

# ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN BERBAGAI MASALAH KESEHATAN

Dr. Djusmadi Rasyid, SST., M.Kes.  
Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.M.Kes  
Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Eny Rahmawati., M.Kep  
Hartin Suidah, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep. M.Kep  
Ns. Ruslang, S.Kep., M.Adm.Kes.  
Samila, S.Kep,Ns,M.Kep



# **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN BERBAGAI MASALAH KESEHATAN**

**Dr. Djusmadi Rasyid, SST., M.Kes.**  
**Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.M.Kes**  
**Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**Ns. Eny Rahmawati., M.Kep**  
**Hartin Suidah, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep. M.Kep**  
**Ns. Ruslang, S.Kep., M.Adm.Kes.**  
**Samila, S.Kep,Ns,M.Kep**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

# ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN BERBAGAI MASALAH KESEHATAN

## Penulis:

Dr. Djumadi Rasyid, SST., M.Kes.  
Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.M.Kes  
Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Eny Rahmawati., M.Kep  
Hartin Suidah, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep. M.Kep  
Ns. Ruslang, S.Kep., M.Adm.Kes.  
Samila, S.Kep,Ns,M.Kep

Desain Cover:  
Ivan Zumarano

Tata Letak:  
Achmad Faisal

ISBN:  
**978-623-09-3902-0**

Cetakan Pertama:  
**Februari 2023**

Hak Cipta 2023

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2023**  
**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**  
All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

## PENERBIT:

**Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat**

Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## KATA PENGANTAR

Hanya ucapan Alhamdulillah yang pantas penulis panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu Wata'ala* atas segala nikmat-Nya yang diberikan sehingga penulis mampu menyelesaikan Buku Chapter dengan judul **Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Berbagai Masalah Kesehatan**.

Buku chapter ini dibuat dengan mengadaptasikan Kurikulum Vokasi D.III Keperawatan dan atau kesehatan. Sehingga keberadaan Buku Chapter ini, sebagai referensi penting dan sebagai media pembelajaran, terkhusus mahasiswa dan dosen Vokasi D.III Keperawatan dan sebagai pedoman pembelajaran Mata Kuliah Keperawatan Gerontik dalam mewujudkan capaian pembelajaran sebagaimana yang terdeskripsikan pada kurikulum.

Buku chapter ini berisi 9 (Sembilan) paper hasil kajian pustaka, tentang Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Berbagai Masalah Kesehatan. Buku chapter ini ditulis oleh berbagai Dosen Nasional dan tergabung dalam Group Dosen Optimal. Adapun paper dalam buku chapter, sebagai berikut : Asuhan Keperawatan Lansia dengan Inkontinensia Urine Berlebih, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Gagal Ginjal Akut, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Atritis Reumatoid (AR), Asuhan Keperawatan Lansia dengan Diabetes Mellitus Type 2, Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi dengan Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan Lansia Osteoarthritis dengan Hambatan Mobilitas Fisik, Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Pengabaian di Keluarga, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi, dan Asuhan Keperawatan Lansia dengan Tuberculosis.

Penyusunan buku chapter ini, diharapkan menjadi bermanfaat, ketika pebelajar atau penuntut ilmu dapat menjadikannya sebagai sumber pengetahuan dan dapat mengaplikasikan dalam tatananan pelayanan keperawatan dan atau kesehatan, sehingga dapat menjadi resolusi terhadap berbagai masalah kesehatan, sebagaimana konteks ini buku chapter. Akhirnya Kami menyadari Buku Chapter ini tidaklah ideal, oleh karenanya dibutuhkan penyempurnaan dari pihak-pihak yang berkepentingan. Semoga Allah yang maha esa memudahkan semuanya.

Palopo, Januari 2023

Tim Penyusun,

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH INKONTINENSIA URINE BERLEBIH .....	1
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL AKUT .....	19
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ATRITIS REUMATOID (AR) .....	33
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS TYPE 2 .....	51
ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI.....	69
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA YANG MENGALAMI OSTEOARTHRITIS DENGAN MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK.....	91
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA YANG MENGALAMI PENGABAIAN DI DALAM KELUARGA .....	117
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI.....	145
ASUHAN KEPERAWATAN TUBERCULOSIS PADA LANSIA .....	167

# **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH INKONTINENSIA URINE BERLEBIH**

**Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.M.Kes**





# **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH INKONTINENSIA URINE BERLEBIH**

Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.M.Kes

## **A. PENDAHULUAN**

Inkontinensia urine sering terjadi terjadi pada wanita 23-35% dan hal ini bisa disebabkan setengahnya karena stress dan juga urgensi (Epidemiologi urine. Hasil Studi NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) tahun 2006 mendapatkan bahwa prevalensi inkontinensia urine meningkat seiring bertambahnya usia pada wanita, dengan insiden terbanyak pada kelompok usia >80 tahun (31%). Namun, epidemiologi tidak tercatat secara jelas dan data dari beberapa studi populasi tidak menunjukkan hasil yang homogeny. Sepuluh juta orang di Amerika serikat pernah mengalami inkontinensia urine, di Kanada, dilaporkan sekitar 3,3 juta orang mengalami inkontinensia urine. Sekitar 50% kasus inkontinensia urine di Kanada adalah inkontinensia stres. Di Eropa, studi populasi di Swedia pada 9.197 wanita mendapatkan bahwa prevalensi inkontinensia urine meningkat seiring bertambahnya usia dan indeks massa tubuh. Studi di Belanda pada 1.257 orang mendapatkan bahwa wanita lebih banyak mengalami inkontinensia urine dibandingkan pria. Data di India terdapat sekitar 34% mengalami inkontinensia urine, dengan jenis terbanyak inkontinensia stres (72,1%) dan usia rerata pasien 41,5 tahun dari 800 wanita (Alomedika).

Kelainan inkontinensia urine tidak akan mengancam jiwa penderita, tetapi berpengaruh pada kualitas hidup yang disebabkan oleh faktor gangguan psikologis dan faktor sosial yang sulit diatasi, penderita merasa rendah diri karena selalu basah akibat urine yang keluar, mungkin pada saat batuk, bersin, mengangkat barang berat dan menahan urine dari kamar ke wc. Mengakibatkan terjadinya problematika kehidupan baik dari segi medis, sosial, ekonomi, maupun psikologi di lingkungan dan keluarga (Agoes, 2011).

## **B. DEFINISI INKONTINENSIA URINE**

Lanjut usia beresiko mengalami gangguan kesehatan secara fisik yang tinggi yang dapat mengalami penurunan kemampuan yang berakibat timbulnya masalah kesehatan pada sistem perkemihan pada tonus otot yang mengalami penurunan disebut inkontinensia urine (Siti, 2016). Pengertian dari inkontinensia urine adalah ketidakmampuan menahan kemih dalam vesikaurinaria yang bisa terjadi karena gangguan neurologis atau mekanis pada sistem yang mengontrol fungsi berkemih normal (Isselbacher, 1999). Inkontinensia urine diakibatkan penurunan pada otot kandung kemih yang terjadi pengeluaran urine secara berlebihan dengan jumlah

yang melebihi batas sehingga tidak mampu mencapai toilet tepat waktu atau terjadinya pengeluaran urine (mengompol) sebelum mencapai toilet (SDKI, 2017).

Inkontinensia urin berdasarkan *International Continence Society* (ICS) didefinisikan sebagai kehilangan yang tidak disengaja urin yang dapat ditunjukkan secara objektif dan masalah sosial dan higienis. Inkontinensia urin adalah masalah medis yang umum terjadi terlihat pada pasien yang menua, terutama pada wanita. Masalah ini berdampak serius pada fisik (gangguan tidur dan hubungan seksual), psikologis (kesedihan, depresi, rasa malu), dan kesejahteraan sosial (stigma sosial, isolasi sosial) (Chairul Rijal dan Surahman Hakim, 2014).

Inkontinensia urine merupakan masalah yang sering terjadi pada lansia, pengeluaran urine yang secara tiba-tiba tidak dapat disadari (involunter) dengan jumlah dan frekuensi yang lebih sehingga menimbulkan masalah, inkontinensia urine ialah berkemih secara tidak sadar pada waktu yang tidak tepat (Dheni dkk, 2020).

### C. KLASIFIKASI INKONTINENSIA URINE

Klasifikasi inkontinensia urine menurut SDKI (2017), menjadi enam tipe yaitu, (Inkontinensia Urine berlanjut, berlebih, stress, urgensi, refleks, fungsional). Berikut penjelasan dari setiap tipe inkontinensia urine:

1. Inkontinensia urine berlanjut  
Proses keluarnya urin yang tidak terkendali, tanpa disadari keluar terus-menerus tanpa henti atau perasaan penuh pada kandung kemih.
2. Inkontinensia urine berlebih  
Hilangnya urine yang tidak terkendali akibat overdistensi kandung kemih.
3. Inkontinensia urine fungsional  
Pengeluaran yang tidak dapat dikontrol karena kesulitan dalam mencapai toilet di waktu yang tepat. Proses terjadinya masalah yang memungkinkan pada daerah fisik tertentu serta kognitif. Oleh karena itu lansia yang mengalami kejadian ini tidak bisa mencapai toilet pada waktu yang tepat.
4. Inkontinensia urine reflex  
Proses pengeluaran urine yang sulit diatasi ketika volume kandung kemih tercapai.
5. Inkontinensia urine stress  
Inkontinensia urine stress merupakan kejadian volume urine mendadak meningkat untuk proses pengeluaran yang tidak dapat dikendalikan, akibatnya kemampuan tekanan di dalam intraabdomen meningkat, tanda kemungkinan terjadi inkontinensia urine adalah batuk saat kecing, tertawa, bersin-bersin, lari, dan kegiatan lain yang menimbulkan tekanan rongga perut.
6. Inkontinensia urine urgensi  
Inkontinensia yang menimbulkan penurunan pada otot detrusor di kandung kemih yang menimbulkan keadaan menjadi tidak stabil. Otot ini bereaksi secara

cepat dengan ditandai ketidakmampuan menghentikan perasaan berkemih yang memunculkan reaksi seperti keinginan berkemih secara tiba-tiba atau (urge), dan frekuensi yang penuh sehingga mengalami kencing terus menerus tanpa henti, dan sering berkemih di malam hari.

#### **D. ETIOLOGI**

Inkontinensia urine pada umumnya disebabkan karena adanya kelainan urologis, fungsional atau neurologis. Inkontinensia urine karena kelainan urologis disebabkan adanya penyakit lain yang mempengaruhi urologi seperti adanya tumor, batu, dan peradangan. Adanya kelainan-kelainan tersebut menimbulkan gangguan pada fungsi dan hilangnya sensibilitas pada kandung kemih (Setiati dan Pramantara, 2007).

Kerusakan pada otot panggul karena keregangan otot atau robekan pada jalan lahir dapat mempengaruhi proses persalinan sehingga beresiko terjadi inkontinensia urine. Menopause yang terjadi pada wanita usia 50 tahun ke atas akan mengalami penurunan pada kadar hormon esterogen yang mengakibatkan otot pada uretra atau tonus otot vagina mengalami kelemahan sehingga terjadi inkontinensia urine. Obesitas atau kegemukan adalah salah satu faktor resiko terjadinya inkontinensia urine selain karena riwayat operasi kandungan. Nilai indeks masa tubuh yang lebih besar pada wanita akan menimbulkan resiko terjadinya inkontinensia urine. Semakin bertambahnya usia semakin besar resiko terjadinya inkontinensia urine yang disebabkan oleh struktur kandung kemih yang berubah, kelemahan otot dasar panggul, atau kontraksi abdomen terhadap dinding kandung kemih (Setiati dan Pramantara, 2007).

Perubahan pada sistem anatomi dan fungsi perkemihan disebabkan karena bertambahnya usia seseorang selain itu fungsi organ kemih yang mengalami perubahan akibat melemahnya otot dasar panggul dan tonus kandung kemih. Terjadinya kelemahan pada tonus kandung kemih, otot pintu saluran kemih pada lansia disebabkan oleh (kegemukan) obesitas, menopause, penurunan hormon estrogen pada wanita dan penurunan kadar androgen pada pria. Berat badan yang berlebihan (obesitas) akan mengakibatkan otot dasar panggul meregang sehingga pada tonus kandung kemih melemah untuk menahan keluarnya urine sehingga proses ini menimbulkan pengeluaran tidak terkontrol. Pada lansia pria penurunan kadar androgen disebabkan oleh kandung kemih yang berkontraksi secara berlebihan, kontraksi ini menyebabkan pengeluaran urin pada kandung kemih meningkat (Dheni dkk, 2020).

Faktor resiko lainnya yang menyebabkan inkontinensia urine adalah menopause yang mengalami kelemahan pada otot uretra akibat penurunan estrogen. Penurunan kadar hormon estrogen pada wanita usia 45 tahun ke atas

akan mengalami penurunan pada tonus otot vagina atau otot pintu saluran kemih (uretra). Hormon estrogen pada tubuh wanita dapat membuat otot, sehingga pada wanita lanjut usia yang mengalami penurunan hormon dapat mengalami pengenduran pada otot kandung kemih oleh karena itu dapat mengalami inkontinensia urine. Usia seseorang kemungkinan mengalami inkontinensia urine, ialah perubahan pada fungsi kandung kemih hal ini memungkinkan lansia tidak mampu menahan buang air kecil. Gerakan yang abnormal dari dinding kandung kemih juga memungkinkan seseorang tidak mampu untuk menahan pengeluaran urine, walaupun kandung kemih tidak sepenuhnya terisi seseorang akan mengalami kebocoran berkemih secara tiba-tiba (Dheni dkk, 2020).

