istirahat, perawatan diri, pemberian obat-obatan, terapi fisik, dan manajemen stress.	Memberikan striuktur dan megurangi ansietas pada waktu menangani proses penyakit kronis yang kompleks.
4.	Tekankan pentingnya melanjutkan manajemen farmakoteraeutik.	Keuntungan dari terapi obat-obatan tergantung ketepatan dosis.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

5.	Rekomendasikan penggunaan aspirin bersalut/dibuper enteric atau salisilat (anthorpan) atau kolin magnesium trisalisilat (trilisate).	Preparat bersalut/dibufer di cerna dengan makanan, meminimalkan iritasi gaster, mengurangi resiko perdarahan.
6.	Anjurkan klien untuk mencerna obat-obatan dengan makanan, susu atau antasida.	Membatasi iritasi gaster.
7.	Identifikasi efek samping obat-obatan yang merugikan, misal tinnitus, intoleransi lambung, perdarahan gastrointestinal, dan ruam purpurik.	Memperpanjang dan memaksimalkan dosis aspirin dapat mengakibatkan takar lajak (overdosis).
8.	Tekankan pentingnya membaca label produk dan mengurangi penggunaan obat yang dijual bebas tanpa persetujuan dokter.	Banyak produk mengandung salisilat tersembunyi (misal obat diare) yang dapat meningkatkan resiko overdosis obat/efek samping yang berbahaya
9.	Tinjau pentingnya diet yang seimbang dengan makanan yang banyak mengandung vitamin, protein, dan zat besi.	Meningkatkan perasaan sehat.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

10.	Dorong klien yang obesitas untuk menurunkan berat badan dan berikan informasi penurunan berat badan sesuai kebutuhan.	Penurunan berat badan akan mengurangi tekanan pada sendi.
11.	Berikan informasi mengenai alat bantu, misal bermain barang-barang yang bergerak, tongkat untuk mengambil, piring-piring ringan, tempat duduk toilet yang dapat dinaikkan, palang palang keamanan.	Mengurangi paksaan untuk menggunakan sendi dan memungkinkan individu untuk ikut serta secara lebih nyaman dalam aktivitas yang dibutuhkan
12.	Diskusikan teknik menghemat energy, kiasal duduk lebih baik daripada berdiri dalam menyiapkan makanan dan mandi.	Mencegah kepenatan.
13.	Dorong klien untuk mempertahankan posisi tubuh yang benar, baik saat istirahat maupun saat aktivitas, misal menjaga sendi tetap meregang, tidak fleksi.	Mekanika tubuh yang baik harus menjadi bagian dari gaya hidup klien untuk mengurangi takanan sendi dan nyeri.
14.	Tinjau perlunya inspeksi sering	Mengurangi resiko

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	pada kulit dan lakukan perawatan kulit lainnya di bawah bebat, gips, alat penyokong. Tunjukkan pemberian bantalan yang tepat.	iritsai/kerusakan kulit.
--	---	--------------------------

DAFTAR PUSTAKA

1. Nugroho, Wahjudi. 2009. *Keperawatan Gerontik. Edisi2. Buku Kedokteran.* Jakarta ; EGC.
2. Stanley, Mickey. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi2.* Jakarta ; EGC.
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Sinopsis Psikiatri (Edisi Bahasa Indonesia), Edisi VII, Jilid I, Binarupa Aksara, Jakarta, 2009: 505-514.
4. Kaplan HI, Sadock BJ: Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat (Edisi Bahasa Indonesia), Edisi I, Widia Medika, Jakarta, 2008: 210-215.
5. Maramis WF: Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Airlangga University Press, Surabaya, 2004: 181-182.
6. Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayan Medis, Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa di Indonesia III, Jakarta, 2003 : 69 – 72 dan 96.
7. Mansjoer A, Triyanti K, dkk : Kapita Selekta Kedokteran, Edisi III, Jilid 1, Media Aesculapius FKUI, Jakarta, 2001 : 189 – 191
8. Maslim R: Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ III, Jakarta, 2001: 27-28
9. Maslim R: Panduan Praktis Penggunaan Klinis Obat Psikotropik, Edisi III, Jakarta, 2001: 10-46
10. Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan KeperawatanKlien Gangguan Sistem Muskuloskeletal.* Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta



Tes Formatif

1. Masalah yang sering terjadi pada pasien lansia yang berumur diatas 60 tahun dan sampai saat ini diperkirakan kurang lebih 500.000 penduduk Indonesia mengalami demensia dengan berbagai penyebab, yang salah satunya adalah Alzheimer, yakni?
 - a. **Demensia**
 - b. Delirium
 - c. Proses penuaan
 - d. Neurovaskuler
2. Tanda dan gejala dari demensia yakni
 - m. Mudah dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari
 - n. **Pelupa**
 - o. Sering menghindari kata-kata
 - p. Mengingat dimensi waktu, misalnya tidur di ruang makan
3. Penyakit yang Penyebabnya bisa berasal dari penyakit susunan saraf pusat, penyakit sistemik, intoksikasi akut (reaksi putus obat) dan zat toksik. Penyebab delirium terbanyak terletak diluar sistem saraf pusat, misalnya gagal ginjal dan hati. Yakni:
 - a. Demensia
 - b. **Delirium**
 - c. Proses penuaan
 - d. Neurovaskuler
4. Penyakit Nyeri sendi karena pergerakan, nyeri tekan, yang memburuk dengan stress pada sendi; kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris. Keterbatasan fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lain adalah keletihan dan kelelahan yang hebat.
 - a. Demensia
 - b. Delirium
 - c. Stroke
 - d. **Rhematoid arthritis**
5. Penyakit yang terjadi apabila sudah masuk pada tahap lansia, maka akan terjadi pengkakuan tulang dan tulang mudah rapuh atau contohnya seperti bongkok saat berjalan yakni termasuk dalam penyakit?
 - a. Demensia
 - b. Delirium
 - c. **Osteoporosis**
 - d. Stroke



**Asuhan keperawatan gerontik dengan
gangguan : Diabetes mellitus,
PPOM, Stroke, Inkontinensia**

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa diharapkan dapat memahami asuhan keperawatan dengan gangguan :

1. Diabetes Melitus
2. PPOM
3. Stroke
4. Inkontinensia

Uraian

Materi



Asuhan keperawatan dengan gangguan Diabetes mellitus

A. Definisi

Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. (Brunner dan Suddarth, 2009).

Diabetes Melitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Arjatmo, 2012).

B. Etiologi

1. Diabetes Tipe I

a. Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya DM tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

b. Faktor-faktor imunologi

Adanya respons otoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai

jaringan asing, Yaitu oto antibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

c. Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi selbeta.

2. Diabetes Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

Faktor-faktor resiko :

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- b. Obesitas
- c. Riwayat keluarga
- d. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes mellitus sebagai berikut :

1. Tipe I: Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM)
2. Tipe II: Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (NIDDM)
3. Diabetes mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya
4. Diabetes mellitus gestasional (GDM)

C. Patofisiologi

Dalam proses metabolisme, insulin memegang peranan penting yaitu memasukkan glukosa ke dalam sel yang digunakan sebagai bahan bakar. Insulin adalah suatu zat atau hormon yang dihasilkan oleh sel beta Di pankreas. Bila insulin tidak ada maka glukosa tidak dapat masuk sel dengan akibat glukosa akan tetap berada di pembuluh darah yang artinya kadar glukosa di dalam darah meningkat.

Pada Diabetes melitus tipe 1 terjadi kelainan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Pasien diabetes tipe ini mewarisi kerentanan genetik yang merupakan predisposisi untuk kerusakan autoimun sel beta pankreas.

Pada diabetes melitus tipe 2 yang sering terjadi pada lansia, jumlah insulin normal tetapi jumlah reseptor insulin yang terdapat pada permukaan sel yang kurang sehingga glukosa yang masuk ke dalam sel sedikit dan glukosa dalam darah menjadi meningkat

D. Manifestasi Klinik

Keluhan umum pasien DM seperti poliuria, polidipsia, polifagia pada DM umumnya tidak ada. Sebaliknya yang sering mengganggu pasien adalah keluhan akibat komplikasi degeneratif kronik pada pembuluh darah dan saraf. Pada DM lansia terdapat perubahan patofisiologi akibat proses menua, sehingga gambaran klinisnya bervariasi dari kasus tanpa gejala sampai kasus dengan komplikasi yang luas. Keluhan yang sering muncul adalah adanya gangguan penglihatan karena katarak, rasa kesemutan pada tungkai serta

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

kelemahan otot (neuropati perifer) dan luka pada tungkai yang sukar sembuh dengan pengobatan lazim.

E. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Ada 5 komponen dalam penatalaksanaan diabetes :

- 1) Diet
- 2) Latihan
- 3) Pemantauan
- 4) Terapi (jika diperlukan)
- 5) Pendidikan

F. Komplikasi

a. Komplikasi akut

- 1) Diabetes ketoasidosis

b. Komplikasi kronis:

- 1) Retinopati diabetic
- 2) Nefropati diabetic
- 3) Neuropati
- 4) Dislipidemia
- 5) Hipertensi
- 6) Kaki diabetic
- 7) Hipoglikemia

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Konsep Dasar Keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas

DM pada pasien usia lanjut umumnya terjadi pada usia ≥ 60 tahun dan umumnya adalah DM tipe II (non insulin dependen) atau tipe DMTTI

2. Keluhan utama

DM pada usia lanjut mungkin cukup sukar karena sering tidak khas dan asimtomatik (contohnya: kelemahan, kelelahan, BB menurun, terjadi infeksi minor, kebingungan akut atau depresi).

3. Riwayat penyakit dahulu

Terjadi pada penderita dengan DM yang lama

4. Riwayat penyakit sekarang

Pada umumnya pasien datang ke RS dengan keluhan gangguan penglihatan karena katarak, rasa kesemutan pada tungkai serta kelemahan otot (neuropati perifer) dan luka pada tungkai yang sukar sembuh dengan pengobatan lazim.

5. Riwayat penyakit keluarga

Dalam anggota keluarga tersebut salah satu anggota keluarga ada yang menderita DM

B. Pemeriksaan Fisik

1. Sel (Perubahan sel)

Sel menjadi lebih sedikit, jumlah dan ukurannya menjadi lebih besar, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intrasel.

2. Sistem integumen

Kulit keriput akibat kehilangan lemak, kulit kering dan pucat dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah kekulit dan menurunnya sel-sel yang memproduksi pigmen, kuku pada jari tengah dan kaki menjadi tebal dan rapuh. Pada orang berusia 60 tahun rambut wajah meningkat, rambut menipis/botak dan warna rambut kelabu, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya..

3. Sistem muskuler

Kecepatan dan kekuatan kontraksi otot skeletal berkurang pengecilan otot karena menurunnya serabut otot. Pada otot polos tidak begitu berpengaruh.

4. Sistem pendengaran

Presbiakusis (menurunnya pendengaran pada lansia) membran timpani menjadi atrofi menyebabkan austosklerosis, penumpukkan serumen sehingga mengeras karena meningkatnya keratin

5. Sistem penglihatan

Karena berbentuk speris, sfingther pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, lensa menjadi keruh, meningkatnya ambang penglihatan (daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat gelap).

Hilangnya akomodasi menurunnya lapang pandang karena berkurangnya luas pandangan.

Menurunnya daya membedakan warna hijau atau biru pada skala.

6. Sistem pernafasan

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas silia, paru kurang elastis, alveoli kurang melebar biasanya dan jumlah berkurang. Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg. Karbon oksida pada arteri tidak berganti kemampuan batuk berkurang.

7. Sistem Kardiovaskuler

Katub jantung menebal dan menjadi kaku. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun. Kehilangan obstisitas pembuluh darah, tekanan darah meningkat akibat meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

8. Sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi, indra pengecap menurun, esofagus melebar, rasa lapar menurun, asam lambung menurun waktu pengosongan lambung, peristaltik lemah sehingga sering terjadi konstipasi, hati makin mengecil.

9. Sistem Perkemihan

Ginjal mengecil, nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, laju filtrasi glumerulus menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang sehingga kurang mampu memekatkan urine, proteinuria bertambah, ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, kapasitas kandung kemih menurun karena otot yang lemah, frekuensi berkemih meningkat, kandung kemih sulit dikosongkan, pada orang terjadi peningkatan retensi urin dan pembesaran prostat (75% usia diatas 60 tahun).

10. Sistem Reproduksi

Selaput lendir vagina menurun/kering, menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara testis masih dapat memproduksi meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur, dorongan seks menetap sampai usia 70 tahun asal kondisi kesehatan baik

11. Sistem Endokrin

Produksi semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, berkurangnya ACTH, TSH, FSH dan LH. Menurunnya aktivitas tiroid sehingga laju metabolisme tubuh (BMR) menurun. Menurunnya produk aldosteron, a. menurunnya sekresi, hormon godad, progesteron, estrogen dan testosteron.

12. Sistem Sensori

Reaksi menjadi lambat kurang sensitif terhadap sentuhan (berat otak menurun sekitar 10-20%)

C. Pemeriksaan Diagnostik Test

1. Glukosa darah sewaktu
2. Kadar glukosa darah puasa
3. Tes toleransi glukosa
4. Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan:
5. Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L)
6. Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L)

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

7. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dl

D. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolisme protein, lemak.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik diuresis ditandai dengan tugor kulit menurun dan membran mukosa kering.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status metabolik (neuropati perifer) ditandai dengan gangren pada extremitas.
4. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisik yang kurang.
5. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan glukosa darah yang tinggi.
6. Resiko terjadi injury berhubungan dengan penurunan penglihatan.

E. Intervensi Dan Rasional

1. Gangguan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan metabolisme protein, lemak

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil:

- 1) Pasien dapat mencerna jumlah kalori atau nutrien yang tepat
- 2) Berat badan stabil atau penambahan ke arah rentang biasanya

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Intervensi	Rasional
Timbang berat badan sesuai indikasi.	Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat.
Tentukan program diet, pola makan dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan klien.	Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik.
Auskultasi bising usus, catat nyeri abdomen atau perut kembung, mual, muntah dan pertahankan keadaan puasa sesuai indikasi.	Hiperglikemi, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik).
Berikan makanan cair yang mengandung nutrisi dan elektrolit. Selanjutnya memberikan makanan yang lebih padat.	Pemberian makanan melalui oral lebih baik diberikan pada klien sadar dan fungsi gastrointestinal baik.
Identifikasi makanan yang disukai.	Kerja sama dalam perencanaan makanan.
Libatkan keluarga dalam perencanaan makan.	Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberi informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi klien.
Observasi tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembap atau dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas,	Pada metabolisme kaborhidrat (gula darah akan berkurang dan sementara tetap diberikan tetap diberikan insulin, maka terjadi hipoglikemia terjadi tanpa

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

sakit kepala, pusing).	memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran.
------------------------	---

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik diuresis ditandai dengan turgor kulit menurun dan membran mukosa kering.

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan atau hidrasi pasien terpenuhi

Kriteria Hasil:

Pasien menunjukkan hidrasi yang adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba, turgor kulit dan pengisian kapiler baik, haluaran urin tepat secara individu dan kadar elektrolit dalam batas normal.

Intervensi	Rasional
Kaji riwayat klien sehubungan dengan lamanya atau intensitas dari gejala seperti muntah dan pengeluaran urine yang berlebihan.	Membantu memperkirakan kekurangan volume total. Adanya proses infeksi mengakibatkan demam dan keadaan hipermetabolik yang meningkatkan kehilangan air.
Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah ortostatik.	Hipovolemi dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovolemi saat tekanan darah sistolik turun ≥ 10 mmHg dari posisi berbaring ke duduk atau berdiri.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Pantau pola napas seperti adanya pernapasan Kussmaul atau pernapasan yang berbau keton.	Perlu mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis. Napas bau aseton disebabkan pemecahan asam asetoasetat dan harus berkurang bila ketosis terkoreksi.
Pantau frekuensi dan kualitas pernapasan, penggunaan otot bantu napas, adanya periode apnea dan sianosi.	Hiperglikemia dan asidosis menyebabkan pola dan frekuensi pernapasan normal. Akan tetapi peningkatan kerja pernapasan, pernapasan dangkal dan cepat serta sianosis merupakan indikasi dari kelelahan pernapasan atau kehilangan kemampuan melalui kompensasi pada asidosis.`
Pantau suhu, warna kulit, atau kelembapannya.	Demam, menggigil, dan diaphoresis adalah hal umum terjadi pada proses infeksi, demam dengan kulit kemerahan, kering merupakan tanda dehidrasi.
Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membrane mukosa.	Merupakan indicator tingkat dehidrasi atau volume sirkulasi yang adekuat.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status metabolik (neuropati perifer) ditandai dengan gangren pada extremitas.

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil:

- 1) Menunjukkan peningkatan integritas kulit
- 2) Menghindari cedera kulit

Intervensi	Rasional
Inspeksi kulit terhadap perubahan warna, turgor, vaskuler, perhatikan kemerahan.	Menandakan aliran sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan infeksi
Ubah posisi setiap 2 jam beri bantalan pada tonjolan tulang	Menurunkan tekanan pada edema dan menurunkan iskemia
Pertahankan alas kering dan bebas lipatan	Menurunkan iritasi dermal
Beri perawatan kulit seperti penggunaan lotion	Menghilangkan kekeringan pada kulit dan robekan pada kulit
Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik	Mencegah terjadinya infeksi
Anjurkan pasien untuk menjaga agar kuku tetap pendek	Menurunkan resiko cedera pada kulit oleh karena garukan
Motivasi klien untuk makan	Makanan TKTP dapat membantu

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

makanan TKTP	penyembuhan jaringan kulit yang rusak
--------------	---------------------------------------

4. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisik yang kurang.

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kelelahan dapat teratasi.

Kriteria Hasil:

- 1) Mengidentifikasi pola kelelahan setiap hari.
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan aktivitas penyakit yang mempengaruhi toleransi aktivitas.
- 3) Mengungkapkan peningkatan tingkat energi.
- 4) Menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan.

Intervensi	Rasional
Diskusikan kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan.	Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun klien sangat lemah.
Diskusikan penyebab kelelahan seperti nyeri sendi, penurunan efisiensi tidur, peningkatan upaya yang diperlukan untuk ADL.	Dengan mengetahui penyebab kelelahan, dapat menyusun jadwal aktivitas.
Bantu mengidentifikasi pola energi dan buat rentang kelelahan. Skala 0-	Mengidentifikasi waktu puncak energi dan kelelahan membantu dalam

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

10 (0=tidak lelah, 10= sangat kelelahan)	merencanakan aktivitas untuk memaksimalkan konserfasi energi dan produktivitas.
Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup/ tanpa diganggu.	Mencegah kelelahan yang berlebih.
Pantau nadi , frekuensi nafas, serta tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan aktivitas.	Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.
Tingkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan.	Memungkinkan kepercayaan diri/ harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi.
Ajarkan untuk mengidentifikasi tanda dan gejala yang menunjukkan peningkatan aktivitas penyakit dan mengurangi aktivitas, seperti demam, penurunan berat badan, kelelahan makin memburuk.	Membantu dalam mengantisipasi terjadinya kelelahan yang berlebihan.

5. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan glukosa darah yang tinggi.

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi tanda-tanda infeksi

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Kriteria Hasil:

- 1) Tidak ada rubor, kalor, dolor, tumor, fungisiolesia.
- 2) Terjadi perubahan gaya hidup untuk mencegah terjadinya infeksi.