#### **E. MANIFESTASI KLINIS INKONTINENSIA URINE**

Pada tanda dan gejala inkontinensia urine menurut SDKI (2017), ialah sebagai berikut:

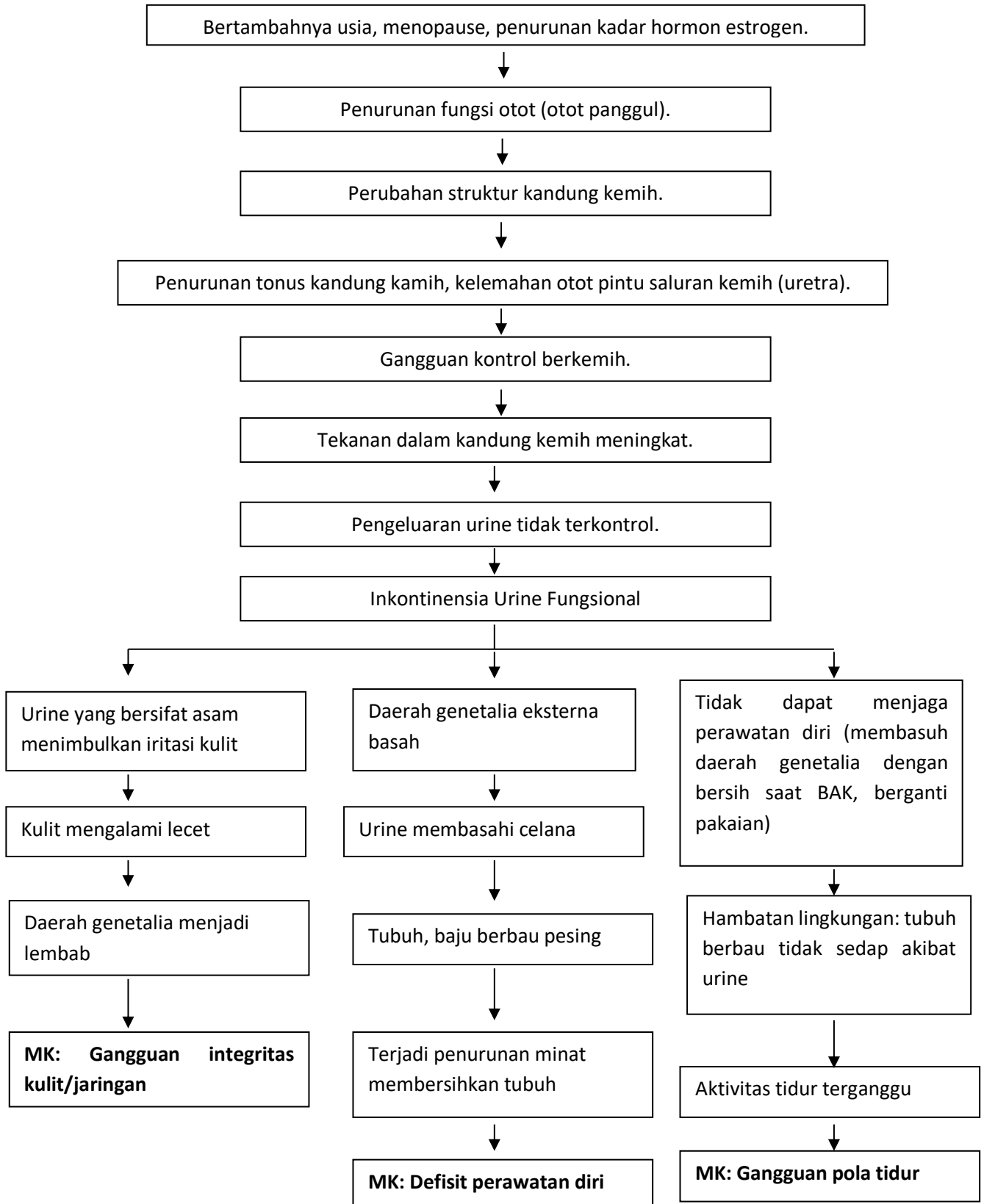
1. Pengeluaran urine yang tidak dapat dikendalikan dan perasaan tiba-tiba ingin berkemih, sepanjang malam sering buang air kecil merupakan tanda dari inkontinensia berlanjut.
2. Kehilangan urine yang tidak dapat dikendalikan diakibatkan overdistensi kandung kemih, urine keluar dalam jumlah sedikit merupakan tanda dari inkontinensia berlebih.
3. Pengeluaran urine yang terus-menerus akibat tidak bisa mencapai toilet diwaktu yang tepat, sering berkemih waktu pagi hari, serta kemampuan mengosongkan kandung kemih secara lengkap merupakan tanda dari inkontinensia fungsional.
4. Pengeluaran urine tidak terkendali akibat frekuensi volume kandung kemih tertentu adekuat merupakan tanda dari inkontinensia refleks.
5. Pengeluaran urine secara tiba-tiba yang tidak dapat dikendalikan karena aktifitas yang meningkat sehingga menekan intraabdomen, berdiri, bersin tertawa, berlari atau mengangkat benda berat merupakan tanda dari inkontinensia stress.
6. Berkeinginan berkemih secara mendadak setelah mengompol merupakan tanda dari inkontinensia urgensi.
7. Perasaan yang tiba-tiba muncul untuk berkemih.
8. Ketidakmampuan merawat kebersihan diri.
9. Urine keluar sebelum berkeinginan berkemih untuk mencapai toilet tepat waktu.
10. Kurangnya aktifitas sehari-hari.

#### **F. PATOFISIOLOGI INKONTINENSIA URINE**

Penyebab seseorang mengalami inkontinensia urine adalah melemahnya sfingter kandung kemih, sfingter kandung kemih melemah pada abdomen dapat

mengalami penurunan untuk mendesak urine keluar secara mendadak sehingga tidak mampu menahan kencing secara lama atau urine bocor sebelum mencapai toilet pada yang waktu tepat. Lansia akan sering mengalami berkemih di waktu pagi hari dengan frekuensi berkemih meningkat karena hilangnya kontraktilitas dan melemahnya tonus kandung kemih. Kelemahan dari tonus kandung kemih dan kontraksi yang tidak teratur menyebabkan pengeluaran urine semakin meningkat. Lansia pria maupun wanita memungkinkan terjadi inkontinensia urine karena penurunan fungsi tubuhsistem urogenital bagian bawah. Perubahan tersebut berkaitan dengan penurunan hormon estrogen pada wanita dan hormon androgen pada pria. Pada wanita yang mengalami menopause banyak mengamai kelemahan dan penipisan pada otot uretra yang diakibatkan oleh penurunan estrogen, penurunan estrogen menyebabkan uretra tidak mampu menahan pengelurana urine. Selain itu pada lansia pria yang mengalami penurunan kadar androgen karena terjadi penurunan sistem urogenital terganggu. Perubahan tersebut menyebabkan fungsi kandung kemih berfungsi kembali. Pada otot uretra mengalami penipisan yang menyebabkan tekanan otot uretra berkurang untuk menahan urine keluar. Lansia mengalami inkontinensia urine dapat terjadi masalah kesehatan jangka panjang. Faktor resiko yang dialami lansia dapat menimbulkan kesehatan jangka panjang yang berakibat fatal, masalah kulit (infeksi kulit didaerah kemaluan), gangguan integritas kulit/jaringan, mengalami masalah psikologis (gangguan konsep diri, stress). Inkontinensia pada lansia terjadi karenaketidakmampuan menahan pengeluaran urine untuk menuju toilet di waktu yang tepat, yang merupakan masalah utama pada lansia.

## G. PATHWAY



## **H. KOMPLIKASI INKONTINENSIA URINE**

1. Infeksi saluran kemih
2. Gangguan pola tidur
3. Masalah kulit, seperti : infeksi daerah kemaluan, gangguan integritas kulit/jaringan
4. Masalah psikologis, seperti : gangguan konsep diri, stress, emosional meningkat
5. Masalah sosial, seperti : menarik diri, kehilangan status sosial di keluarga maupun masyarakat.

## **I. PENATALAKSANAAN**

Penatalaksanaan menurut (SIKI, 2018), ialah:

1. Pelatihan berkemih  
Mengajarkan mengenai kemampuan untuk melakukan eliminasi urine secara terjadwal dengan pengeluaran urine dilakukan pagi hari dan sebelum tidur, sesudah makan dengan memberikan jeda saat berkemih tiap 2 jam dan kemudian meningkat waktunya secara bertahap, menjelaskan arah menuju toilet, menyiapkan area toilet yang aman.
2. Pelatihan otot panggul latihan ini dengan tujuan memperkuat otot panggul, dengan gerakan mengontraksikan otot panggul untuk menahan BAK dengan menahan selama 5 detik kemudian relaksasi, gerakan diulangi kembali 10-20 kali dan dilakukan setiap 1 hari 2 kali pagi dan sore.

## **J. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH INKONTINENSIA URINE**

### **1. Proses Pengkajian Asuhan Keperawatan Lanjut Usia**

Proses keperawatan ialah suatu tahapan yang sudah sistematis dan tersusun untuk pemberian asuhan keperawatan yang sudah difokuskan pada jawaban pasien dan respon setiap individu dengan pengumpulan data berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer et all., 1996)

Menurut Patricia A. Potter (2010), tujuan pada tahap keperawatan ialah untuk mengetahui dan mencari data yang sudah didapatkan dari pasien, dengan melalui beberapa tahap proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu, pengkajian keperawatan, analisis masalah/identifikasi masalah, perencanaan, dan evaluasi. Proses keperawatan adalah suatu tahap pendekatan untuk menyelesaikan masalah yang berguna untuk melihat kemampuan perawat dalam mengawasi, memberikan, mengatur pasien dengan menjalankan asuhan keperawatan yang tepat.

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan tahap dalam proses keperawatan, tahap ini berfungsi sebagai rangkaian proses keperawatan yang

penting. Pada tahap pengkajian akan memperoleh informasi yang digunakan dalam menentukan masalah keperawatan pada lansia. Menurut Sofia (2014), tahap pengkajian keperawatan lansia, sebagai berikut:

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal suatu kegiatan proses keperawatan yang sistematis dalam mengumpulkan data dengan cara mengidentifikasi untuk menemukan faktor positif dan negatif pada lansia baik individu maupun kelompok. Sumber data yang ditemukan untuk dapat dilakukan pengkajian untuk mengetahui masalah serta kebutuhan pada lansia untuk merencanakan tindakan promosi kesehatan.

1) Identitas pasien

Identitas klien yang perlu dikaji pada klien adalah nama lengkap, alamat, pekerjaan, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, usia, jenis kelamin (laki-laki dan wanita), status perkawinan.

2) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan merupakan uraian untuk mengenal keadaan klien saat ini dimulai dengan timbulnya keluhan yang sedang dirasakan sampai melakukan pengkajian. Hal yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan ialah riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

3) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari (ADL)

Pemenuhan kebutuhan ADL pada eliminasi BAK:

- Sering BAK di waktu pagi hari
- Mengompol sebelum menuju toilet (SDKI, 2017)
- Sering besar (mengompol) pada saat musim dingin (Uswatun dkk, 2018)
- Sering memakai diapers (Hilarius dkk, 2017).

4) Pengkajian fisik

Pengkajian fisik ialah melakukan pengkajian dengan mencari data klinis dengan memeriksa kebutuhan dasar dan kemampuan beraktifitas sehari-hari serta keseimbangan dalam melakukan gerakan. Hasil pengkajian dapat membantu dan menegakkan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien. Pengkajian fisik yang dilakukan meliputi *Head to Toe* atau pengkajian setiap sistem. Pengkajian fisik *Head to Toe* terdapat hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

a) Kepala

Inspeksi : pada kepala meliputi pengkajian bentuk kepala, kesimetrisan raut wajah, warna rambut (putih), pertumbuhan

rambut, kondisi rambut, kebersihan kepala dan rambut, penonjolan tulang, penyebaran rambut (tidak merata).

Palpasi : dikaji bagaimana keadaan kulit kepala kasar atau halus, apakah terdapat benjolan dikepala, apakah terdapat luka dikepala, apakah ada nyeri tekan di kepala.

b) Mata

Inspeksi : pada mata meliputi pengkajian bentuk mata, sklera ikterus atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, respon cahaya, pergerakan mata, kejelasan melihat, ada atau tidaknya katarak, pupil kesamaan, ketajaman penglihatan menurun akibat proses penuaan.

Palpasi : dikaji apakah terdapat nyeri tekan atau benjolan di daerah sekitar mata.

c) Hidung

Inspeksi : pada hidung meliputi pengkajian bentuk hidung, terdapat sekret atau tidak, terdapat massa abnormal atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan di sekitar hidung.

d) Mulut dan kerongkongan

Inspeksi : pada mulut dan kerongkongan meliputi pengkajian bentuk bibir, warna bibir, jumlah gigi, mulut berbau atau tidak, terdapat caries gigi atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah ada masa abnormal pada pipi bagian dalam dan langit mulut.

e) Telinga

Inspeksi : pada telinga meliputi pengkajian bentuk telinga, warna pada telinga, terdapat serumen atau tidak. Ketajaman pendengaran, apakah terdapat alat bantu dengar.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan atau tidak di sekitar telinga.

f) Leher

Inspeksi : pada leher meliputi pengkajian terdapat lesi atau tidak, warna kulit.

Palpasi : dikaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan apakah terdapat pembesaran vena jugularis.

g) Dada

- Paru-paru

Inspeksi : pada paru-paru meliputi pengkajian bagaimana bentuk dada. apakah normal chest, barrel chest atau pigeon chest, apakah terdapat luka atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan abnormal, vocal premitus (keseimbangan lapang paru).

Perkusi : dikaji bagaimana suara paru.