Intervensi	Rasional
Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine warna keruh atau berkabut.	Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial.
Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.	Mencegah timbulnya infeksi nosokomial.
Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif.	Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik dalam pertumbuhan kuman.
Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen kering dan tetap kencang.	Sirkulasi perifer bisa terganggu dan menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit.
Berikan tisu dan tempat sputum	Mengurangi penyebaran infeksi.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

pada tempat yang mudah dijangkau untuk penampungan sputum atau secret yang lainnya.	
---	--

6. Resiko terjadi injury berhubungan dengan penurunan penglihatan.

Tujuan:

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi injury

Kriteria hasil:

- 1) Dapat menunjukkan terjadinya perubahan perilaku untuk menurunkan factor risiko dan untuk melindungi diri dari cedera.
- 2) Mengubah lingkungan sesuai indikasi untuk meningkatkan keamanan.

Intervensi	Rasional
Hindarkan lantai yang licin.	Lantai licin dapat menyebabkan risiko jatuh pada pasien.
Gunakan bed yang rendah.	Mempermudah pasien untuk naik dan turun dari tempat tidur.
Orientasikan klien dengan ruangan.	Lansia daya ingatnya sudah menurun, sehingga diperlukan orientasi ruangan agar lansia bisa menyesuaikan diri terhadap ruangan.
Bantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari	Lansia sudah mengalami penurunan dalam fisik, sehingga dalam melakukan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

	aktivitas sehari diperlukan bantuan dari orang lain sesuai dengan yang dapat ditoleransi
Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi	Keterbatasan aktivitas tergantung pada kondisi lansia.

Asuhan keperawatan dengan gangguan PPOM

A. Pengkajian

Pengkajian pada pernafasan dengan klien PPOM yang didasarkan pada kegiatan sehari – hari. Ukur kualitas pernafasan antara skala 1 sampai 10. Dan juga mengidentifikasi faktor sosial dan lingkungan yang merupakan faktor pendukung terjadinya gejala. Perawat juga mengidentifikasi type dari gejala yang muncul antara lain, tiba-tiba atau membahayakan dan faktor presipitasi lainnya antara lain perjalanan penurunan temperatur dan stress.

Pengkajian fisik termasuk pengkajian bentuk dan kesimetrisan dada, Respiratory Rate dan Pola pernafasan, posisi tubuh menggunakan otot bantu pernafasan dan juga warna, jumlah, kekentalan dan bau sputum. Palpasi dan perfusi pada dada diidentifikasi untuk mengkaji terhadap peningkatan gerakan Fremitus, gerakan dinding dada dan penyimpanan diafragma. Ketika mengauskultasi dinding dada pada dewasa tua / akhir seharusnya diberi cukup waktu untuk kenyamanan dengan menarik nafas

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

dalam tanpa adanya rasa pusing (dizzy) (Loukenaffe, M.A, 2009).

Hal-hal yang juga perlu dikaji adalah :

1. Aktifitas / istirahat

Keletihan , kelemahan, malaise, ketidak mampuan melakukan aktifitas sehari-hari karena sulit bernafas.

2. Sirkulasi

Pembengkakan pada ekstremitas bawah, peningkatan tekanan darah,takikardi.

3. Integritas ego

Perubahan pola hidup, ansietas, ketakutan,peka rangsan.

4. Makanan / cairan

Mual / muntah, anoreksia, ketidakmampuan untuk makan karena distress pernafasan, turgor kulit buruk, berkeringat.

5. Higiene

Penurunan kemampuan / peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktifitas sehari-hari, kebersihan buruk, bau badan.

6. Pernafasan

Nafas pendek, rasa dada tertekan, dispneu, penggunaan otot bantu pernafasan.

7. Keamanan

Riwayat reaksi alergi / sensitif terhadap zat atau faktor lingkungan.

8. Seksualitas

Penurunan libido.

9. Interaksi social

Hubungan ketergantungan, kurang sistem pendukung, keterbatasan mobilitas fisik.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim pada lansia dengan PPOM, antara lain :

1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan tertahannya sekresi.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen.
3. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan in adekuat pertahanan primer dan sekunder, penyakit kronis.
4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disprisa, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual / muntah.
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen, kelemahan, dispnea.
6. Defisit pengetahuan tentang PPOM berhubungan dengan kurang informasi, salah mengerti tentang informasi, kurang mengingat / keterbatasan kognitif (Doenges, 2000).
Sedangkan diagnosa menurut Luckenotte, antara lain :
 - a. Ketidak efektifan jalan nafas b.d tertahannya sekresi.
 - b. Gangguan pertukaran gas b.d berkurangnya suplai oksigen.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- c. Berkurangnya perawatan kesehatan b.d ketidakefektifan koping individu.
- d. Resiko infeksi b.d in adekuat pertahanan primer dan sekunder, dan penyakit kronik.
- e. Defisit pengetahuan : PPOM b.d kurangnya informasi.
- f. In adekuat nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan atau absorbs
- g. Berkurangnya peran b.d perubahan persepsi diri dan perubahan kapasitas fisik dalam menjalankan peran.
- h. In efektif pola nafas b.d kelemahan muskuloskeletal dan penurunan energi atau fatigue.
- i. Ketidakmampuan untuk melakukan ventilasi secara spontan b.d kelemahan otot pernafasan.
- j. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan permintaanKim, McFarland, McLane, 1997.

A. Intervensi / Perencanaan

1. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan tertahannya sekresi.

Tujuan : Mengefektifkan jalan nafas

Hasil yang diharapkan :

- 1) Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih / jelas

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 2) Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan nafas

Misal : Batuk efektif dan mengeluarkan sekret.

Intervensi :

- 3) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas, misal : mengi, krekels, ronki.

Rasional : Beberapa derajat bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misal: krekels basah (bronkhitis), bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi (emfisema).

- 4) Kaji / pantau frekuensi pernafasan, catat rasio inspirasi mengi (emfisema)

Rasional : takipnea ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan / selama stress / adanya proses infeksi akut. Pernafasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.

- 5) Kaji pasien untuk posisi yang nyaman misal: peninggian kepala tempat tidur, duduk dan sandaran tempat tidur.

Rasional : Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi, namun pasien dengan slifres berat akan mencari posisi yang paling mudah untuk bernafas.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

6) Pertahankan polusi lingkungan minimum debu, asap dll
Rasional : Pencetus tipe reaksi alergi pernafasan yang dapat mentrigen episode akut.

7) Bantu latihan nafas abdomen / bibir
Rasional : Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.

8) Ajarkan teknik nafas dalam batuk efektif
Rasional : Batuk dapat menetap tetapi efektif khususnya bila pada lansia, sakit akut, atau kelemahan. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi / kepala dibawah setelah perkusi dada.
Kolaboras.

9) Berikan obat sesuai indikasi
Bronkodilator mis, B-agonis, Epinefrin (adrenalin, Ø vaponefrin)
albuterol (Proventil, Ventolin) terbutalin (Brethine, Brethaire),
isoetarin (Brokosol, Bronkometer).
Rasional : Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas mengi, dan produksi mukosa, obat-obat mungkin per oral, injeksi / inhalasi.
Xantin, misØ aminofilin, oxtrifilin (Choledyl), teofilin (Bonkoddyl, Theo-Dur)

Rasional : Menurunkan edema mukosa dan spasme otot polos dengan meningkatkan langsung siklus AMP. Dapat juga

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

menurunkan kelemahan otot / kegagalan pernafasan dengan meningkatkan kontraktilitis diafragma.

Berikan humidifikasi tambahan misØ nebuliser, humidifier aerosol ruangan dan membantu menurunkan / mencegah pembentukan mukosa tebal pada bronkus.

Rasional : Menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran dan membantu menurunkan / mencegah pembentukan mukosa tebal pada bronkus.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan suplai oksigen

Tujuan : Memenuhi suplai oksigen pada tubuh.

Kriteria hasil yang diharapkan :

Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat yang bila dalam rentang normal + bebas gejala distress pernafasan.

Berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan / situasi.

Intervensi :

1) Kaji frekuensi kedalaman pernafasan, catat penggunaan otot aksesori, nafass bibir, ketidakmampuan bicara / berbincang.

Rasional : Berguna dalam evaluasi distress pernafasan dan kronisnya proses penyakit.

2) Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernafas.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Rasional : Pengiriman oksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk tinggi, dan latihan nafas untuk menurunkan kolaps jalan nafas, dispnea dan kerja nafas.

- 3) Dorong mengeluarkan sputum : Penghisapan bila diindikasikan.

Rasional : Kental, tebal, banyaknya sekresi adalah sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas kecil, penghisapan dibutuhkan bila batuk tidak efektif.

- 4) Kaji / awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa

Rasional : Sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku) atau sentral (terlihat sekitar bibir / daun telinga) keabu-abuan dan dianosis sentral mengindikasikan beratnya hipoksemia.

- 5) Awasi tanda vital dan irama jantung

Rasional : Takikardia, disritimia, dan perubahan TD dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung.

Kolaborasi

- 6) Awasi / gambaran seri GDA dan nadi, oksimetri

Rasional : PaCO_2 . Biasanya meningkat (bronkhitis, emfisema) dan PaCO_2 secara umum menurun, sehingga hipoksia terjadi dengan derajat lebih / lebih besar. Catat : PaCO_2 normal / meningkat menandakan kegagalan pernafasan yang akan datang selama osmatik.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

7) Berikan oksigen tambahan yang sesuai dengan indikasi hasil

GDA dan toleransi pasien.

Rasional : Dapat memperbaiki / mencegah buruknya hipoksia.

c. Diagnosa Keperawatan : Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan in adekuat pertahanan primer dan sekunder, penyakit kronis.

Tujuan : Mencegah terjadinya infeksi.

Kriteria hasil yang diharapkan :

- 1) Menyatakan pemahaman penyebab / faktor resiko individu
 - 2) Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah / menurunkan resiko infeksi
 - 3) Menunjukkan teknik, perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman.
- Intervensi
- 4) Awasi suhu

Rasional : Demam dapat terjadi karena infeksi / dehidrasi

- 5) Kaji pentingnya latihan nafas, batuk efektif, perubahan posisi sering, dan masukan cairan adekuat.

Rasional : Aktifitas ini meningkatkan mobilisasi dan pengeluaran sekret untuk menurunkan resiko terjadi infeksi paru.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 6) Tunjukkan dan bantu pasien tentang pembuangan tisu dan sputum

Rasional : Cegah penyebaran patogen melalui cairan.

- 7) Dorong keseimbangan antara aktifitas dan istirahat

Rasional : Menurunkan konsumsi / kebutuhan keseimbangan oksigen dan memperbaiki pertahanan pasien terhadap infeksi, meningkatkan penyembuhan.

Kolaborasi

- 1) Dapatkan spesimen dengan batuk / penghisapan untuk pewarnaan kuman gram kultur / sensitivitas.

Rasional : Dilakukan untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan kerentanan terhadap berbagai anti mikrobial.

- 2) Berikan anti mikrobial sesuai indikasi

Rasional : Dapat diberikan untuk organisme khusus yang teridentifikasi dengan kultur dan sensitivitas, atau diberikan secara profilaktik karena resiko tinggi.

Diagnosa Keperawatan : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dispnea, kelemahan efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual / muntah.

Tujuan : Memenuhi kebutuhan nutrisi klien secara adekuat

Kriteria hasil yang diharapkan :

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

1) Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat.

2) Menunjukkan perilaku perubahan pola hidup untuk meningkatkan dan / mempertahankan berat yang tepat.

Intervensi

3) Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini, catat derajat kesulitan makan, evaluasi BB dan ukuran tubuh.

Rasional : Pasien distress pernafasan akut sering anoreksia karena dispnea, produksi sputum dan obat. Selain itu banyak pasien PPOM mempunyai kebiasaan makan buruk, meskipun kegagalan pernafasan membuat status hipermetalik dengan meningkatkan kebutuhan kalori.

4) Kaji pentingnya latihan nafas, batuk efektif, perubahan posisi sering, dan masukan cairan adekuat.

Rasional : Aktivitas ini meningkatkan mobilisasi dan pengeluaran sekret untuk menurunkan resiko terjadi infeksi paru.

5) Tunjukkan dan bantu pasien tentang pembuangan tisu dan sputum

Rasional : Cegah penyebaran patogen melalui cairan.

Dorong keseimbangan antara aktifitas dan istirahat

Rasional : Menurunkan konsumsi / kebutuhan keseimbangan oksigen dan memperbaiki pertahanan

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

pasien terhadap infeksi, meningkatkan penyembuhan.

Kolaborasi

Dapatkan spesimen dengan batuk / penghisapan untuk pewarnaan kuman gram kultur / sensitivitas.

Rasional : Dilakukan untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan kerentanan terhadap berbagai anti mikrobial.

Berikan anti mikrobial sesuai indikasi

Rasional : Dapat diberikan untuk organisme khusus yang teridentifikasi dengan kultur dan sensitivitas, atau diberikan secara profilaktik karena resiko tinggi.

Diganaosa Keperawatan : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan keseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen, kelemahan, dispnea.

Tujuan : Mengembalikan aktifitas klien seperti semula.

Kriteria hasil yang diharapkan :

a. Melaporkan / Menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktifitas yang dapat diukur dengan tak adanya dispnea, kelemahan berlebihan, dan tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi :

a. Evaluasi respons pasien terhadap aktifitas. Catat

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

laporan dispnea, peningkatan kelemahan / kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas.

Rasional : Menetapkan kemampuan / kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.

- c. Bantu aktivitas perawatan dini yang diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan.

Rasional : Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

- d. Ajarkan klien untuk mengurangi aktivitas yang dapat menimbulkan kelelahan.

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan tentang PPOM berhubungan dengan kurang informasi, salah mengerti tentang informasi, kurang mengingat / keterbatasan kognitif.

Tujuan : Klien mampu untuk mengetahui tentang pengertian / informasi PPOM.

Kriteria hasil yang diharapkan :

- a. Menyatakan pemahaman kondisi / proses penyakit dan tindakan
- b. Mengidentifikasi hubungan tanda / gejala yang ada dari proses penyakit dan menghubungkan dengan faktor penyebab.

Intervensi :

- c. Jelaskan / kuatkan penjelasan proses penyakit individu

Rasional : Menurunkan ansietas dan dapat menimbulkan perbaikan partisipasi pada rencana pengobatan.

- d. Instruksikan / kuatkan rasional untuk latihan nafas, batuk efektif dan latihan kondisi umum.

Rasional : Nafas bibir + nafas abdominal / diafragmatik menguatkan otot pernafasan, membantu meminimalkan kolaps jalan nafas kecil dan memberikan individu arti untuk mengontrol dispnea. Latihan kondisi umum meningkatkan toleransi aktivitas, kekuatan otot dan rasa sehat.

- e. Diskusikan obat pernafasan, efek samping + reaksi yang tak diinginkan

Rasional : Pasien ini sering mendapat obat pernafasan banyak sekaligus yang mempunyai efek samping hampir sama + potensial interaksi obat, penting bagi pasien memahami perbedaan antara efek samping mengganggu dan efek samping merugikan.

- f. Tekankan pentingnya perawatan oral / kebersihan gigi

Rasional : Menurunkan pertumbuhan bakteri pada mulut, dimana dapat menimbulkan infeksi saluran nafas atas.

- g. Diskusikan faktor individu yang meningkatkan kondisi mis: udara terlalu kering, angin, lingkungan dengan suhu ekstrem, serbuk, asap tembakau, spreng aerosol, polusi udara.

Rasional : Faktor lingkungan ini dapat menimbulkan iritasi bronkial menimbulkan peningkatan produksi sekret dan hambatan jalan nafas.

- h. Diskusikan pentingnya mengikuti perawatan medik, foto dada periodik dan kultur sputum.

Rasional : Pengawasan proses penyakit untuk membuat program terapi untuk memenuhi perubahan kebutuhan dan dapat membantu mencegah komplikasi

D. Evaluasi

Fokus utama pada klien Lansia dengan COPD adalah untuk mengembalikan kemampuan dalam ADLS, mengontrol gejala, dan tercapainya hasil yang diharapkan. Klien Lansia mungkin membutuhkan perawatan tambahan di rumah, evaluasi juga termasuk memonitor kemampuan beradaptasi dan menggunakan tehnik energi conserving, untuk mengurangi sesak nafas, dan kecemasan yang diajarkan dalam rehabilitasi paru. Klien Lansia membutuhkan waktu yang lama untuk mempelajari tehnik rehabilitasi yang diajarkan. Bagaimanapun, saat pertama kali mengajar, mereka harus mempunyai pemahaman yang baik dan mampu untuk beradaptasi dengan gaya hidup mereka.

Asuhan keperawatan dengan gangguan Stroke

A. Pengkajian

Aktivitas dan istirahat

Data Subyektif:

- kesulitan dalam beraktivitas : kelemahan, kehilangan sensasi atau paralysis.
- mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot)

Data obyektif:

- Perubahan tingkat kesadaran
- Perubahan tonus otot (flaksid atau spasti), kelemahan umum.
- gangguan penglihatan

Sirkulasi

Data Subyektif:

- Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, disritmia, gagal jantung , endokarditis bacterial), polisitemia.

Data obyektif:

- Hipertensi arterial
- Disritmia, perubahan EKG
- Pulsasi : kemungkinan bervariasi
- Denyut karotis, femoral dan arteri iliaka atau aorta abdominall

3. Integritas ego

Data Subyektif:

- Perasaan tidak berdaya, hilang harapan

Data obyektif:

- Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesedihan , kegembiraan
- kesulitan berekspresi diri

4. Eliminasi

Data Subyektif:

- Inkontinensia, anuria
- distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus(ileus paralitik)

5. Makan/ minum

Data Subyektif:

- Nafsu makan hilang
- Nausea / vomitus menandakan adanya PTIK
- Kehilangan sensasi lidah , pipi , tenggorokan, disfagia
- Riwayat DM, Peningkatan lemak dalam darah

Data obyektif:

- Problem dalam mengunyah (menurunnya reflek palatum dan faring)
- Obesitas (factor resiko)

6. Sensori neural

Data Subyektif:

- Pusing / syncope (sebelum CVA / sementara selama TIA)
- nyeri kepala : pada perdarahan intra serebral atau perdarahan sub arachnoid.
- Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/mati

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Penglihatan berkurang
- Sentuhan : kehilangan sensor pada sisi kolateral pada ekstremitas dan pada muka ipsilateral (sisi yang sama)
- Gangguan rasa pengecap dan penciuman

Data obyektif:

- Status mental ; koma biasanya menandai stadium perdarahan , gangguan tingkah laku (seperti: letergi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif
- Ekstremitas : kelemahan / paralisis (kontralateral pada semua jenis stroke, genggaman tangan tidak imbang, berkurangnya reflek tendon dalam (kontralateral)
- Wajah: paralisis / parese (ipsilateral)
- Afasia (kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif/ kesulitan berkata kata, reseptif / kesulitan berkata kata komprehensif, global / kombinasi dari keduanya.
- Kehilangan kemampuan mengenal atau melihat, pendengaran, stimuli taktil
- Apraksia : kehilangan kemampuan menggunakan motoric
- Reaksi dan ukuran pupil : tidak sama dilatasi dan tak bereaksi pada sisi ipsilateral

7. Nyeri / kenyamanan

Data Subyektif:

- Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya

Data obyektif:

- Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otot / fasial

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

8. Respirasi

Data Subyektif:

- Perokok (factor resiko)

Tanda:

- Kelemahan menelan/ batuk/ melindungi jalan napas
- Timbulnya pernapasan yang sulit dan / atau tak teratur
- Suara nafas terdengar ronchi /aspirasi

9.Keamanan

Data obyektif:

- Motorik/sensorik : masalah dengan penglihatan
- Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewasadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
- Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenali
- Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh
- Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, berkurang kesadaran diri

10. Interaksi social

Data obyektif:

- Problem berbicara, ketidakmampuan berkomunikasi

11. Pengajaran / pembelajaran

Data Subjektif :

- Riwayat hipertensi keluarga, stroke
- penggunaan kontrasepsi oral

12. Pertimbangan rencana pulang

- menentukan regimen medikasi / penanganan terapi
- bantuan untuk transportasi, shopping , menyiapkan makanan , perawatan diri dan pekerjaan rumah

(Doenges E, Marilyn, 2000 hal 292)

II. Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan serebral b.d terputusnya aliran darah : penyakit oklusi, perdarahan, spasme pembuluh darah serebral, edema serebral.