Auskultasi : dikaji apakah terdapat suara nafas tambahan.

- Jantung.

Insepeksi : pada jantung meliputi pengkajian bentuk jantung, sirkulasi perifer (warna, kehangatan).

Palpasi : dikaji nadi kedua lengan di area nadi temporalis, edema.

Perkusi : dikaji bagaimana bunyi jantung.

Auskultasi : dikaji apakah terdapat suara tambahan atau tidak, bagaimana suara jantung 1 dan 2, denyut nadi apical.

- Abdomen

Inspeksi : pada abdomen meliputi pengkajian bentuk abdomen, warna abdomen, apakah terdapat edema atau lesi.

Palpasi : dikaji nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : dikaji bagaimana suara abdomen.

Auskultasi : dikaji apakah terdapat bising usus (peningkatan atau penurunan) dengan batas normal 20 kali/menit pada kuadran 8 dan periksa karakteristiknya.

h) Genetalia

Pada laki-laki

Inspeksi : pada genetalia laki-laki meliputi pengkajian bagaimana bentuk, ukuran, kesimetrisan ukuran skrotum, kaji apakah terdapat hemoroid pada anus, kebersihan area genetalia, warna, bau urine, (hambatan toilet :area toilet didekat wisma bersih, area toilet aman, jarak toilet dengan kamar, area privasi toilet saat eliminasi terjaga, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi).

Palpasi : dikaji apakah terdapat nyeri tekan. Pada perempuan

Inspeksi : pada genetalia perempuan meliputi pengkajian kebersihan daerah genetalia, karakteristik pubis dan labia mayora, kesimetrisan labia mayora, warna, bau urine, (hambatan toilet :area toilet didekat wisma bersih, area toilet aman, jarak toilet dengan kamar, area privasi toilet saat eliminasi terjaga, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi).

Palpasi : dikaji bagian dalam labia mayora dan minora, apakah terdapat nyeri tekan atau tidaknya.

i) Ekstermitas

Pengkajian ekstermitas yang dapat dikaji meliputi kebersihan kuku, jari-jari tangan, kelengkapan jari-jari tangan, apakah terdapat fraktur, apakah terdapat oedema, kaji kekuatan otot jari-jari dan tangan.

- j) Integument  
Inspeksi : pada integument meliputi pengkajian kebersihan warna, lesi, perubahan pigmen kulit, dan tekstur kulit (berkendur dan berikuput).  
Palpasi : dikaji permukaan kulit kasar atautakah halus.
- k) Pengkajian status mental  
Mengidentifikasi dan mengkaji tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire), MMSE (Mini Mental State Exam/Menguji Aspek-Aspek Kognitif dari Fungsi Mental).
- l) Pengkajian psikologis
  - a. Pengkajian fungsi kognitif  
Pengkajian status fungsional berfungsi menilai kemandirian dan kemampuan untuk melakukan aktifitas. Pengkajian intelektual adalah mengukur lansia dalam kemampuan daya ingatnya dan proses berfikir, dan kemampuan menyelesaikan masalah.
  - b. Mengkaji harapan yang diinginkan akan datang.
- m) Pengkajian sosial
  - i. Pengkajian kemampuan sosial  
Mengkaji kemampuan dan sikap, harapan klien untuk melakukan kegiatan bersosialisasi.
  - ii. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan  
Berguna melihat kebiasaan klien merokok, meminum kopi, dan penggunaan alkohol, mengkonsumsi obat-obatan.
  - iii. Pengkajian lingkungan  
Berguna untuk melihat keadaan rumah, lingkungan sekitar, sanitasi, dan mengetahui faktor resiko seperti, polusi udara, air suara (kebisingan).
  - iv. Pemanfaatan layanan kesehatan  
Berkunjung ke posyandu lansia, ke puskesmas, ke rumah sakit dan pembinaan kesehatan.
  - v. Tingkat pengetahuan atau sikap  
Melihat kemampuan untuk mengetahui tingkat pemahaman tentang pengetahuan atau wawasan mengenai keperawatan dan kesehatan, serta bagaimana bersikap tentang keperawatan atau kesehatan.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian terhadap tanda klinis terhadap respon pasien mengenai masalah kesehatan yang sedang terjadi secara actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang diutamakan

sesuai dengan (SDKI, 2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia pada penelitian tersebut ialah Inkontinensia Urine Fungsional.

Inkontinensia Urine Fungsional ialah ketidakmampuan seseorang dalam mengendalikan pengeluaran urine sehingga tidak dapat menahan urine untuk mencapai toilet di waktu yang tepat. Yang disebabkan adanya ketidakmampuan dalam mengenali tanda-tanda berkemih, penurunan tonus kandung kemih, hambatan lingkungan: (toilet jauh, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi), kehilangan sensorik dan motorik. Dengan gejala mayor yaitu kebocoran sebelum mencapai toilet tepat waktu, gejala minor yaitu mengompol di waktu pagi hari dan mampu mengosongkan kandung kemih secara lengkap.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana yang dilaksanakan kepada pasien untuk mengetahui hasil yang diharapkan. Hal dasar yang dilakukan perawat adalah pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran/tujuan. Intervensi yang digunakan pada pasien dengan masalah keperawatan inkontinensia urine sesuai dengan SIKI (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah:

Tabel 1.1 Tabel Intervensi Keperawatan

Diagnosis keperawatan SDKI (D. 0044)	Luaran keperawatan SLKI : (L. 04036 )	Intervensi keperawatan SIKI :
Inkontinensia Urine fungsional b.d PenurunanTonus Kandung Kemih	Kontinensia Urine Setelah melakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kontinensia urine dapat meningkat dengan kriteria hasil:	(I. 04149) Latihan berkemih Observasi a) Monitor pola dan kemampuan berkemih. b) Terapeutik c) Siapkan area toilet aman. d) Sediakan peralatan yang dibutuhkan dan mudah dijangkau (misalnya pispot, urinal). e) Edukasi 1) Jelaskan arah menuju toilet. 2) Anjurkan intake cairan secara adekuat untuk mendukung output pada cairan.
Inkontinensia Urine Fungsional ialah ketidakmampuan seseorang dalam mengendalikan pengeluaran urine sehingga tidak dapat menahan urine untuk mencapai toilet di waktu yang tepat.	a) Kemampuan berkemih meningkat. b) Nokturia menurun. c) Residu volume urine setelah berkemih menurun. d) Distensi kandung kemih menurun. e) Dribbling menurun.	(I. 04163) Perawatan Inkontinensia Urine Edukasi
a) Yang disebabkan adanya: Ketidakmampuan dalam mengenali anda-tanda berkemih	f) Hesitancy menurun. g) Enuresis menurun.	
b) Penurunan tonus kandung kemih	h) Verbalisasi pengeluaran urine tidak tuntas menurun	
c) Hambatan lingkungan: (toilet jauh, lingkungan		

- |  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| baru, tempat tidur terlalu tinggi)               | i) Frekuensi berkemih membaik. | a) Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih   |
| d) Kehilangan sensorik dan motorik.              | j) Sensasi berkemih membaik.   | b) Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur.  |
| e) Dengan gejala mayor yaitu:                    |                                | Intervensi Pendukung (I. 04154)   |
| • Kebocoran sebelum mencapai toilet tepat waktu. |                                | a) Manajemen Inkontinensia Urine Edukasi  |
|  |                                | b) Diskusikan program inkontinensia urine (jadwal minum, berkemih, konsumsi obat diuretik, latihan otot panggul). |
- Gejala minor yaitu:
- Mengompol diwaktu pagi hari
  - Mampu mengosongkan kandung kemih secara lengkap.

Sumber: (SDKI, SLKI & SIKI, 2016)

#### d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat kepada pasien. Dengan melakukan tindakan keperawatan yang bertujuan mendapatkan hasil yang sesuai dengan rencana untuk mencapai tujuan keperawatan dan kriteria hasil. Implementasi keperawatan adalah tahap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan. Implementasi keperawatan memiliki kemampuan yang harus dimiliki perawat seperti komunikasi yang efektif, menciptakan hubungan saling percaya serta dapat saling membantu, melakukan teknik psikomotor, melakukan observasi secara sistematis, memiliki dapat memberikan arahan, memberikan dan melakukan tindakan kebutuhan hidup sehari-hari, mengevaluasi, serta mencatat pertukaran informasi dari pasien kepada tenaga medis. Susunan implementasi keperawatan membagi enam proses tahapan meliputi, persiapan, intervensi, dan dokumentasi. Dalam implementasi yang dikelola merupakan tahap perencanaan yang telah dikelola dan diwujudkan dari rencana keperawatan untuk difokuskan pada peningkatan kesembuhan pasien (Wahyuni, 2016).

Menurut Wahyuni (2016), perawat melakukan rencana asuhan keperawatan dengan tahap implementasi keperawatan sebagai berikut:

- 1) Tahap persiapan  
Melakukan analisis pengetahuan dan keterampilan yang digunakan diperlukan, mengetahui masalah yang timbul pada klien, mempersiapkan lingkungan yang aman.
- 2) Tahap intervensi

Memberikan tindakan diagnostik dengan cara melakukan wawancara kepada klien, mengobservasi dan melakukan pemeriksaan fisik, melakukan tindakan terapeutik untuk mencegah, mengurangi dan mampu mengatasi masalah klien, melakukan tindakan edukatif melakukan promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien guna untuk mengubah perilaku klien untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

3) Tahap dokumentasikan

Dokumentasi merupakan catatan perawat yang terdiri dari dekrripsi tindakan yang sudah diberikan dengan melihat reaksi pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang di berikan harus dicatat beserta alasan. Dokumentasi dengan rencana adalah untuk meningkatkan hubungan asuhan dengan mencatat perkembangan pasien yang berfungsi mewujudkan kriteria hasil.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan secara sistematis dan terencana untuk menentukan hasil. Evaluasi dilakukan secara berhubungan untuk melengkapi proses yang sudah berhasil dari intervensi keperawatan, rencana keperawatan, diagnosis keperawatan, dan implementasi. Langkah awal dari proses evaluasi keperawatan adalah mengetahui dan mengukur respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan dengan melihat kemajuan dan perkembangan pasien. Perumusan evaluasi meliputi empat komponen yang berkesinambungan dengan istilah SOAP, merupakan subjektif (tanda dari keluhan pasien), Objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan teori yang sudah ada), serta perencanaan. Evaluasi keperawatan atau tahap penilaian ialah perbandingan yang sudah tersusun secara sistematis dengan tujuan menetapkan, melakukan dan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan dalam peningkatan kesehatan klien (Wahyuni, 2016).

Menurut Wahyuni, (2016) tahap-tahap evaluasi keperawatan menggunakan komponen KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh). Berikut pengertian masing-masing:

1) Kognitif (pengetahuan)

Dapat mengidentifikasi mengenai pengetahuan secara spesifik yang dibutuhkan pasien menggunakan teknik. Evaluasi metode kognitif yaitu pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, mengontrol gejala-gejala, diet, pengobatan, aktivitas sehari-hari persediaan alat-alat, resiko mengalami komplikasi, jika terdapat gejala segera dilaporkan, mencegah terjadinya penularan penyakit lain, evaluasi secara kognitif dilakukan dengan melalui wawancara atau menggunakan tes tertulis. rencana keperawatan, diagnosis

keperawatan, dan implementasi. Langkah awal dari proses evaluasi keperawatan adalah mengetahui dan mengukur respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan dengan melihat kemajuan dan perkembangan pasien. Perumusan evaluasi meliputi empat komponen yang berkesinambungan dengan istilah SOAP, merupakan subjektif (tanda dari keluhan pasien), Objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan teori yang sudah ada), serta perencanaan. Evaluasi keperawatan atau tahap penilaian ialah perbandingan yang sudah tersusun secara sistematis dengan tujuan menetapkan, melakukan dan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan dalam peningkatan kesehatan klien (Wahyuni, 2016).

Menurut Wahyuni, (2016) tahap-tahap evaluasi keperawatan menggunakan komponen KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh). Berikut pengertian masing-masing:

- Kognitif (pengetahuan)  
Dapat mengidentifikasi mengenai pengetahuan secara spesifik yang dibutuhkan pasien menggunakan teknik. Evaluasi metode kognitif yaitu pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, mengontrol gejala-gejala, diet, pengobatan, aktivitas sehari-hari persediaan alat-alat, resiko mengalami komplikasi, jika terdapat gejala segera dilaporkan, mencegah terjadinya penularan penyakit lain, evaluasi secara kognitif dilakukan dengan melalui wawancara atau menggunakan tes tertulis.

## K. DAFTAR PUSTAKA

Agoes, H.A, 2011. Penyakit Diusia Tua. Jakarta: EGC. Aplikasi Metodologi penelitian Kesehatan. Nuha Medika. Yogyakarta

Afriliana, Herlinda (2021) *ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN INKONTINENSIA URINE FUNGSIONAL Di UPT Pelayanan Sosial Tresna Wreda Magetan*. Tugas Akhir (D3) thesis, Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Siti Nur Kholifah, S. M. 2016. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Jakarta Selatan

Isselbacher, et al., 1999. Harrison Prinsip - Prinsip Ilmu Penyakit Dalam. 13th penyunt. Jakarta: EGC.

SDKI. (2007). Survei demografi dan kesehatan Indonesia. Jakarta

Setiati, siti., Sudoyo, Aru W., Setiyohadi, Bambang., Alwi, Idrus., Simadibrata K,

Marcellus (2007). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Ed IV. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Iyer, P.W., Camp, H.C. (2004). Dokumentasi keperawatan: suatu pendekatan proses keperawatan. Jakarta: EGC.