Dibuktikan oleh :

- Perubahan tingkat kesadaran , kehilangan memori
- Perubahan respon sensorik / motorik, kegelisahan
- Defisit sensori , bahasa, intelektual dan emosional
- Perubahan tanda-tanda vital

Tujuan Pasien / kriteria evaluasi ;

- Terpelihara dan meningkatnya tingkat kesadaran, kognisi dan fungsi sensori / motorik
- Menampakkan stabilisasi tanda vital dan tidak ada PTIK
- Peran pasien menampakkan tidak adanya kemunduran / kekambuhan

Intervensi :

- Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan situasi individu/ penyebab koma / penurunan perfusi serebral dan potensial PTIK

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Monitor dan catat status neurologis secara teratur
- Monitor tanda-tanda vital
- Evaluasi pupil 9 ukuran bentuk kesamaan dan reaksi terhadap cahaya 0
- Bantu untuk mengubah pandangan , misalnya pandangan kabur, perubahan lapang pandang / persepsi lapang pandang
- Bantu meningkatkan fungsi, termasuk bicara jika pasien mengalami gangguan fungsi
- Kepala dielevasikan perlahan lahan pada posisi netral.
- Pertahankan tirah baring , sediakan lingkungan yang tenang , atur kunjungan sesuai indikasi

Kolaborasi

- Berikan suplemen oksigen sesuai indikasi
- Berikan medikasi sesuai indikasi :
 - Antifibrolitik, misal aminocaproic acid (amicar)
 - Antihipertensi
 - Vasodilator perifer, missal cyclandelate, isoxsuprine.
 - Manitol

2. Ketidakmampuan mobilitas fisik b.d kelemahan neuromuskular, ketidakmampuan dalam persespi kognitif

Dibuktikan oleh :

- Ketidakmampuan dalam bergerak pada lingkungan fisik : kelemahan, koordinasi, keterbatasan rentang gerak sendi, penurunan kekuatan otot.

Tujuan Pasien / kriteria evaluasi ;

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Tidak ada kontraktur, foot drop.
- Adanya peningkatan kemampuan fungsi perasaan atau kompensasi dari bagian tubuh
- Menampakan kemampuan perilaku / teknik aktivitas sebagaimana permulaannya
- Terpeliharanya integritas kulit

Intervensi :

- Ubah posisi tiap dua jam (prone, supine, miring)
- Mulai latihan aktif / pasif rentang gerak sendi pada semua ekstremitas
- Topang ekstremitas pada posis fungsional , gunakan foot board pada saat selama periode paralysis flaksid. Pertahankan kepala dalam keadaan netral
- Evaluasi penggunaan alat bantu pengatur posisi
- Bantu meningkatkan keseimbangan duduk
- Bantu memanipulasi untuk mempengaruhi warna kulit edema atau menormalkan sirkulasi
- Awasi bagian kulit diatas tonjolan tulang

Kolaborasi

- Konsul ke bagian fisioterapi
- Bantu dalam meberikan stimulasi elektrik
- Gunakan bed air atau bed khusus sesuai indikasi

3. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, kehilangan tonus otot fasial / mulut, kelemahan umum / letih.

Ditandai

:

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Gangguan artikulasi
- Tidak mampu berbicara / disartria
- ketidakmampuan modulasi wicara , mengenal kata , mengidentifikasi objek
- Ketidakmampuan berbicara atau menulis secara komprehensif.

Tujuan pasien / kriteria evaluasi

- Pasien mampu memahami problem komunikasi
- Menentukan metode komunikasi untuk berekspresi
- Menggunakan sumber bantuan dengan tepat

Intervensi :

- Bantu menentukan derajat disfungsi
- Bedakan antara afasia dengan disartria
- Sediakan bel khusus jika diperlukan
- Sediakan metode komunikasi alternative
- Antisipasi dan sediakan kebutuhan pasien
- Bicara langsung kepada pasien dengan perlahan dan jelas
- Bicara dengan nada normal

Kolaborasi :

- Konsul dengan ahli terapi wicara
4. Perubahan persepsi sensori b.d penerimaan perubahan sensori transmisi, perpaduan (trauma / penurunan neurologi), tekanan psikologis (penyempitan lapangan persepsi disebabkan oleh kecemasan)

Ditandai ;

- Disorientasi waktu, tempat , orang

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Perubahan pola tingkah laku
- Konsentrasi jelek, perubahan proses pikir
- Ketidakmampuan untuk mengatakan letak organ tubuh
- Perubahan pola komunikasi
- Ketidakmampuan mengkoordinasi kemampuan motorik.

Tujuan / kriteria hasil :

- Dapat mempertahankan level kesadaran dan fungsi persepsi pada level biasanya.
- Perubahan pengetahuan dan mampu terlibat
- Mendemonstrasikan perilaku untuk kompensasi

Intervensi :

- Kaji patologi kondisi individual
- Evaluasi penurunan visual
- Lakukan pendekatan dari sisi yang utuh
- Sederhanakan lingkungan
- Bantu pemahaman sensori
- Beri stimulasi terhadap sisa-sisa rasa sentuhan
- Lindungi pasien dari temperatur yang ekstrim
- Pertahankan kontak mata saat berhubungan
- Validasi persepsi pasien

5. Kurang perawatan diri b.d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol /koordinasi otot

Ditandai dengan :

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Kerusakan kemampuan melakukan AKS misalnya ketidakmampuan makan ,mandi, memasang/melepas baju, kesulitan tugas toileting

Kriteria hasil:

- Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri
- Mengidentifikasi sumber pribadi /komunitas dalam memberikan bantuan sesuai kebutuhan
- Mendemonstrasikan perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri

Intervensi:

- Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 1-4) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari
- Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan
- Kaji kemampuan pasien untuk berkomunikasi tentang kebutuhannya untuk menghindari dan atau kemampuan untuk menggunakan urinal,bedpan.
- Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut. Kadar makanan yang berserat, Anjurkan untuk minum banyak dan tingkatkan aktivitas.
- Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

Kolaborasi;

- Berikan supositoria dan pelunak feses
- Konsultasikan dengan ahli fisioterapi/okupasi

6. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d kerusakan batuk, ketidakmampuan mengatasi lender

Kriteria hasil:

- Pasien memperlihatkan kepatenan jalan napas
- Ekspansi dada simetris
- Bunyi napas bersih saat auskultasi
- Tidak terdapat tanda distress pernapasan
- GDA dan tanda vital dalam batas normal

Intervensi:

- Kaji dan pantau pernapasan, reflek batuk dan sekresi
- Posisikan tubuh dan kepala untuk menghindari obstruksi jalan napas dan memberikan pengeluaran sekresi yang optimal
- Penghisapan sekresi
- Auskultasi dada untuk mendengarkan bunyi jalan napas setiap 4 jam
- Berikan oksigenasi sesuai advis
- Pantau BGA dan Hb sesuai indikasi

7. Gangguan pemenuhan nutrisi b.d reflek menelan turun, hilang rasa ujung lidah

Ditandai dengan:

- Keluhan masukan makan tidak adekuat
- Kehilangan sensasi pengecap
- Rongga mulut terinflamasi

Kriteria evaluasi:

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- Pasien dapat berpartisipasi dalam intervensi spesifik untuk merangsang nafsu makan

- BB stabil

- Pasien mengungkapkan pemasukan adekuat

Intervensi;

- Pantau masukan makanan setiap hari

- Ukur BB setiap hari sesuai indikasi

- Dorong pasien untuk makan diit tinggi kalori kaya nutrien sesuai program

- Kontrol faktor lingkungan (bau, bising), hindari makanan terlalu manis, berlemak dan pedas. Ciptakan suasana makan yang menyenangkan

- Identifikasi pasien yang mengalami mual muntah

Kolaborasi:

- Pemberian anti emetic dengan jadwal regular

- Vitamin A,D,E dan B6

- Rujuk ahli diit

- Pasang /pertahankan slang NGT untuk pemberian makanan enteral

(DoengesE, Marilyn, 2000 hal 293-305)

Asuhan keperawatan dengan gangguan Inkontinensia

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Inkontinensia pada umumnya biasanya sering atau cenderung terjadi pada lansia (usia ke atas 65 tahun), dengan jenis kelamin perempuan, tetapi tidak menutup kemungkinan lansia laki-laki juga beresiko mengalaminya.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi gangguan yang berhubungan dengan gangguan yang dirasakan saat ini. Berapakah frekuensi inkontinensianya, apakah ada sesuatu yang mendahului inkontinensia (stres, ketakutan, tertawa, gerakan), masukan cairan, usia/kondisi fisik, kekuatan dorongan/aliran jumlah cairan berkenaan dengan waktu miksi. Apakah ada penggunaan diuretik, terasa ingin berkemih sebelum terjadi inkonteninsia, apakah terjadi ketidakmampuan

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Tanyakan pada klien apakah klien pernah mengalami penyakit serupa sebelumnya, riwayat urinasi dan catatan eliminasi klien, apakah pernah terjadi trauma/cedera genitourinarius, pembedahan ginjal, infeksi saluran kemih dan apakah dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan apakah ada anggota keluarga lain yang menderita penyakit

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

serupa dengan klien dan apakah ada riwayat penyakit bawaan atau keturunan, penyakit ginjal bawaan/bukan bawaan.

3. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Klien tampak lemas dan tanda tanda vital terjadi peningkatan karena respon dari terjadinya inkontinensia

b. Pemeriksaan Sistem

1) B1 (breathing)

Kaji pernapasan adanya gangguan pada pola nafas, sianosis karena suplai oksigen menurun. kaji ekspansi dada, adakah kelainan pada perkusi.

2) B2 (blood)

Peningkatan tekanan darah, biasanya pasien bingung dan gelisah

3) B3 (brain)

Kesadaran biasanya sadar penuh

4) B4 (bladder)

Inspeksi: periksa warna, bau, banyaknya urine biasanya bau menyengat karena adanya aktivitas mikroorganisme (bakteri) dalam kandung kemih serta disertai keluarnya darah apabila ada lesi pada bladder, pembesaran daerah supra pubik lesi pada meatus uretra, banyak kencing dan nyeri saat berkemih menandakan disuria akibat dari infeksi, apakah klien terpasang kateter sebelumnya.

Palpasi : Rasa nyeri di dapat pada daerah supra pubik / pelvis, seperti

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

rasa terbakar di urera luar sewaktu kencing / dapat juga di luar waktu kencing.

5) B5 (bowel)

Bising usus adakah peningkatan atau penurunan, Adanya nyeri tekan abdomen, adanya ketidaknormalan perkusi, adanya ketidaknormalan palpasi pada ginjal.

6) B6 (bone)

Pemeriksaan kekuatan otot dan membandingkannya dengan ekstremitas yang lain, adakah nyeri pada persendian.

B. Data penunjang

1. Urinalisis
2. Hematuria.
3. Poliuria
4. Bakteriuria.

C. Pemeriksaan Radiografi

1. IVP (intravenous pyelographi), memprediksi lokasi ginjal dan ureter.
2. VCUG (Voiding Cystoufetherogram), mengkaji ukuran, bentuk, dan fungsi VU, melihat adanya obstruksi (terutama obstruksi prostat), mengkaji PVR (Post Voiding Residual).

D. Kultur Urine

1. Steril.
2. Pertumbuhan tak bermakna (100.000 koloni / ml).
3. Organisme.

E. Diagnosa

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien inkontinensia adalah sebagai berikut:

1. Inkonteninsia stress berhubungan dengan kelemahan otot pelvis dan struktur dasar penyokongnya.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan inkontinensia, imobilitas dalam waktu yang lama.
3. Resiko Kerusakan Integitas kulit berhubungan dengan irigasi konstan oleh urine
4. Resiko Isolasi Sosial berhubungan dengan keadaan yang memalukan akibat mengompol di depan orang lain atau takut bau urine
5. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan deficit pengetahuan tentang penyebab inkontinen, penatalaksanaan, progam latihan pemulihan kandung kemih, tanda dan gejala komplikasi, serta sumbe komonitas.

F. Rencana Asuhan keperawatan

Diagnosa I: Inkonteninsia berhubungan dengan kelemahan otot pelvis

Tujuan :

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Klien akan melaporkan suatu pengurangan / penghilangan inkonteninsia, klien dapat menjelaskan penyebab.

Intervensi :

1. Kaji kebiasaan pola berkemih dan dan gunakan catatan berkemih sehari.
2. Pertahankan catatan harian untuk mengkaji efektifitas program yang direncanakan.
3. Observasi meatus perkemihan untuk memeriksa kebocoran saat kandung kemih.
4. Intruksikan klien batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kebocoran, ulangi dengan posisi klien membentuk sudut 45, lanjutkan dengan klien berdiri jika tidak ada kebocoranyang lebih dulu.
5. Pantau masukan dan pengeluaran, pastikan klien mendapat masukan cairan 2000 ml, kecuali harus dibatasi.
6. Ajarkan klien untuk mengidentifikasi otot dinding pelvis dan kekuatannya dengan latihan
7. Kolaborasi dengan dokter dalam mengkaji efek medikasi dan tentukan kemungkinan perubahan obat, dosis / jadwal pemberian obat untuk menurunkan frekuensi inkonteninsia.

Diagnosa 2

Resiko infeksi berhubungan dengan inkontinensia, imobilitas dalam waktu yang lama.

Tujuan :

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Berkemih dengan urine jernih tanpa ketidaknyamanan, urinalisis dalam batas normal, kultur urine menunjukkan tidak adanya bakteri.

Intervensi :

1. Berikan perawatan perineal dengan air sabun setiap shift. Jika pasien inkontinensia, cuci daerah perineal sesegera mungkin.

R: Untuk mencegah kontaminasi uretra.

2. Jika di pasang kateter indwelling, berikan perawatan kateter 2x sehari (merupakan bagian dari waktu mandi pagi dan pada waktu akan tidur) dan setelah buang air besar.

R: Kateter memberikan jalan pada bakteri untuk memasuki kandung kemih dan naik ke saluran perkemihan.

1. Ikuti kewaspadaan umum (cuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung, pemakaian sarung tangan), bila kontak dengan cairan tubuh atau darah yang terjadi (memberikan perawatan perianal, pengosongan kantung drainase urine, penampungan spesimen urine). Pertahankan teknik aseptis bila melakukan kateterisasi, bila mengambil contoh urine dari kateter indwelling.

R: Untuk mencegah kontaminasi silang.

2. Kecuali dikontraindikasikan, ubah posisi pasien setiap 2jam dan anjurkan masukan sekurang-kurangnya 2400 ml / hari. Bantu melakukan ambulasi sesuai dengan kebutuhan.

R: Untuk mencegah stasis urine.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

3. Lakukan tindakan untuk memelihara asam urine.

1. Tingkatkan masukan sari buah beri.
2. Berikan obat-obat, untuk meningkatkan asam urine.

R: Asam urine menghalangi tumbuhnya kuman. Karena jumlah sari buah beri diperlukan untuk mencapai dan memelihara keasaman urine. Peningkatan masukan cairan sari buah dapat berpengaruh dalam pengobatan infeksi saluran kemih.

Diagnosa 3 : Resiko Kerusakan Integritas kulit yang berhubungan dengan irigasi konstan oleh urine

Tujuan :

1. Jumlah bakteri < 100.000 / ml.
2. Kulit peristomal tetap utuh.
3. Suhu 37° C.
4. Urine jernih dengan sedimen minimal.

Intervensi :

1. Pantau penampilan kulit peristomal setiap 8jam.

R: Untuk mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan.

1. Ganti wafer stomesif setiap minggu atau bila bocor terdeteksi. Yakinkan kulit bersih dan kering sebelum memasang wafer yang baru. Potong

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

lubang wafer kira-kira setengah inci lebih besar dari diameter stoma untuk menjamin ketepatan ukuran kantung yang benar-benar menutupi kulit peristomal. Kosongkan kantung urostomi bila telah seperempat sampai setengah penuh.

R: Peningkatan berat urine dapat merusak segel peristomal, memungkinkan kebocoran urine. Pemajanan menetap pada kulit peristomal terhadap asam urine dapat menyebabkan kerusakan kulit dan peningkatan risiko infeksi.

Diagnosa 4 : Risiko Isolasi Sosial berhubungan dengan keadaan yang memalukan akibat mengompol di depan orang lain atau takut bau urine

Intervensi :

1. Yakinkan apakah konseling dilakukan dan atau perlu diversifikasi urinaria, diskusikan pada saat pertama.

R: Memberikan informasi tentang tingkat pengetahuan pasien / orang terdekat tentang situasi individu dan Pasien menerimanya(contoh; inkontinensia tak sembuh, infeksi)

1. Dorong pasien / orang terdekat untuk mengatakan perasaan. Akui kenormalan perasaan marah, depresi, dan kedudukan karena kehilangan. Diskusikan “peningkatan dan penurunan” tiap hari yang dapat terjadi setelah pulang.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

R: Memberikan kesempatan menerima isu / salah konsep. Membantu pasien / orang terdekat menyadari bahwa perasaan yang dialami tidak biasa dan bahwa perasaan bersalah pada mereka tidak perlu / membantu. Pasien perlu mengenali perasaan sebelum mereka dapat menerimanya secara efektif.

1. Perhatikan perilaku menarik diri, peningkatan ketergantungan, manipulasi atau tidak terlibat pada asuhan.

R: Dugaan masalah pada penyesuaian yang memerlukan evaluasi lanjut dan terapi lebih efektif. Dapat menunjukkan respon kedukaan terhadap kehilangan bagian / fungsi tubuh dan khawatir terhadap penerimaan orang lain, juga rasa takut akan ketidakmampuan yang akan datang / kehilangan selanjutnya pada hidup karena kanker.

1. Berikan kesempatan untuk pasien / orang terdekat untuk memandang dan menyentuh stoma, gunakan kesempatan untuk memberikan tanda positif penyembuhan, penampilan, normal, dsb.

R: Meskipun integrasi stoma ke dalam citra tubuh memerlukan waktu berbulan-bulan / tahunan, melihat stoma dan mendengar komentar (dibuat dengan cara normal, nyata) dapat membantu pasien dalam penerimaan ini. Menyentuh stoma meyakinkan klien / orang terdekat bahwa stoma tidak rapuh dan sedikit gerakan stoma secara nyata menunjukkan peristaltic normal.

1. Berikan kesempatan pada klien untuk menerima keadaannya melalui partisipasi dalam perawatan diri.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

R: Kemandirian dalam perawatan memperbaiki harga diri.

1. Pertahankan pendekatan positif, selama aktivitas perawatan, menghindari ekspresi menghina atau reaksi mendadak. Jangan menerima ekspresi kemarahan pasien secara pribadi.

R: Membantu pasien / orang terdekat menerima perubahan tubuh dan menerima akan diri sendiri. Marah paling sering ditunjukkan pada situasi dan kurang kontrol terhadap apa yang terjadi (tidak terduga), bukan pada pemberi asuhan.

1. Rencanakan / jadwalkan aktivitas asuhan dengan orang lain.

R: Meningkatkan rasa kontrol dan memberikan pesan bahwa pasien dapat mengatasinya, meningkatkan harga diri.

1. Diskusikan fungsi seksual dan implan penis, bila ada dan alternatif cara pemuasan seksual.

R: Pasien mengalami ansietas diantisipasi, takut gagal dalam hubungan seksual setelah pembedahan, biasanya karena pengabaian, kurang pengetahuan. Pembedahan yang mengangkat kandung kemih dan prostat (diangkat dengan kandung kemih) dapat mengganggu syaraf parasimpatis yang mengontrol ereksi pria, meskipun teknik terbaru ada yang digunakan pada kasus individu untuk mempertahankan syaraf ini.