Patricia A. Potter & Perry, Anne G. (2010). Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan Buku 3 Edisi 7. Jakarta: EGC

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

<https://repo-dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/19972/uroginekologi%20dan%20ddp%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://www.alomedika.com/penyakit/urologi/inkontinensia-urine/epidemiologi>

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL AKUT

**Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep**





# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL AKUT

Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep

## A. PENDAHULUAN

Ginjal merupakan salah satu organ penting yang memiliki fungsi sebagai filtrasi/penyaring dengan membuang sampah metabolisme dan racun tubuh dalam bentuk urin yang diekskresikan (Verdiansyah, 2016). Pola hidup yang kurang sehat dapat menyebabkan gagal ginjal akut. Angka kejadian GGA menurut Jia H & Ng et al (2020) yaitu 38,4/1.000m pasien/hari. GGA yang diderita pada 5,1% pasien menunjukkan bahwa pasien dengan masalah ginjal memiliki risiko kematian di rumah sakit yang lebih tinggi (Yichun Cheng et al, 2020). Tidak ada definisi mutlak yang dipakai untuk menggambarkan gagal ginjal akut. Menurut kriteria KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcome), gagal ginjal akut ditandai dengan: Peningkatan kreatinin serum sebesar 0,3 mg/dL atau lebih dalam waktu 48 jam, Peningkatan kreatinin serum menjadi 1,5 kali atau lebih dari standar normal dalam tujuh hari sebelumnya, dan volume urin kurang dari 0,5 mL/kg/jam minimal selama 6 jam.

## B. DEFINISI

Gagal ginjal akut merupakan suatu gangguan pada ginjal dengan disertai beberapa kriteria seperti: adanya peningkatan kreatinin serum lebih dari 0,3 mg/dL dalam kurun waktu 48 jam, atau terjadi peningkatan kreatinin serum lebih dari 1,5 kali dari nilai dasar yang diperkirakan dalam kurun waktu 7 hari, atau adanya keluhan keluaran urin kurang dari 0,5 mL/kgBB/jam dalam kurun waktu 6 jam (kidney disease: improving Global Outcomes). Gagal ginjal akut merupakan penurunan laju filtrasi glomerulus dengan cepat dan bersifat reversible, diikuti kegagalan ginjal dalam mensekresikan sisa metabolisme.

## C. ETIOLOGI

Menurut Diyono dan Mulyanti (2019) GGA dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut:

### 1. Pre renal

Terjadi beberapa kondisi pada renal seperti penurunan volume vaskuler, kenaikan kapasitas vaskuler, penurunan curah jantung. Beberapa hal tersebut dapat menyebabkan penurunan jumlah darah yang sampai ke ginjal sehingga terjadi hipoperfusi renal.

### 2. Intrarenal

Pada intrarenal terjadi beberapa gangguan ginjal seperti: infeksi glomerulonephritis, *crush injury*, reaksi transfuse berat, obat-obatan, racun/zat kimia, hal ini menyebabkan *acute tubular necrosis*.

3. Post renal

GGA post renal merupakan suatu keadaan dimana produksi urin sudah cukup namun terdapat hambatan dalam aliran urinnnya. Penyebab paling sering dari masalah ini yaitu obstruksi saluran kemih, penyempitan/striktur dan hiperprostat dan ekstrasvasasi.

#### D. PATOFISIOLOGI

Terdapat beberapa tahapan dalam kejadian gagal ginjal akut yaitu:

1. Periode oliguria

Pada periode ini, jumlah urin < 400 ml/24 jam, disertai dengan peningkatan urea, kreatinin, asam urat, kalium dan magnesium. Pada tahap ini biasanya muncul gejala uremic dan hiperkalsemia

2. Periode diuresis

Pada tahapan ini terjadi peningkatan volume urin secara bertahap disertai dengan perbaikan glomerulus. Nilai laboratorium yang berhubungan perlahan membaik, tanda uremic masih ada, sehingga penatalaksanaan tetap dilaksanakan. Pantau ketat adanya dehidrasi selama tahap ini.

3. Periode penyembuhan

Pada tahap ini terjadi:

- a. Perbaikan fungsi ginjal dan berlangsung selama 3-12 bulan
- b. Nilai laboratorium kembali normal
- c. Terjadi penurunan GFR permanen 1-3%.

#### E. MANIFESTASI KLINIS

Manifestasi klinis pada pasie dengan GGA yaitu (Diyono dan Mulyanti, 2019):

1. Pada system pernafasan, suara nafas kussmaul, efusi pleura dan pneumonia
2. Pada sistem saraf, terjadi sakit kepala, kelelahan, perubahan status mental
3. Pada system kardiovaskular, terjadi anemia, hipertensi, disritmia
4. Pada system perkemihan, terjadi perubahan volume dan komponen, oedema
5. Asidosis, hiperkalemia, BUN dan serum kreatinin meningkat.

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), manifestasi klinis pada pasien dengan GGA dibedakan menjadi sebagai berikut:

1. Stadium oliguria: stadium oliguria timbul dalam waktu 24 jam sampai 48 jam sesudah trauma dan disertai azotemia (terjadi saat keluaran urin lebih dari 400 ml/24 jam).

2. Stadium diuresis: stadium GGA dimulai bila keluaran urin lebih dari 400 ml/24 jam, berlangsung 2-3 minggu, pengeluaran urin harian jarang melebihi 4 liter, asalkan pasien tidak mengalami hidrasi yang berlebih, meningkatnya ureum, adanya indikasi kekurangan kalium, natrium dan air, pada stadium dini diuresis kadar BUN meningkat.

#### **F. KOMPLIKASI**

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan GGA yaitu (Nuari & Dhina, 2017):

- a. Edema paru akibat gagal jantung kongestif
- b. Aritmia
- c. Gangguan elektrolit (hiperkalemia, hiperfosfatemia, hiponatremia dan asidosis)
- d. Penurunan kesadaran akibat gangguan perfusi
- e. Infeksi septicaemia

#### **G. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dalam penegakkan diagnose GGA yaitu (Muttaqin & Sari, 2014):

- a. Hematologic USG
- b. Radiologi
- c. Arteriogram
- d. Pemeriksaan darah: ureum, kreatinin, elektrolit serta osmolaritas
- e. Pemeriksaan urin: ureum, kreatinin, elektrolit, osmolaritas dan berat jenis
- f. Kenaikan sisa metabolisme protein ureum kreatinin dan asam urat
- g. Gangguan keseimbangan elektrolit: hiperkalemia, hypernatremia atau hiponatremia, hipokalsemia dan hipo fosfatemia
- h. Volume urin biasanya kurang dari 400 ml/24 jam yang terjadi dalam 24 jam setelah ginjal rusak
- i. Warna urin: kotor, sedimen kecoklatan menunjukkan adanya darah, HB, myoglobin, porfirin.
- j. Berat jenis urin kurang dari 1.020 menunjukkan penyakit ginjal
- k. PH urin lebih dari 7

#### **H. PENATALAKSANAAN**

Penatalaksanaan pasien dengan GGA yaitu sebagai berikut (Muttaqin & Sari, 2014):

1. Menjaga keseimbangan dan mencegah komplikasi
2. Dialysis

Dialysis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal akut yang serius, seperti hiperkalemia, pericarditis dan kejang. Dialysis memperbaiki abnormalitas biokimia menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat

- dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu penyembuhan luka
3. Koreksi hiperkalemia  
Peningkatan kadar kalium dapat dikurangi dengan pemberian ion pengganti resin (natrium, polistiren sulfonat), secara oral atau melalui retensi enema. Natrium polistiren sulfonat bekerja dengan mengubah ion kalium menjadi natrium di saluran intestinal
  4. Natrium polistiren sulfonat
  5. Pengaturan diet  
Diet karbohidrat disarankan 100 gram per hari, pemberian protein disarankan 20-40 gram/hari. Kebutuhan kalori sebaiknya 2.000-2.500 kalori/hari
  6. Membatasi kalium dan fosfat (0,5 gr/hari)
  7. Pengaturan cairan perhari: 400-500 ml ditambah pengeluaran selama 24 jam.

## I. PENGKAJIAN

### 1. Identitas

Pengkajian identitas di isi lengkap dengan meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, umur, pekerjaan, nama penanggung jawab, hubungan dengan penderita dll.

### 2. Keluhan utama

Keluhan utama yang mendominasi pada pasien dengan GGA yaitu BAK terasa sesak dan sedikit

### 3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang menjabarkan kondisi perjalanan penyakit pasien seperti mulai kapan keluhan dirasakan, berapa lama keluhan penurunan jumlah urin dan apakah ada kaitanya dengan factor predisposisi penyebab seperti perdarahan, diare, muntah akut, luka bakar yang luas, infark miokard, riwayat minum obat NSAID/ penggunaan antibiotic dalam jangka lama. Kemudian dikaji apa usaha yang sudah dilakukan pasien dan keluarga sebelum datang ke RS.

### 4. Riwayat penyakit dahulu

kaji riwayat adanya penyakit batu saluran kemih, infeksi saluran kemih, penyakit diabetes mellitus, penyakit hipertensi dll

### 5. Riwayat penyakit keluarga

Kaji apakah ada keluarga yang menderita penyakit serupa

### 6. Pemeriksaan fisik

#### Kedadaan umum dan TTV

Keadaan umum pasien dengan GGA lemah, Nampak sakit berat, letargi. Pada TTV dapat dilihat adanya peningkatan suhu tubuh akibat oliguria, peningkatan frekuensi denyut nadi dan peningkatan tekanan darah.

### 7. Pemeriksaan pola fungsi

**a) Breathing**

Pada tahap oliguria sering didapatkan adanya gangguan pola nafas dan jalan nafas yang merupakan respon terhadap azotemia dan sindroma uremic. Pada beberapa keadaan sindroma uremic akan menjadikan asidosis metabolic sehingga menjadi pernapasan kussmaul.

**b) Blood**

Pada system hematologi sering didapatkan kejadian anemia akibat penurunan produksi eritropoetin, lesi gastrointestinal uremic, penurunan usia sel darah merah dan kehilangan darah. Terdapat penurunan curah jantung akan memperberat kondisi GGA, selain itu terjadi peningkatan tekanan darah

**c) Brain**

Pada system persarafan sering terjadi gangguan status mental, penurunan perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, penurunan tingkat kesadaran. Pasien berisiko kejang, efek gangguan elektrolit, sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot.

**d) Bowel**

Pada system pencernaan, pasien sering mengalami mual muntah, anoreksia sehingga didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan

**e) Bladder**

Pada system perkemihan terjadi oliguria dengan manifestasi penurunan frekuensi dan penurunan urin output <400 ml/24 jam, pada periode diuresis terjadi peningkatan yang menunjukkan peningkatan jumlah urin secara bertahap, disertai tanda perbaikan filtrasi glomerulus. Warna urin menjadi lebih pekat dan gelap.

**f) Bone**

Pada system ini didapatkan kelemahan fisik dari efek sekunder dari anemia dan penurunan perfusi perifer dari hipertensi

**8. Pemeriksaa diagnostic**

**a. Laboratorium**

Pada urinalisis didapatkan warna kotor, sedimen kecoklatan menunjukkan adanya darah, HB dan myoglobin. Berat jenis <1.020 menunjukkan penyakit ginjal, PH urin .7 menunjukkan ISK, NTA dan GGK. Osmolalitas kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan ginjal dan rasio urin: serum 1:1

**b. Pemeriksaan BUN dan kadar kreatinin**

Terjadi peningkatan BUN dan laju peningkatannya bergantung pada tingkat katabolisme protein, perfusi renal dan masukan protein. Serum kreatinin meningkat pada kerusakan glomerulus. Kadar kreatinin serum bermanfaat dalam pemantauan fungsi ginjal dan perkembangan penyakit.

c. Pemeriksaan elektrolit

Pasien dengan GGA sering tidak mampu mengekskresikan kalium. Katabolisme protein menghasilkan pelepasan kalium seluler ke dalam cairan tubuh, menyebabkan hiperkalemia berat, hiperkalemia menyebabkan disritmia dan henti jantung.

d. Pemeriksaan PH

Pasien oliguria tidak mampu mengeliminasi muatan metabolic seperti substansi jenis asam yang dibentuk oleh proses metabolic normal. Terjadi penurunan mekanisme buffer ditandai dengan penurunan kandungan karbon dioksida darah dan PH darah sehingga asidosis metabolic progresif menyertai gagal ginjal.