1. 5. Diagnosa 5 : Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik yang berhubungan dengan defisit pengetahuan tentang

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

penyebab inkontinen, penatalaksanaan, program latihan pemulihan kandung kemih, tanda dan gejala komplikasi, serta sumber komunitas

Tujuan :

1. Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, pemeriksaan diagnostik, dan macam terapeutik.
2. Keluhan berkurang tentang cemas atau gugup.
3. Ekspresi wajah rileks.

Intervensi :

1. Berikan kesempatan kepada klien dan orang terdekat untuk mengekspresikan perasaan dan harapannya. Perbaiki konsep yang salah.
R: Kemampuan pemecahan masalah pasien ditingkatkan bila lingkungan nyaman dan mendukung diberikan.
2. Berikan informasi tentang:
 - Sifat penyakit.
 - Deskripsi singkat tentang tidur.
 - Pemeriksaan setelah perawatan.

Bila informasi harus diberikan selama episode nyeri, pertahankan intruksi dan penjelasan singkat dan sederhana. Berikan informasi lebih detail bila nyeri terkontrol.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

R: Pengetahuan apa yang akan dirasakan membantu mengurangi ansietas, nyeri mempengaruhi prose belajar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Carpenito, Lynda Juall, 1997. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan edisi 6 alih bahasa YasminAsih*. Jakarta : EGC.
2. Doenges, Marilyn E, *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien edisi 3 alih bahasa I Made Kariasa, Ni Made Sumarwati*. Jakarta : EGC, 1999.
3. Corwin, Elizabeth J. *Buku saku Patofisiologi*. Jakarta :EGC.
4. Doengoes, Marilynn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC.
5. Guyton, Arthur C. 1945. *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Jakarta : EGC.
6. Lueckenotte, A.G. 2000. *Gerontologic nursing*. St. Louis Mosby, INC.
7. Long, Barbara C. 1996. *Perawatan Medikal Bedah*. Bandung : Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran Bandung.
8. Matteson, M.A and MC, Connel, E.S. 1988. *Gerontological nursing : Concept and Practice*. Philadelphia : WB Saunders Company.
9. rice, Syna, A and Wilson, Lorraine M. 1994. *Patofisiologi, Konsep Klinis proses-proses Penyakit*, edisi ke-4. Jakarta : EGC.
10. R.Boedi-Dharmojo dan H.Hadi Martono (1999). *Buku Ajar Gerlatri (Ilmu Kesehatan usia lanjut)* edisi ke-3. Jakarta : EGC.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

11. Suddarth dan Brunner. 2002. Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8. Jakarta : EGC.
12. Ancowitz, A. 1993. The Stroke Book. New York : William Morrow and Company, inc.
13. Hudak Gallo. 1997. Keperawatan Kritis Edisi VI Volume II. Jakarta : EGC.
14. Lumbantobing. 2001. Neurogeriatri. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
15. Marilyn E, Doengoes, 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3. Jakarta : EGC.



Test Formatif

1. penyakit yang merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Yakni termasuk gangguan?
a. **Diabetes melitus**
b. PPOM
c. Stroke
d. Inkotinensia
2. Pengkajian fisik termasuk pengkajian bentuk dan kesimetrisan dada, Respiratory Rate dan Pola pernafasan, posisi tubuh menggunakan otot bantu pernafasan dan juga warna, jumlah, kekentalan dan bau sputum.
Palpasi dan perfusi pada dada diidentifikasi untuk mengkaji terhadap peningkatan gerakan Fremitus, gerakan dinding dada dan penyimpanan diafragma. Ketika mengauskultasi dinding dada pada dewasa tua / akhir seharusnya diberi cukup waktu untuk kenyamanan dengan menarik nafas dalam tanpa adanya rasa pusing (dizzy), termasuk dalam gangguan?
a. Diabetes Melitus
b. **PPOM**
c. Stroke
d. Inkotinensia
3. Data subjektif dari aktivitas dan istirahat kesulitan dalam beraktivitas : kelemahan, kehilangan sensasi atau paralysis, mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot) termasuk dalam gangguan?
a. Diabetes Melitus
b. PPOM
c. **Stroke**
d. Inkotinensia
4. Perubahan tingkat kesadaran, Perubahan tonus otot (flaksid atau spasti), kelemahan umum, gangguan penglihatan. Data objektif dari aktivitas fisik dan istirahat, termasuk dalam gangguan?
a. Diabetes Melitus
b. PPOM
c. **Stroke**
d. Inkotinensia
5. pada umumnya biasanya sering atau cenderung terjadi pada lansia (usia ke atas 65 tahun), dengan jenis kelamin perempuan, tetapi tidak

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

menutup kemungkinan lansia laki-laki juga beresiko mengalaminya, yakni termasuk dalam gangguan

- a. Diabetes Melitus
- b. PPOM
- c. Stroke
- d. Inkontinensia



Memahami program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan diharapkan dapat :

1. Menjelaskan pengertian program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia
2. Menjelaskan tujuan program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia
3. Menjelaskan jenis – jenis program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia



Pengertian program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia

Upaya kesehatan yang sudah dilakukan oleh banyak pihak, pada dasarnya memanglah dapat dikatakan sebagai perencanaan social yang tepat. Sebab dengan adanya penjenjangan yang baik dan pengaturan yang baik. Keberadaan dari tujuan kesejahteraan lansia dapat dikontrol dengan baik.

Akan tetapi, hanya saja dalam penvcangnya masih terdapat kesemelewengan atau dalam arti penyelewengan kewenangan. Dan aplikasi Kesehatan lansia. Adapun penjenjangan yang dilakukan kementrian kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan para lansia di pelayanan kesehatan dasar, khususnya Puskesmas dan kelompok lansia melalui program Puskesmas Santun Lanjut Usia.
2. Puskesmas Santun Usia Lanjut adalah Puskesmas yang melaksanakan pelayanan kepada lansia dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif di samping aspek kuratif dan rehabilitatif, secara pro-aktif, baik dan sopan serta memberikan kemudahan dan dukungan bagi lansia.
3. Puskesmas Santun Usia Lanjut menyediakan loket, ruang tunggu dan ruang pemeriksaan khusus bagi lansia serta mempunyai tenaga yang sudah terlatih di bidang kesehatan lansia dengan target Rencana Strategis Kesehatan tahun 2012 adalah 352 dan tahun 2014 sebanyak 602.

4. Berdasarkan Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) tahun 2011 secara nasional persentase puskesmas yang memiliki posyandu lansia adalah 78,8%. Provinsi dengan persentase puskesmas tertinggi yang memiliki posyandu lansia adalah Provinsi DI Yogyakarta (100%) diikuti Jawa Tengah (97,1%) dan Jawa Timur (95,2%). Sedangkan persentase terendah ada di Papua (15%), Papua Barat (18,2%) dan Sulawesi Barat (22,2%). Bila dilihat dari lokasi, persentase puskesmas di perkotaan yang memiliki posyandu lansia 80,9%, sementara di perdesaan 78,3%.
5. Untuk puskesmas yang memiliki Kelompok Peduli Lansia secara nasional persentasenya hanya 25,5%. Provinsi dengan persentase puskesmas tertinggi yang memiliki Kelompok Peduli Lansia adalah DI Yogyakarta (53,6%) diikuti Sumatera Selatan (44%) dan DKI Jakarta (41,7%). Sedangkan persentase terendah ada di Provinsi Maluku (0%), Papua (2,5%) dan Nusa Tenggara Timur (4,5%). Berdasarkan lokasi, persentase puskesmas yang memiliki Kelompok Peduli Lansia di perkotaan 32,2%, sementara di perdesaan 23,8%.
6. Peningkatan upaya rujukan kesehatan bagi lansia melalui pengembangan Poliklinik Geriatri di Rumah Sakit. Saat ini baru ada 8 Rumah Sakit Umum tipe A dan B yang memiliki Klinik Geriatri Terpadu yaitu RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta; RSUP Karyadi, Semarang; RSUP Sardjito, Yogyakarta; RSUP Sanglah, Denpasar; RSUP Hasan Sadikin Bandung; RSUP Wahidin, Makassar; RSUD Soetomo, Surabaya dan RSUD Moewardi, Solo.

7. Untuk Rumah Sakit Khusus pada rumah sakit jiwa yang melayani geriatri sudah ada 16 rumah sakit yaitu: RSJ Dr. Rad-jiman Wediodoningrat, Lawang, RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor, RSJ Provinsi Jawa Barat, Mataram, RSJ Nusa Tenggara Barat, RSJ Aceh, RSJ Jambi, RSJKO Soeprapto, Bengkulu, RSJ Menur, Surabaya, Jawa Timur, RSJ Lam-pung, RSJ Ambon, RSJ Dr. Suparto Hardjo Husodo, Kendari, Sulawesi Tenggara, RSJ Prof. Dr. Hb. Saanin, Padang, Sumatera Barat, RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo, RSJ Daerah Surakarta, Jawa Tengah, RSJ Daerah Madani Propinsi Sulawesi Tengah, RSJ Sambang Lihum, Kalimantan Selatan, Rumah Sakit Khusus Daerah Atma Husada Mahakam, Kalimantan Timur, Rumah Sakit Khusus Daerah Prof. Dr. V.L Ratumbuysang

Tujuan program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia

1. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
2. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya dalam strata kemasyarakatan.

Tujuan Khusus

1. Meningkatkan kesadaran pada usia lanjut untuk membina sendiri kesehatannya.
2. Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat termasuk keluarganya dalam menghayati dan mengatasi kesehatan usia lanjut.
3. Meningkatkan jenis dan jangkauan kesehatan usia lanjut.
4. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan usia lanjut.