**J. DIAGNOSIS**

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan GGA yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan Penumpukan cairan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih
4. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output berlebih

**K. INTERVENSI**

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI)
1	Hipervolemia b/d penumpukan cairan (D.03028)	<p><b>Tujuan:</b> Status cairan membaik</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kekuatan nadi meningkat</li><li>2. Output urin meningkat</li><li>3. Membran mukosa lembab meningkat</li><li>4. Ortopnea menurun</li><li>5. Dispnea menurun</li><li>6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun</li><li>7. Edema anasarka menurun</li><li>8. Edema perifer menurun</li></ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan)</li><li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li><li>3. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia</li><li>4. Monitor intake dan output cairan</li><li>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li><li>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat)</li></ol>

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 9. Frekuensi nadi membaik           | 7. Monitor kecepatan infus secara ketat  |
| 10. Tekanan darah membaik           | 8. Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) |
| 11. Turgor kulit membaik            | 9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama  |
| 12. Jugular venous pressure membaik | 10. Batasi asupan cairan dan garam   |
| 13. Hemoglobin membaik              | 11. Tinggikan kepala tempat tidur 30–40 derajat  |
| 14. Hematokrit membaik              | 12. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam                                  |
|                                     | 13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari   |
|                                     | 14. Ajarkan cara membatasi cairan  |
|                                     | 15. Kolaborasi pemberian diuretic  |
|                                     | 16. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic   |
|                                     | 17. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu                      |

**Pemantauan cairan**

18. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
19. Monitor frekuensi napas
20. Monitor tekanan darah
21. Monitor berat badan
22. Monitor waktu pengisian kapiler
23. Monitor elastisitas atau turgor kulit
24. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin
25. Monitor kadar albumin dan protein total
26. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)
27. Monitor intake dan output cairan
28. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil lemah, konsentrasi urin

			meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)
			29. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
			30. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)
			31. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
			32. Dokumentasikan hasil pemantauan
			33. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
			34. Dokumentasikan hasil pemantauan
<b>2</b>	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p><b>Tujuan:</b> meredakan pengalaman sensorik atau emosional akibat kerusakan jaringan</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Penggunaan analgesic cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Pemberian analgesic</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>2. Identifikasi kesesuaian jenis analgesic dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>3. Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>5. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, jika perlu</li> </ol>

<p><b>3</b> Gangguan eliminasi urin b/d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)</p>	<p><b>Tujuan:</b> gangguan eliminasi urin teratasi</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. sensasi berkemih meningkat</li> <li>b. desakan kandung kemih menurun</li> <li>c. distensi kandung kemih menurun</li> <li>d. berkemih tidak tuntas menurun</li> <li>e. nokturia menurun</li> <li>f. dysuria menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen eliminasi urin dan kateterisasi urin</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin</li> <li>2. identifikasi factor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin, monitor urin (frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. catat waktu dan haluaran berkemih</li> <li>4. batasi asupan cairan, jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>6. ajarkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>7. jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urin</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8. kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</li> </ul>
<p><b>4</b> Risiko Ketidakseimbangan elektrolit b/d output berlebih (D.0037)</p>	<p><b>Tujuan:</b> keseimbangan elektrolit meningkat</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. serum natrium membaik</li> <li>b. serum kalium membaik</li> <li>c. serum klorida membaik</li> </ul>	<p><b>Pemantauan elektrolit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>2. Monitor kadar elektrolit serum</li> <li>3. Monitor mual, muntah, diare</li> <li>4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis: kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan)</li> <li>6. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis: peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol)</li> </ul>

7. Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis: disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran)
8. Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis: haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsang, membrane mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi, kejang)
9. Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis: peka rangsang, tanda Chvostek [spasme otot wajah] dan tanda Trousseau [spasme karpal], kram otot, interval QT memanjang)
10. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis: nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lebar, interval PR memanjang)
11. Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis: depresi pernapasan, apatis, tanda Chvostek, tanda Trousseau, konfusi, disritmia)
12. Monitor tanda dan gejala hypermagnesemia (mis: kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi)
13. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
14. Dokumentasikan hasil pemantauan
15. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
16. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

## L. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan.

## **M. EVALUASI**

Evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas yang disetujui, terus menerus aktivitas yang disengaja dimana pasien, keluarga dan perawat sebagai bentuk penilaian/evaluasi pada status pasien.

## **N. DAFTAR PUSTAKA**

Diyono, Mulyanti, 2013. Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan, Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi Nanda Nic Noc

Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.*

Muttaqin, K & Sari, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nuari, N & Dhina, W. (2017). *Gangguan pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.

PPNI, T.P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

PPNI, T.P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat

PPNI, T.P. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

Verdiansyah. 2016. Pemeriksaan Fungsi Ginjal. CDK-237/ Volume 43 Nomor. 2. Bandung: Program Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Klinik Rumah Sakit Hasan Sadikin



# ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ATRITIS REUMATOID (AR)

**Dr. Djusmadi Rasyid, SST., M.Kes.**





## ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ATRITIS REUMATOID (AR)

Dr. Djusmadi Rasyid, SST., M.Kes.

### A. Pendahuluan

Lansia menjadi suatu fenomena dalam struktur piramida penduduk. Keberadaan lansia menjadi permasalahan, karena dianggap sebagai manusia yang tidak produktif dan menjadi beban tanggungan. Berdasarkan data Data Badan Pusat Statistik (BPS) antara tahun 2017- 2019, bahwa “penduduk lansia di Indonesia tahun 2017, sebanyak 8,97% (23,4 juta orang), tahun 2018, sebanyak 9,27% (24,49 juta orang) dan tahun 2019, sebanyak 9,6% (25 juta orang). Artinya dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, terjadi tren kenaikan jumlah penduduk lansia yaitu 0,3 % (2017-2018) dan 0,33% (2018-2019). Struktur *aging population* tersebut merupakan cerminan dari semakin tingginya rata-rata Angka Harapan Hidup (AHH) penduduk. Berdasarkan data BPSterkait AHH di Indonesia mengalami trend peningkatan, terjadi peningkatan AHH dalam kurun waktu 3 tahun yaitu laki-laki 0,28 tahun dan perempuan 0,27 tahun (2017-2019). Tren peningkatan AHH tersebut diprediksi akan bertambah pada tahun-tahun berikutnya (Rasyid, Agustang, Syukur, Marzuki, & Usman, 2021)

Merujuk pada data tersebut, dari pandangan pelayanan kesehatan dengan bertambahnya jumlah lanjut usia (lansia), dapat diartikan bertambah pula permasalahan kesehatan. Diantara berbagai masalah kesehatan pada lansia yang menjadi kondisi kronik adalah penyakit sendi atau rematik, hipertensi dan diikuti penyakit lainnya (Smeltzer & Bare, 2013). Hal tersebut pada akhirnya akan mengakibatkan biaya sosial ekonomi yang tinggi dan menurunkan kualitas hidup, serta harapan hidup pasien. Dibandingkan dengan individu tanpa artritis, 36% pasien dilaporkan memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk dan dua kali lebih tinggi mengalami limitasi kegiatan serta hampir 30% lebih cenderung membutuhkan bantuan untuk perawatan diri (Hidayat, et al., 2021).

Prevalensi dan insiden penyakit AR, bervariasi antara populasi satu dengan lainnya. Wanita memiliki risiko 2-3 kali lebih tinggi terkena AR dibanding laki-laki. Kejadian akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia namun tidak ada perbedaan secara statistik kasus pada wanita dan laki-laki di atas usia 70 tahun. Insidensi kasus tertinggi pada kelompok usia 50-54 tahun (Hidayat, et al., 2021). Demikian pula yang tampak pada tabel data terkait jenis penyakit didasarkan pada usia, hasil Riset Kesehatan Dasar, 2018, berikut ini:

**Tabel 3.1 Jenis Penyakit**

No	Jenis Penyakit	Prevalensi /Kelompok Umur		
		55-64 th	65-74 th	75 th +
1	Hipertensi	55,2	63,2	69,5
2	Stroke	32,4	45,3	50,3
3	Penyakit sendi	15,5	18,6	18,9
4	Penyakit ginjal	7,21	8,23	7,48
5	DM	6,3	6,0	3,3
6	Kanker	4,62	3,52	3,84
7	Peny. Jantung	3,9	4,6	4,7
8	Asma	3,4	4,5	5,1
9	Gagal jantung	0,7	0,9	1,1

Selanjutnya, Insidensi AR tertinggi terjadi di Eropa Utara dan Amerika Utara dibandingkan Eropa Selatan. Insidensi di Eropa Utara yaitu 29 kasus/100.000, 38/100.000 di Amerika Utara dan 16.5/100.000 di Eropa Selatan. Prevalensi AR relatif konstan di banyak populasi yaitu 0,5-1%. Prevalensi tertinggi dilaporkan terjadi di Pima Indians (5,3%) dan Chippewa Indians (6,8%) dan prevalensi terendah terjadi pada populasi China dan Jepang (0,2-0,3%). Sementara, data epidemiologi jumlah penderita AR di Indonesia belum diketahui dengan pasti, namun saat ini diperkirakan tidak kurang dari 1,3 juta orang menderita AR di Indonesia dengan perhitungan berdasarkan angka prevalensi AR di dunia antara 0,5-1%, dari jumlah penduduk Indonesia 268 juta jiwa pada tahun 2020 (Hidayat, et al., 2021).

## B. Definisi

Kata arthritis berasal dari kata Yunani. Pertama, arthron, yang berarti sendi. Kedua, itis yang berarti peradangan. Secara harfiah, arthritis berarti radang sendi. Sedangkan rheumatoid arthritis adalah suatu penyakit autoimun dimana persendian (sendi tangan dan kaki) mengalami peradangan, sehingga terjadi pembengkakan, nyeri dan seringkali akhirnya menyebabkan kerusakan bagian dalam sendi (Gordon, 2002).

Reumatoid Artritis (RA) adalah suatu penyakit inflamasi kronis yang menyebabkan degenerasi jaringan penyambung. Jaringan penyambung yang biasanya mengalami kerusakan pertama kali adalah membran sinovial, yang melapisi sendi. Pada RA, inflamasi tidak berkurang dan menyebar ke struktur sendi disekitarnya, termasuk kartilago articular dan kapsul sendi fibrosa. Akhirnya, ligamen dan tendon mengalami. Inflamasi ditandai oleh akumulasi sel darah putih, aktivasi komplemen, fagositosis ekstensif, dan pembentukan jaringan parut. Pada inflamasi kronis, membran sinovial mengalami hipertropi dan menebal sehingga menyumbat aliran darah dan lebih lanjut menstimulasi nekrosis sel dan respon inflamasi. Sinovium yang menebal menjadi ditutup oleh jaringan granular inflamasi yang disebut panus. Panus dapat menyebar ke seluruh sendi sehingga menyebabkan

inflamasi dan pembentukan jaringan parut lebih lanjut. Sehingga merusak tulang dan menimbulkan nyeri hebat serta deformitas (Corwin, 2009).

Penyakit rheumatoid arthritis bukan hal asing lagi, Penyakit ini banyak diderita seiring dengan bertambahnya umur yang disebabkan oleh adanya pengapuran sendi, sehingga orang dengan jenis penyakit ini akan mengalami nyeri sendi dan keterbatasan gerak. Selain itu, Penyakit ini menyebabkan inflamasi, kekakuan, pembengkakan, dan rasa sakit pada sendi, otot, tendon, ligamen, dan tulang (Fera, Rottie, & Malara, 2017)

### **C. Etiologi**

Penyebab pasti rheumatoid arthritis belum diketahui secara pasti, diperkirakan merupakan kombinasi dari faktor genetik, lingkungan, hormonal dan faktor sistem reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikoplasma dan virus. Menurut (Smith & Haynes, 2010), ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang menderita rheumatoid arthritis yaitu :

#### **1. Faktor genetik**

Beberapa penelitian yang telah dilakukan melaporkan terjadinya rheumatoid arthritis sangat terkait dengan faktor genetik. Delapan puluh persen orang kulit putih yang menderita rheumatoid arthritis mengekspresikan HLA-DR1 atau HLA-DR4 pada MHC yang terdapat di permukaan sel T. Pasien yang mengekspresikan antigen HLA-DR4 3,5 kali lebih rentan terhadap rheumatoid arthritis.

#### **2. Mekanisme IMUN (Antigen-Antibody) seperti interaksi antara IGC dan faktor Reumatoid**

#### **3. Usia dan jenis kelamin**

Insidensi rheumatoid arthritis lebih banyak dialami oleh wanita daripada laki-laki dengan rasio 2:1 hingga 3:1. Perbedaan ini diasumsikan karena pengaruh dari hormon. Wanita memiliki hormon estrogen sehingga dapat memicu sistem imun. Onset rheumatoid arthritis terjadi pada usia sekitar 50 tahun.

#### **4. Infeksi**

Infeksi dapat memicu rheumatoid arthritis pada host yang mudah terinfeksi secara genetik. Virus merupakan agen yang potensial memicu rheumatoid arthritis seperti parvovirus, rubella, EBV, borellia burgdorferi.

#### **5. Faktor lain: nutrisi dan faktor lingkungan (pekerjaan dan psikososial), mekanisme imunitas (antigen-antibodi), faktor metabolik**

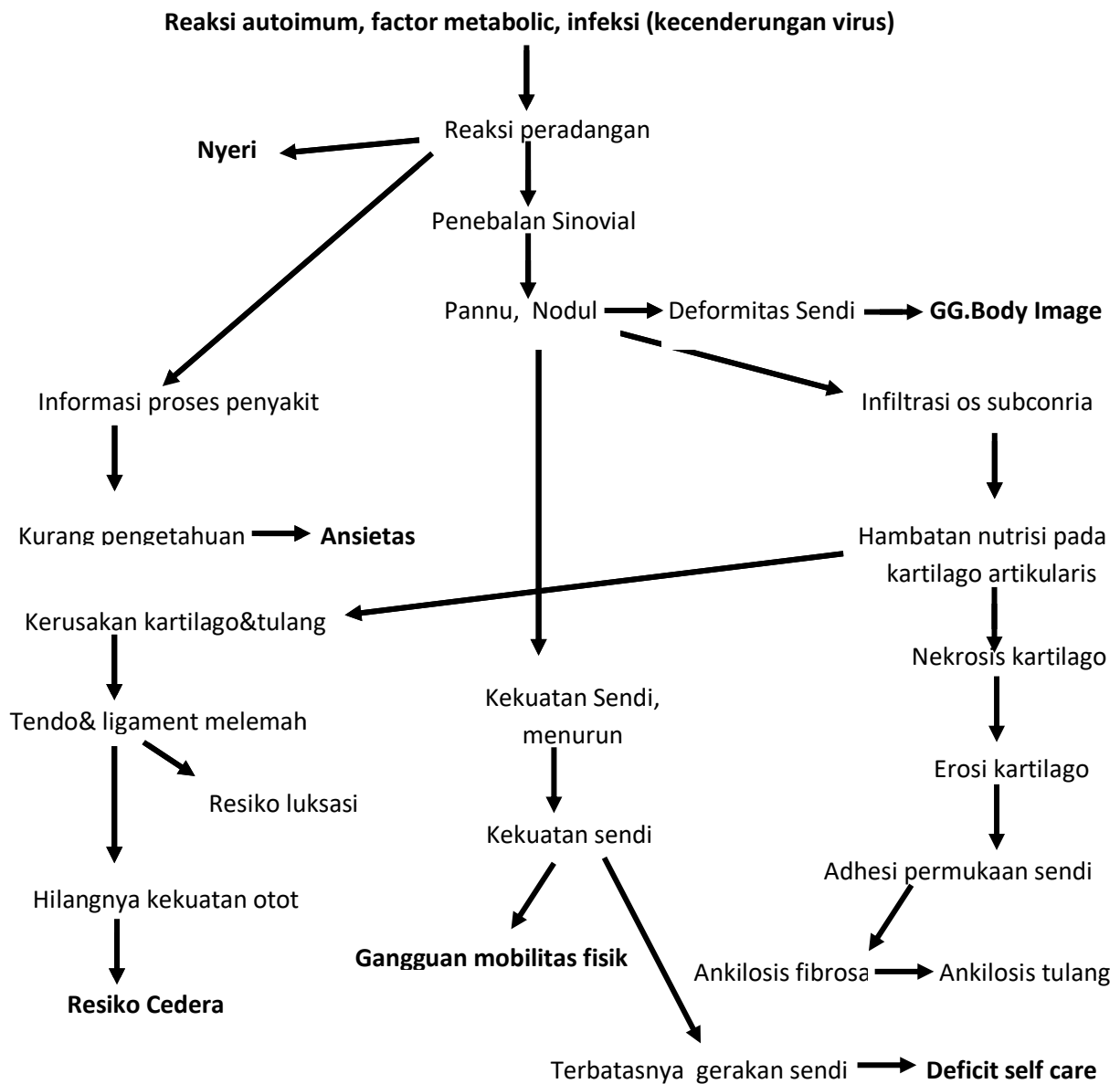
### **D. Patofisiologi**

Pada Reumatoid arthritis, reaksi autoimun (yang dijelaskan sebelumnya) terutama terjadi dalam jaringan sinovial. Proses fagositosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membran sinovial dan akhirnya pembentukan pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang. Akibatnya adalah hilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan turut terkena karena serabut otot akan mengalami perubahan degeneratif dengan hilangnya elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot (Smeltzer & Bare, 2013).

Inflamasi mula-mula mengenai sendi-sendi sinovial seperti edema, kongesti vaskular, eksudat febrin dan infiltrasi selular. Peradangan yang berkelanjutan, sinovial menjadi menebal, terutama pada sendi artikular kartilago dari sendi. Pada persendian ini granulasi membentuk pannus, atau penutup yang menutupi kartilago. Pannus masuk ke tulang sub chondria. Jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago artikuler. Kartilago menjadi nekrosis.

Tingkat erosi dari kartilago menentukan tingkat ketidakmampuan sendi. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka terjadi adhesi diantara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa atau tulang bersatu (ankilosis). Kerusakan kartilago dan tulang menyebabkan tendon dan ligamen jadi lemah dan bisa menimbulkan subluksasi atau dislokasi dari persendian. Invasi dari tulang sub chondrial bisa menyebabkan osteoporosis setempat.

Lamanya Reumatoid arthritis berbeda pada setiap orang ditandai dengan adanya masa serangan dan tidak adanya serangan. Sementara ada orang yang sembuh dari serangan pertama dan selanjutnya tidak terserang lagi. Namun pada sebagian kecil individu terjadi progresif yang cepat ditandai dengan kerusakan sendi yang terus menerus dan terjadi vaskulitis yang difusi.



Gambar 3.1 Pathway Reumatoid Arthritis

## E. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang khas dari AR adalah poliartritis simetris dengan distribusi sendi yang terlibat berdasarkan keseringannya yaitu sendi pergelangan dan jari tangan (75-95%), sternoklavikular dan manubriosternal (70%), siku (40-61%), bahu (55%), pinggul (40%), krikokarotenoid (26-86%), vertebra (17-88%), kaki dan pergelangan kaki (13-90%), dan temporomandibular (47-80%). Dampak jangka panjang dari AR adalah terjadinya kerusakan sendi dan disabilitas yang banyak mengenai penduduk pada usia produktif sehingga memberi dampak sosial dan ekonomi yang besar. Disabilitas ditemukan pada sekitar 60% pasien AR, sehingga berdampak pasien tidak dapat bekerja setelah 10 tahun timbulnya gejala (Hidayat, et al., 2021).

Ketika penyakit ini aktif gejala dapat termasuk kelelahan, kehilangan energi, kekurangan nafsu makan, demam, nyeri otot dan sendi dan kekakuan. Otot dan kekakuan sendi biasanya paling sering di pagi hari. Disamping itu juga manifestasi klinis RA sangat bervariasi dan biasanya mencerminkan stadium serta beratnya penyakit. Rasa nyeri, pembengkakan, panas, eritemia dan gangguan fungsi merupakan klinis yang klasik untuk Reumatoid Arthritis (Smeltzer & Bare, 2013).

Uraian klinis lainnya, bahwa beberapa gambaran klinis yang ditemukan pada penderita artritis rheumatoid, dimana tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan, oleh karena penyakit ini memiliki gambaran klinis yang sangat bervariasi, sebagai berikut:

1. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam.
2. Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalangs distal. Hampir semua sendi diartrodial dapat terserang.
3. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari 1 jam: dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi.
4. Artritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang dan ini dapat dilihat pada radiogram.
5. Deformitas: kerusakan dari struktur-struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, subluksasi sendi metakarpofalangeal, deformitas boutonniere adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat protrusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal. Sendi-sendi besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerak ekstensi.

6. Nodula-nodula reumatoid adalah massa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa penderita arthritis Reumatoid. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah sendi siku.
7. Manifestasi ekstra-artikular: arthritis reumatoid juga dapat menyerang organ-organ lain di luar sendi. Jantung (perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata, dan pembuluh darah dapat rusak.

#### **F. Komplikasi**

Secara umum rheumatoid arthritis bersifat progresif dan tidak dapat disembuhkan, tetapi pada beberapa pasien penyakit ini secara bertahap menjadi kurang agresif dan gejala bahkan dapat membaik. Bagaimanapun, jika terjadi kerusakan tulang dan ligamen serta terjadi perubahan bentuk, efeknya akan menjadi permanen. Kecacatan dan nyeri sendi dalam kehidupan sehari-hari adalah hal yang umum.

Rheumatoid arthritis adalah penyakit sistemik yang dapat mempengaruhi bagian lain dari tubuh selain sendi. Adapun komplikasi tersebut, meliputi:

1. Dapat menimbulkan perubahan pada jaringan lain seperti adanya prosesgranulasi di bawah kulit yang disebut subcutan nodule.
2. Sistem Muskuloskeletal : Pada otot dapat terjadi myosis karena proses granulasi jaringan otot dan Osteoporosis
3. Sistem Pembuluh Darah : Tromboemboli adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.
4. Splenomegali : Splenomegali merupakan pembesaran limfa, jika limfa membesar kemampuannya untuk menangkap dan menyimpan sel-sel darah akan meningkat.
5. Sistem Pencernaan : Pada sistem pencernaan yang sering dijumpai adalah gastritis dan ulkus peptik yang merupakan komplikasi utama penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) yang menjadi faktor penyebab morbiditas dan mortalitas utama pada arthritis reumatoid.
6. Komplikasi saraf yang terjadi memberikan gambaran jelas sehingga sukar dibedakan antara akibat lesi artikuler dan lesi neuropatik.
7. Infeksi : Pasien dengan RA memiliki risiko lebih besar untuk infeksi. Obat immunosupresif akan lebih meningkatkan risiko.
8. Penyakit Paru-Paru : Sebuah studi kecil menemukan prevalensi tinggi peradangan paru dan fibrosis pada pasien yang baru didiagnosis RA, namun temuan ini dapat dikaitkan dengan merokok.
9. Sindrom Felty : Kondisi ini ditandai dengan splenomegali, leukopenia dan infeksi bakteri berulang. Ini mungkin merupakan respon disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs).
10. Limfoma dan kanker lainnya : RA terkait perubahan sistem kekebalan tubuh.

#### **G. Pemeriksaan Penunjang**

Terkait pemeriksaan penunjang yang dapat membantu menegakkan diagnosis, sebagai berikut:

1. Pemeriksaan cairan sinovial
  - a. Warna kuning sampai putih dengan derajat kekeruhan yang menggambarkan peningkatan jumlah sel darah putih.
  - b. Leukosit 5.000 – 50.000/mm<sup>3</sup>, menggambarkan adanya proses inflamasi yang didominasi oleh sel neutrophil (65%).
  - c. Rheumatoid factor positif, kadarnya lebih tinggi dari serum dan berbanding terbalik dengan cairan sinovium.
2. Pemeriksaan darah tepi
  - a. Leukosit : normal atau meningkat (  $>3$  ). Leukosit menurun bila terdapat splenomegali; keadaan ini dikenal sebagai Felty's Syndrome.
  - b. Anemia normositik atau mikrositik, tipe penyakit kronis.
3. Pemeriksaan kadar sero-imunologi
  - a. Rheumatoid factor + Ig M -75% penderita; 95% + pada penderita dengan nodul subkutan.
  - b. Anti CCP antibody positif telah dapat ditemukan pada arthritis rheumatoid dini.
4. Sinar X dari sendi yang sakit : menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.
5. Artroskopi Langsung : Visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/ degenerasi tulang pada sendi
6. Biopsi membran sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas.

#### **H. Penatalaksanaan**

1. Tujuan Utama Terapi Adalah :
  - a. Meringankan rasa nyeri dan peradangan
  - b. Memperatahkan fungsi sendi dan kapasitas fungsional maksimal penderita.
  - c. Mencegah atau memperbaiki deformitas
2. Program terapi dasar terdiri dari lima komponen dibawah ini yang merupakan sarana pembantu untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut yaitu:
  - a. Istirahat
  - b. Latihan fisik
  - c. Pengobatan : Aspirin dosis antara 8 s.d 25 tablet perhari, kadar salisilat serum yang diharapkan adalah 20-25 mg per 100 ml. Natrium kolin dan asetamenofen meningkatkan toleransi saluran cerna terhadap terapi obat dan Obat anti malaria (hidroksiklorokuin, klorokuin) dosis 200 – 600 mg/hari

mengatasi keluhan sendi, memiliki efek steroid sparing sehingga menurunkan kebutuhan steroid yang diperlukan.

- d. Nutrisi : diet untuk penurunan berat badan yang berlebih
- e. Pembedahan dan indikasinya sebagai berikut:
  - 1) Sinovektomi, untuk mencegah artritis pada sendi tertentu, untuk mempertahankan fungsi sendi dan untuk mencegah timbulnya kembali inflamasi.
  - 2) Arthrotomi, yaitu dengan membuka persendian.
  - 3) Arthrodesis, sering dilaksanakan pada lutut, tumit dan pergelangan tangan.
  - 4) Arthroplasty, pembedahan dengan cara membuat kembali dataran pada persendian.

### **I. Pengkajian Keperawatan**

Data dasar pengkajian pasien tergantung pada keparahan dan keterlibatan organ-organ lainnya (misalnya mata, jantung, paru-paru, ginjal), tahapan misalnya eksaserbasi akut atau remisi dan keberadaan bersama bentuk-bentuk arthritis lainnya

#### **1. Aktivitas/ istirahat**

Gejala : Nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stres pada sendi; kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi bilateral dan simetris. Limitasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan

Tanda : Malaise, keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit, kontraktor/ kelaianan pada sendi.

#### **2. Kardiovaskuler**

Gejala : Fenomena Raynaud jari tangan/ kaki ( mis: pucat intermitten, sianosis, kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal).

#### **3. Integritas Ego**

Gejala : Faktor-faktor stres akut/ kronis: mis; finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan. Keputusan dan ketidakberdayaan (situasi ketidakmampuan). Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (misalnya ketergantungan pada orang lain).

#### **4. Hygiene**

Gejala : Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi. Ketergantungan

#### **5. Makanan/Cairan**

Gejala : Ketidakmampuan untuk menghasilkan/ mengkonsumsi makanan/cairan adekuat: mual, anoreksia, kesulitan untuk mengunyah

Tanda : Penurunan berat badan, kekeringan pada membran mukosa.

6. Neurosensori

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

Tanda : Pembengkakan sendi simetris

7. Nyeri/ kenyamanan

Gejala : Fase akut dari nyeri ( mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi ).

8. Keamanan

Gejala : Kulit mengkilat, tegang, nodul subkutan, Lesi kulit, ulkus kaki. Kesulitan dalam ringan dalam menangani tugas/ pemeliharaan rumah tangga. Demam ringan menetap Kekeringan pada mata dan membran mukosa.

9. Interaksi sosial

Gejala : Kerusakan interaksi sosial dengan keluarga/ orang lain; perubahan peran; isolasi

**J. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan, mengklasifikasi masalah kesehatan dalam ruang lingkup keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (M.Wilkinson, 2016).

Sebagaimana yang telah diuraikan pada bagian pathway, maka diagnosa keperawatan yang teridentifikasi, sebagai berikut:

1. Gangguan rasa nyaman nyeri akut/ kronis berhubungan dengan distensi, proses inflamasi, destruksi sendi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas skeletal, nyeri, penurunan, kekuatan otot.
3. Gangguan Citra Tubuh / Perubahan Penampilan Peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi, ketidakseimbangan mobilitas.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan musculoskeletal, penurunan kekuatan, daya tahan, nyeri pada waktu bergerak, depresi.
5. Ansietas berhubungan dengan informasi tentang proses penyakit yang kurang, penurunan produktifitas.