Jenis – jenis program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia

Pelayanan usia lanjut ini meliputi kegiatan upaya-upaya antara lain:

1. Upaya promotif, yaitu menggairahkan semangat hidup bagi usia lanjut agar mereka tetap dihargai dan tetap berguna baik bagi dirinya sendiri, keluarga maupun masyarakat. Upaya promotif dapat berupa kegiatan penyuluhan, dimana penyuluhan masyarakat usia lanjut merupakan hal yang penting sebagai penunjang program pembinaan kesehatan usia lanjut yang antara lain adalah :
 - a. Kesehatan dan pemeliharaan kebersihan diri serta deteksi dini penurunan kondisi kesehatannya, teratur dan berkesinambungan memeriksakan kesehatannya ke puskesmas atau instansi pelayanan

b. kesehatan lainnya.

- 1) Latihan fisik yang dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan usia lanjut agar tetap merasa sehat dan segar.
 - 2) Diet seimbang atau makanan dengan menu yang mengandung gizi seimbang.
 - 3) Pembinaan mental dalam meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa
 - 4) Membina ketrampilan agar dapat mengembangkan kegemaran atau hobinya secara teratur dan sesuai dengan kemampuannya.
 - 5) Meningkatkan kegiatan sosial di masyarakat atau mengadakan kelompok sosial.
 - 6) Hidup menghindarkan kebiasaan yang tidak baik seperti merokok, alkohol, kopi , kelelahan fisik dan mental.
 - 7) Penanggulangan masalah kesehatannya sendiri secara benar.
2. Upaya preventif yaitu upaya pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit maupun komplikasi penyakit yang disebabkan oleh proses ketuaan.

Upaya preventif dapat berupa kegiatan :

- a. Pemeriksaan kesehatan secara berkala dan teratur untuk menemukan secara dini penyakit-penyakit usia lanjut
- b. Kesegaran jasmani yang dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan usia lanjut serta tetap merasa sehat dan bugar.

- c. Penyuluhan tentang penggunaan berbagai alat bantu misalnya kacamata, alat bantu pendengaran agar usia lanjut tetap dapat memberikan karya dan tetap merasa berguna.
 - d. Penyuluhan untuk pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya kecelakaan pada usia lanjut.
 - e. Pembinaan mental dalam meningkatkan ketakwaannya kepada Tuhan Yang Maha Esa
3. Upaya kuratif yaitu upaya pengobatan pada usia lanjut dan dapat berupa kegiatan:
- a. Pelayanan kesehatan dasar, Pelayanan kesehatan spesifikasi melalui sistem rujukan
 - b. Upaya rehabilitatif yaitu upaya mengembalikan fungsi organ yang telah menurun.
- Yang dapat berupa kegiatan :
- 1) Memberikan informasi, pengetahuan dan pelayanan tentang penggunaan berbagai alat bantu misalnya alat pendengaran dan lain - lain agar usia lanjut dapat memberikan karya dan tetap merasa berguna sesuai kebutuhan dan kemampuan.
 - 2) Mengembalikan kepercayaan pada diri sendiri dan memperkuat mental penderita
 - 3) Pembinaan usia dan hal pemenuhan kebutuhan pribadi , aktifitas di dalam maupun diluar rumah.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- 4) Nasihat cara hidup yang sesuai dengan penyakit yang diderita
- 5) Perawatan fisioterapi.

Disamping upaya pelayanan diatas dilaksanakan yang tidak kalah penting adalah penyuluhan kesehatan masyarakat yang merupakan bagian integral daripada setiap program kesehatan. Adapaun tujuan khusus program penyuluhan kesehatan masyarakat pada usia lanjut ditujukan kepada :

- a) Kelompok usia lanjut itu sendiri
- b) Kelompok keluarga yang memiliki usia lanjut
- c) Kelompok masyarakat lingkungan usia lanjut
- d) Penyelenggaraan kesehatan
- e) Lintas sektoral (Pemerintah dan swasta) \

Sedangkan penyuluhan kesehatan masyarakat pada usia lanjut terdiri dari :

- 1) Komponen Penyebarluasan Informasi kesehatan dengan melakukan kegiatan :
 - a) Mengembangkan, memproduksi dan menyebarluaskan bahan-bahan penyuluhan kesehatan masyarakat usia lanjut.
 - b) Meningkatkan sikap, kemampuan dan motivasi petugas puskesmas dan rujukan serta masyarakat di bidang kesehatan masyarakat usia lanjut.

- c) Melengkapi puskesmas dan rujukannya dengan sarana dan bahan penyuluhan.
- d) Meningkatkan kerjasama dengan berbagai pihak termasuk media masa agar pesan kesehatan masyarakat usia lanjut menjadi bagian integral.
- e) Meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat umum dan kelompok khusus seperti daerah terpencil, transmigrasi dan lain-lain.
- f) Melaksanakan pengkajian dan pengembangan serta pelaksanaan teknologi tepat guna dibidang penyebarluasan informasi.
- g) Melaksanakan evaluasi secara berkala untuk mengukur dampak serta meningkatkan daya guna dan hasil guna penyuluhan.
- h) Menyebarluaskan informasi secara khusus dalam keadaan darurat seperti wabah, bencana alam, kecelakaan.

Komponen pengembangan potensi swadaya masyarakat di bidang kesehatan dengan kegiatan antara lain:

- 1) Mengembangkan sikap, kemampuan dan motivasi petugas Puskesmas dan pengurus LKMD dalam mengembangkan potensi swadaya masyarakat di bidang kesehatan.

- 2) Melaksanakan kemampuan dan motivasi terhadap kelompok masyarakat termasuk swasta yang melaksanakan pengembangan potensi swadaya masyarakat dibidang kesehatan usia lanjut secara sistematis dan berkesinambungan.
- 3) Mengembangkan, memproduksi dan menyebarluaskan pedoman penyuluhan kesehatan usia lanjut untuk para penyelenggaraan penyuluhan, baik pemerintah maupun swasta.

Komponen Pengembangan Penyelenggaraan penyuluhan dengan kegiatan :

- 1) Menyempurnakan kurikulum penyuluhan kesehatan usia lanjut di sekolah-sekolah kesehatan.
- 2) Melengkapi masukan penyuluhan pada usia lanjut.
- 3) Menyusun modul pelatihan khusus usia lanjut untuk aparat diberbagai tingkat.

Adapun langkah-langkah dari penyuluhan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

- a) Perencanaan sudah dimulai dengan kegiatan tersebut diatas dimana masalah kesehatan, masyarakat usia lanjut dan wilayahnya jelas sudah diketahui.
- b) Pelaksanaan penyuluhan kesehatan masyarakat usia lanjut harus berdaya guna serta berhasil guna.

- c) Merinci tujuan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang yang harus jelas, realistis dan bisa diukur.
- d) Jangkauan penyuluhan harus dirinci, pendekatan ditetapkan dan dicapai lebih objektif, rasional hasil sasarannya.
- e) Penyusunan pesan-pesan penyuluhan.
- f) Pengembangan peran serta masyarakat, kemampuan penyelenggaraan benar-benar tepat guna untuk dipergunakan.
- g) Memilih media atau saluran untuk mengembangkan peran serta masyarakat dan kemampuan penyelenggaraan.

Posyandu Lansia

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya.

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

Tujuan Posyandu Lansia

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar antara lain :

- a. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia
- b. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut.

Sasaran posyandu lansia

Sasaran langsung :

- 1) Pra usia lanjut (45-59 tahun)
- 2) Usia lanjut (60-69 tahun)
- 3) Usia lanjut risiko tinggi: usia lebih dari 70 tahun atau usia lanjut berumur 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Sasaran tidak langsung :
 - a) Keluarga dimana usia lanjut berada
 - b) Masyarakat tempat Usila berada
 - c) Organisasi sosial
 - d) Petugas kesehatan
 - e) Masyarakat luas

DAFTAR PUSTAKA

1. Suddarth dan Brunner. 2002. Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8. Jakarta : EGC.
Wood, Under J.C.E. 1996. Patologi Umum dan Sistemik. Jakarta : EGC.
2. Ancowitz, A. 1993. The Stroke Book. New York : William Morrow and Company, inc.
3. Hudak Gallo. 1997. Keperawatan Kritis Edisi VI Volume II. Jakarta : EGC.
4. Lumbantobing. 2001. Neurogeriatri. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
5. Marilyn E, Doengoes, 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3. Jakarta : EGC.



Test Formatif

1. Tujuan Umum program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia, yakni?
 - a. Meningkatkan kesadaran pada usia lanjut untuk membina sendiri kesehatannya.
 - b. Menurunkan kemampuan dan peran serta masyarakat termasuk keluarganya dalam menghayati dan mengatasi kesehatan usia lanjut.
 - c. Menurunkan jenis dan jangkauan kesehatan usia lanjut.
 - d. Menurunkan mutu pelayanan kesehatan usia lanjut.
2. Jenis – jenis program peningkatan kesehatan lansia di Indonesia, Pelayanan usia lanjut ini meliputi kegiatan upaya-upaya antara lain, kecuali
 - a. Upaya promotif
 - b. Upaya kuratif
 - c. Upaya rehabilitatif
 - d. Upaya pencegahan dini
3. Upaya yang menggairahkan semangat hidup bagi usia lanjut agar mereka tetap dihargai dan tetap berguna baik bagi dirinya sendiri, keluarga maupun masyarakat. Upaya tersebut dapat berupa kegiatan penyuluhan, dimana penyuluhan masyarakat usia lanjut merupakan hal yang penting sebagai penunjang program pembinaan kesehatan usia lanjut, termasuk dalam upaya?
 - a. Upaya promotif
 - b. Upaya kuratif
 - c. Upaya rehabilitatif
 - d. Upaya pencegahan dini
4. Upaya pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit maupun komplikasi penyakit yang disebabkan oleh proses ketuaan, yakni termasuk upaya?
 - a. Upaya promotif
 - b. Upaya kuratif
 - c. Upaya rehabilitatif
 - d. Upaya preventif
5. Pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan, yakni termasuk?
 - a. Posyandu Lansia
 - b. Poswindu

STIKes Wijaya Husada- Keperawatan Gerontik

- c. Pos pelayanan terpadu
- d. puskesmas



ISBN 978-602-5982-58-3