6. Resiko cedera berhubungan dengan tendo&ligament melemah dan hilangnya kekuatan otot.

**K. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang di harapkan. Perencanaan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien. Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai bagian perawatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien. Berikut intervensi keperawatan Rematoid Arthritis dengan mengacu pada Nanda NIC NOC (Nurarif & Kusuma, 2015)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan rasa nyaman nyeri akut/kronis berhubungan dengan distensi, proses inflamasi, destruksi sendi.	NOC : a. Pain Level b. pain control c. comfort level Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil: a. Mampu mengontrol nyeri b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang e. Tanda vital dalam rentang normal f. Tidak mengalami gangguan tidur	NIC : Pain Management a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan c. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri d. Kurangi faktor presipitasi nyeri e. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi f. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin g. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas skeletal, nyeri, penurunan, kekuatan otot.	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Joint Movement: Active</li> <li>b. Mobility Level</li> <li>c. Self care : ADLs</li> <li>d. Transfer Performance</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> </ul> <p>Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker)</p>	<p>NIC : Exercise therapy : Ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitoring vital signsebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>b. Konsultasikan dengan terapis fisik tentang rencana ambulasi sesuaidengan kebutuhan</li> <li>c. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>d. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>e. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>f. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>g. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan klien.</li> </ul>
3	Gangguan Citra Tubuh / Perubahan Penampilan Peran berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas umum, peningkatan penggunaan energi, ketidakseimbangan mobilitas.	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Body image</li> <li>b. Self esteem</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... Gangguan body image pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Body image positif</li> <li>b. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal</li> <li>c. Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh</li> </ul> <p>Mempertahankan interaksi sosial</p>	<p>NIC : Body image enhancement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji secara verbal dan nonverbal respon klien terhadap tubuhnya.</li> <li>b. Monitor frekuensi mengkritik dirinya</li> <li>c. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit</li> <li>d. Dorong klien mengungkapkan perasaannya</li> <li>e. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu</li> <li>f. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil</li> </ul>

4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan musculoskeletal, penurunan kekuatan, daya tahan, nyeri pada waktu bergerak, depresi.	<p>NOC : Self care : Activity of Daily Living (ADLs)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... Defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien terbebas dari bau badan</li> <li>Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs</li> </ol> <p>Dapat melakukan ADL secara mandiri.</p>	<p>NIC : Self Care assistane : ADLs</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>Monitor kebutuhan klien bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</li> <li>Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</li> <li>Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</li> </ol>
5	Ansietas berhubungan dengan informasi tentang proses penyakit yang kurang, penurunan produktifitas .	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anxiety level</li> <li>Sosial anxiety level</li> </ol> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... Ansietas berkurang atau hilang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>Vital sign dalam batas normal</li> </ol> <p>Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</p>	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien.</li> <li>Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur.</li> <li>Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres</li> <li>Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li> <li>Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</li> </ol>

			i. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.
--	--	--	--

#### L. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal (PPNI T. P., Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016). Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien itu sendiri atau mungkin dilakukan secara bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain.

Implementasi juga bermakna, inisiatif dari rencana tindakan tujuan spesifik. Implementasi dilakukan pada klien dengan reumatoid arthritis adalah tindakan yang sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam tindakan ini diperlukan kerja sama antara perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan, tim kesehatan, klien dan keluarga agar asuhan keperawatan yang diberikan mampu berkesinambungan sehingga klien dan keluarga dapat menjadi mandiri.

#### M. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi bertujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilannya tujuan yang telah ditetapkan. Penilaian ini merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana kegiatan yang telah ditentukan. Menurut Nursalam (2012), format evaluasi yang digunakan adalah SOAP, yaitu: *Subjective* (S) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, *Objective* (O) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, *Analysis* (A) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, serta *Planning* (P) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. Adapun hasil evaluasi asuhan keperawatan yang diharapkan adalah sebagai berikut :

- a. Terpenuhinya penurunan dan peningkatan adaptasi nyeri
- b. Tercapainya fungsi sendi dan mencegah terjadinya deformitas.
- c. Tercapainya peningkatan fungsi anggota gerak yang terganggu.
- d. Tercapainya pemenuhan perawatan diri.
- e. Tercapainya upaya mencegah penyakit degeneratif jangka panjang.
- f. Terpenuhinya pendidikan dan latihan dalam rehabilitasi

## N. Daftar Pustaka

- Corwin. (2009). *Buku Saku Patofisiologi Edisi Revisi 3*. Jakarta: EGC.
- Fera, B., Rottie, J., & Malara, R. (2017). Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan Penyakit Rematik di Wilayah Puskesmas Beo Kabupaten Talaud. *e-Jurnal Keperawatan (e-Kp)*, 1-7.
- Gordon. (2002). *Radang Sendi*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Hardhi, K., & N, H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: Media Hardy.
- Hidayat, R., Suryana, B. P., Wijaya, L. K., Ariane, A., Helmi, R. Y., Adnan, E., et al. (2021). *Diagnosa dan Pengelolaan Arthritis Reumatoid*. Jakarta: Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- M.Wilkinson, J. (2016). *Diagnosis Keperawatan, Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC Jilid 3*. Jogyakarta: MediAction.
- Nursalam. (2012). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- Rasyid, D., Agustang, A., Syukur, M., Marzuki, M., & Usman, S. (2021). Social Transformation of Indonesian Older Adults in Suburbs : An Exploratory-Descriptive Qualitative Study. *Studies On Ethno-Medicine*, 44-52.
- RI, B. K. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Smith, J., & Haynes, M. (2010). Rheumatoid Arthritis: A Molecular Understanding. *Annals of Internal Medicine*, 136, 908-922.



# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS TYPE 2**

**Ns. Eny Rahmawati., M.Kep**





# ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS TYPE 2

Ns. Eny Rahmawati., MKep

## A. Pendahuluan (prevalensi atau update kejadian kasus)

Diabetes melitus merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar di dunia yang diakibatkan oleh berbagai macam metabolisme dan perubahan sekresi insulin (Esmaeilpour-BandBoni *et al.* 2021). Prevalensi angka kejadian diabetes melitus tipe 2 pada tahun 2021 mencapai 537 juta penderita yang terdapat di beberapa negara seperti Amerika Serikat dengan prevalensi berkisar 15-24%, Eropa berkisar antara 10-13%, Kaukasia berkisar 4-6%, Afrika 2-4 %. Diperkirakan pada tahun 2045 prevalensi angka kejadian diabetes melitus tipe 2 akan terjadi peningkatan yang sangat tinggi yaitu sekitar 783 juta orang di dunia. Pada tahun 2021 Indonesia berada di urutan ke-5 dengan jumlah penderita diabetes yaitu sejumlah 19,465 juta kasus (IDF, 2021).

Sedangkan prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia berdasarkan hasil Risesdas (2018) diperkirakan sekitar 3,4% dari 265 juta jiwa. Di Asia Tenggara, Indonesia menempati peringkat kedua dengan prevalensi diabetes melitus sebesar 8,4 juta orang dan proyeksinya akan mengalami peningkatan sebanyak 2,5 kali lipat atau sebanyak 21,2 juta orang pada tiap tahunnya. Di Provinsi Jawa Timur angka penderita diabetes melitus menduduki peringkat kelima sebanyak 793.718 jiwa atau 2,6% dari jumlah penduduk sebanyak 39.292.972 jiwa (Risesdas, 2018).

## B. Definisi

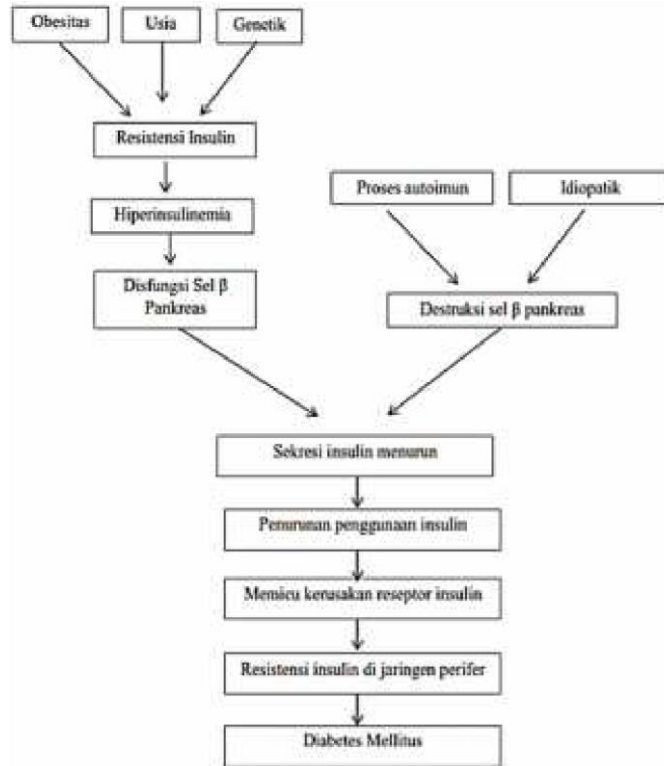
Diabetes melitus merupakan kondisi serius, jangka panjang (kronis) yang terjadi ketika kadar glukosa darah meningkat, karena tubuh tidak dapat memproduksi hormon insulin dengan cukup atau tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (IDF, 2021). American Diabetes Association (2018) mendefinisikan diabetes melitus sebagai suatu penyakit karena rendahnya insulin yang bersifat absolut ataupun relatif yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa (hiperglikemia) (ADA, 2018).

## C. Etiologi

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar sel beta pulau langerhans di pankreas yang berfungsi untuk produksi insulin, sehingga terjadi kekurangan insulin. Faktor risiko penyakit DM menurut Arrum (2020), antara lain:

1. Factor genetic  
Diabetes melitus dapat diturunkan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya mengidap diabetes melitus.
2. Obesitas  
Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes melitus
3. Usia  
Setelah seseorang mencapai usia 30 tahun, kadar gula darah puasa dalam tubuh seseorang akan naik 1-2 mg% dan akan naik 6-13% pada 2 jam setelah makan, berdasar hal ini usia menjadi faktor meningkatnya relevansi diabetesmelitus serta gangguan toleransi glukosa.
4. Tekanan darah  
Seseorang dengan tekanan darah tinggi  $\geq 140/90$  mmHg memiliki risiko mengalami diabetes melitus. Hanya saja hipertensi yang dikelola dengan baik akan melindungi terhadap komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler tetapi jika tidak terkontrol dapat mempercepat kerusakan ginjal dan gangguan kardiovaskuler.
5. Aktivitas fisik  
Aktivitas fisik dapat mempengaruhi kerja insulin pada orang yang berisiko diabetes melitus. Kurangnya aktivitas merupakan salah satu faktor yang menyebabkan resistensi insulin.
6. Stress  
Stres terjadi ketika ada ketidaksesuaian antara tuntutan yang dihadapi dengan kemampuan yang dimiliki. Hal ini dapat mengubah perilaku penderita diabetes melitus seperti perubahan pola makan, olahraga, dan penggunaan obat yang pada akhirnya akan menimbulkan hiperglikemia.

#### D. Patofisiologi



Gambar 4.1 Patofisiologi Diabetes Mellitus (Decroli, 2019)

#### E. Manifestasi Klinis

Gejala diabetes melitus tipe 2 sering asimtomatik karena onsetnya secara perlahan, sehingga seringkali terdiagnosis setelah adanya komplikasi. Gejala yang sering muncul karena defisiensi insulin menyebabkan kadar glukosa darah puasa tidak bisa dipertahankan dalam batas normal. Nilai gula darah saat puasa melebihi 126 mg/dl, kadar gula darah acak ataupun dua jam sesudah makan melebihi 200 mg/dl (ADA, 2020; PERKENI, 2021).

Hiperglikemia berat yang melebihi toleransi ginjal bisa menimbulkan glikosuria (glikosa dalam urin). Glikosuria menyebabkan diuresis osmotik yang mengakibatkan meningkatnya pengeluaran urin (poliuria) dan muncul rasa haus yang mengakibatkan banyak minum (polidipsia). Meningkatnya rasa lapar (polifagia) kemungkinan karena kehilangan kalori yang disebabkan oleh glukosa yang hilang bersama bersama urin. Hilangnya glukosa menyebabkan keseimbangan kalori negatif dan dan menurunnya berat badan. Penderita diabetes dapat mengeluh kelelahan, kesemutan, gatal, penglihatan kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita (PERKENI, 2021).

## F. Komplikasi

Komplikasi akibat kejadian penyakit diabetes melitus tipe 2 diantaranya berupa fisik, psikologi, sosial dan ekonomi (Yusnita et al., 2021). Komplikasi fisik dapat berupa komplikasi akut dan komplikasi kronik. Komplikasi akut sebagai penyebab utama kematian, pembiayaan dan kualitas hidup kurang baik. Komplikasi akut berupa hiperglikemia ketoasidosis atau non ketoasidosis (KAD), hyoperosmolar, koma hipoglikemia, efek Somogyi, dan dawn phenomenon. Sedangkan komplikasi kronis dapat berupa komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler. Komplikasi kronis mikrovaskuler berupa retinopati, nefropati, dan neuropati. Pada komplikasi kronis makrovaskuler berupa serebrovaskuler, penyakit jantung koroner, dan ulkus kaki (Saputri, 2020; Belsti et al., 2020).

## G. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Brunner & Suddart (2015) yang harus dilakukan meliputi 4 hal yaitu :

### 1. Postpandrial

Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.

### 2. Hemoglobin

Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes. Berikut table Hba1C :

	HbA1c	GDP (mg/dL)	Glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dL)	Glukosa plasma sewaktu
Normal	< 5,7	70-99	70-139	
Prediabetes	5,7 - 6,4	100-125	140-199	
Diabetes	≥ 6,5	≥ 126	≥ 200	≥ 200

### 3. Tes toleransi glukosa oral

Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl

### 4. Tes glukosa darah dengan *finger stick*

Jari ditusuk dengan sebuah jarum, sampel darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan ke dalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan di rumah.

## H. Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2019), ada 4 pilar penatalaksanaan diabetes melitus, yaitu

### 1. Edukasi

Edukasi memegang peranan yang sangat penting dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2 karena edukasi pasien dapat mengubah perilaku pasien dalam pengelolaan diabetes melitus secara mandiri. Edukasi tentang manajemen diabetes melitus secara mandiri harus diberikan secara bertahap yang meliputi konsep dasar diabetes melitus, pencegahan diabetes melitus, pengobatan diabetes melitus, dan perawatan diri

### 2. Terapi nutrisi medis

Diet atau terapi nutrisi medis adalah bagian dari pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Keberhasilan terapi nutrisi medis bergantung pada keterlibatan penuh dari tenaga kesehatan. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan aspek yang sangat penting untuk diperhatikan, terutama pada pasien yang menjalani terapi insulin

### 3. Latihan fisik

Latihan dilakukan rutin 3-4 kali seminggu, sekitar 30 menit yang sifatnya *CRIPE (Continous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance training)*. Prinsip *CRIPE* menjadi dasar pembuatan materi *DSME/S* yang memiliki arti latihan fisik dilakukan terus menerus, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur, gerak cepat dan lambat secara bergantian, bertahap dari latihan ringan ke latihan yang lebih berat dan bertahan dalam waktu tertentu. Latihan jasmani untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan, dan meningkatkan sensitivitas insulin

### 4. Intervensi farmakologis

Intervensi farmakologis melalui pemberian obat-obatan kepada pasien diabetes melitus tipe 2. Obat yang diberikan berupa obat oral dan bentuk suntikan

## I. Pengkajian

Menurut Aspiani (2014) pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

### 1. Identitas

Pengkajian identitas meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan suku

### 2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

Meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan dan kecukupan pendapatan

### 3. Lingkungan tempat tinggal

Bertujuan untuk mengidentifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, diantaranya yaitu kebersihan dan kerapian lingkungan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, dan sumber pencemaran

4. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan sekarang

Mengetahui keluhan yang dirasakan saat ini. Pada penyakit DM riwayat yang biasanya dominan muncul adalah sering buang air kecil (poliuri), sering haus (polidipsi), dan sering lapar (poliphagi)

b) Riwayat Kesehatan dahulu

Mempunyai riwayat gula darah yang tinggi pada masa muda, keluhan kesemutan pada kaki. Riwayat penyakit lain yang pernah diderita

c) Riwayat Kesehatan keluarga

Diabetes melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes

5. Pola fungsional

a) Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan Menggambarkan persepsi, pengetahuan, penatalaksanaan pasien terhadap penyakitnya.

b) Nutrisi metabolik

Pasien diabetes melitus biasanya mengeluhkan sering lapar (poliphagi). Berat badan cenderung menurun.

c) Eliminasi

d) Aktivitas pola dan Latihan

e) Pola istirahat tidur

f) Pola kognitif persepsi

g) Konsep diri

h) Pola peran dan hubungan

i) Seksualitas

j) Koping dan toleransi stress

k) Nilai dan pola keyakinan terhadap kesembuhan, harapan akan sakitnya.

6. Pengkajian fisik

Pemeriksaan fisik meliputi: Keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, dada, abdomen, ekstremitas. pada pemeriksaan, ekstremitas warna kuku pucat, sianosis terjadi karena penurunan perfusi pada kondisi ketoasidosis atau komplikasi saluran pernafasan. kesemutan dan nyeri pada ekstremitas bawah, ulkus kaki, dan penyembuhan luka yang lama

7. Pengkajian khusus pada lansia

a) Indeks Katz

Mengukur kemampuan pasien untuk melakukan 6 kemampuan fungsi: bathing, dressing, toileting, transferring, feeding, maintenance continence.

Digunakan untuk lansia, pasien dengan penyakit kronik (stroke, fraktur hip).

Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif, kecuali seperti secara spesifik diperlihatkan dibawah ini. Hal ini didasarkan pada kondisi aktual dan bukan kemungkinan Seorang klien yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap sebagai tindak melakukan fungsi meskipun ia dianggap mampu

b) APGAR keluarga

Digunakan untuk mengkaji fungsi social lanjut usia, hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena keperawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Instrument APGAR meliputi

- 1) Adaptasi : Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya
- 2) Hubungan : Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya
- 3) Pertumbuhan : Saya pusa bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas
- 4) Afek : Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan efek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai
- 5) Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu-waktu bersama

**Penilaian :** Pertanyaan yang dijawab : selalu (poin 2), kadangkadang (poin 1), hamper tidak pernah (poin 0).

c) SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 tidak rusak/benar.

Interpretasi:

- |              |                                       |
|--------------|---------------------------------------|
| Salah 0 – 3  | : fungsi intelektual utuh             |
| Salah 4 – 5  | : fungsi intelektual kerusakan ringan |
| Salah 6 – 8  | : fungsi intelektual kerusakan sedang |
| Salah 9 – 10 | : fungsi intelektual kerusakan berat  |

d) Pengkajian depresi beck

Inventaris Depresi Beck (IBD) merupakan alat pengukur status afektif yang digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati. Instrument ini berisikan 21 karakteristik: alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri, ketidakmampuan membuat

e) Resiko jatuh

Pengkajian risiko jatuh dapat dilakukan dengan beberapa instrumen pengukuran sebagai berikut:

1) Get up and go test

Get Up and Go Test merupakan instrumen pengukuran risiko jatuh. Pada instrumen ini terdapat dua item penilaian yaitu cara berjalan pasien dan cara menopang pasien saat akan duduk. Apabila tidak ditemukan dua item penilaian tersebut maka hasilnya tidak berisiko. Ditemukan salah satu dari dua item penilaian hasilnya risiko rendah. Apabila ditemukan dua item penilaian artinya risiko tinggi.

2) Morse fall scale

*Morse Fall Scale* adalah instrumen pengukuran risiko jatuh sederhana dan cepat untuk mengkaji pasien yang memiliki kemungkinan jatuh, biasanya digunakan pada pasien umur  $\geq 16$  tahun. Instrumen ini memiliki 6 variabel yaitu (a) Riwayat jatuh; (b) Diagnosa sekunder; (c) Penggunaan alat bantu; (d) Terpasang infus; (e) Gaya berjalan; dan (f) Status mental (Sarah & Sembiring, 2021).

## J. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017). Menurut (SDKI 2017) diahnosis yang mungkin muncul yaitu:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa, hipoglikemia, penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (misalnya insulinoma), endokrinopati (misalnya kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, gangguan metabolik bawaan (misalnya

- gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (missal diabetes melitus), kurang aktivitas fisik
  3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, perubahan pigmentasi, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan
  4. Risiko jatuh dengan faktor risiko perubahan kadar glukosa darah, gangguan penglihatan (missal glaucoma, katarak), neuropati.

## K. Intervensi

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan, maka intervensi dan tindakan keperawatan perlu dilakukan. Intervensi keperawatan adalah treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun intervensi menurut (SIKI, 2018) dan luaran menurut (SLKI, 2019), dari diganosa yang mungkin muncul dapat dilihat pada tabel 2, sebagai berikut:

Diagnosis	SLKI	SIKI
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan <ul style="list-style-type: none"> <li>- hiperglikemia, disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa,</li> <li>- hipoglikemia, penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (misalnya insulinoma), endokrinopati (misalnya kerusakan</li> </ul>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... , maka  Kestabilan kadar glukosa  <b>Ekspektasi:</b> meningkat  <b>Kriteria hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi membaik</li> <li>2. Kadar glukosa darah membaik</li> <li>3. Keluhan pusing menurun</li> <li>4. Keluhan lelah menurun</li> </ol>	<b>SIKI : Manajemen Hipoglikemi</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> <li>2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu</li> <li>2. Berikan glukagon, jika perlu</li> <li>3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat</li> <li>2. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</li> <li>3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah</li> <li>4. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program, pengobatan</li> <li>5. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral dan olahraga</li> </ol>

adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, gangguan metabolik bawaan (misalnya gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

6. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia
7. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia
8. Ajarkan relaksasi nafas dalam

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu
2. Kolaborasi pemberian glukagon jika perlu
3. Kolaborasi pemberian senam *foot diabetic*

**SIKI : Manajemen Hiperglikemia**

**Observasi**

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (penyakit kambuhan)
3. Monitor kadar glukosa darah
4. Monitor tanda gejala hiperglikemia
5. Monitor intake dan output cairan
6. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, Tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Diagnosis	SLKI	SIKI
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan - hiperglikemia, - kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (missal diabetes melitus), - kurang aktivitas fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... , maka <b>Luaran:</b> perfusi perifer <b>Ekspektasi:</b> meningkat <b>Kriteria hasil :</b> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Nyeri ekstremitas menurun	<b>SIKI : Manajemen Sensasi Perifer</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan sepatu 3. Monitor terjadinya parastesia <b>Terapeutik</b> 1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan penggunaan thermometer untuk mengukur suhu air

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Parastesia menurun</li> <li>6. Nekrosis menurun</li> <li>7. Indeks <i>ankle-brachial</i> membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan penggunaan sarung tangan saat memasak</li> <li>3. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid jika perlu</li> <li>3. Lakukan senam kaki diabetes</li> <li>4. Lakukan acupressure dengan terapis</li> </ol>
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neuropati perifer,</li> <li>- perubahan pigmentasi,</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... , maka</p> <p><b>Luaran:</b> Integritas kulit dan jaringan</p> <p><b>Ekspektasi:</b> meningkat</p>	<p><b>SIKI : Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol>
<p><b>Diagnosis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan</li> </ul>	<p><b>SLKI</b></p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nekrosis menurun</li> <li>4. Pigmentasi abnormal menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester</li> <li>2. Bersihkan dengan NaCl</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan prosedur perawatan luka mandiri</li> <li>3. Lakukan hidroterapi pada kaki</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement jika perlu</li> </ol>

Risiko jatuh dengan faktor risiko:

- perubahan kadar glukosa darah,
- gangguan penglihatan (missal glaucoma, katarak),
- neuropati

Setelah dilakukan intervensi keperawatan

dilakukan selama ..... , maka

**Luaran:** Tingkat jatuh

**Ekspektasi:** menurun **Kriteria hasil :**

1. Jatuh dari tempat tidur menurun
2. Jatuh saat berjalan menurun
3. Jatuh saat di kamar mandi menurun
4. Jatuh saat berdiri menurun

2. Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu

#### **SIKI: Pencegahan Jatuh**

##### **Observasi**

Identifikasi faktor resiko jatuh

1. Identifikasi resiko jatuh
2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala *morses falls scale*

##### **Terapeutik**

1. Gunakan alat bantu berjalan
2. Tingkatkan penerangan di lingkungan sekitar
3. Atur tempat tidur dengan posisi rendah

##### **Edukasi**

1. Anjurkan memanggil orang terdekat jika membutuhkan bantuan berpindah
2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
3. Anjurkan melebarkan jarak kaki ketika berjalan

#### **L. Implementasi**

Pelaksanaan atau bisa disebut implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi atau tindakan keperawatan secara langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter & Perry 2016). Pelaksanaan adalah perwujudan dari rencana keperawatan yang disusun pada tahap perencanaan atau setelah penyusunan diagnosis keperawatan dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien untuk meningkatkan status kesehatan.

#### **M. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang digunakan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil dalam meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry 2016). Evaluasi keperawatan dilakukan setelah Tindakan keperawatan yang dilakukan.

## N. Daftar Pustaka

- American Diabetes Association [ADA]. (2022). Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*, 40(1), 10–38. <https://doi.org/10.2337/cd22-as0>
- Adri, K., Arsin, A., & Thaha, R. M. (2020). Faktor Risiko Kasus Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetik Di Rsud Kabupaten Sidrap. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 3(1).
- Amanda, S., Rosidin, U., & Permana, R. H. (2020). Pengaruh pendidikan kesehatan senam diabetes melitus terhadap pengetahuan kader kesehatan. *Media Karya Kesehatan*, 3(2).
- Arrum, Figustria Dewi Mentar. (2020). *Penerapan Edukasi Perawatan Kaki Diabetes Melitus pada Keluarga dengan Penderita Diabetes melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I*. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Barus, R. H., Nababan, D., & Tarigan, F. L. (2020). Pengaruh Konseling Dengan Media Lembar Balik Dan Brosur Terhadap Pengetahuan Tentang Gaya Hidup Pada Pasien Dm Tipe 2 Di Poli Rawat Jalan Rsud Deli Serdang. *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, 3(2), 259-266.
- Brunner & Suddarth. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGG
- Damayanti, S. (2016). *Diabetes Melitus & Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Daulay, N. M., & Hidayah, A. (2021). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 6(1), 22-26.
- Decroli, E. (2019). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Padang: Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Dewi, Ariska Kurnia. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diabetes Melitus Di Rsud Panembahan Senopati Bantul*.\_Diploma thesis, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- Feriadi, A., Purwanti, E., & Novyriana, E. (2020). Gambaran tingkat penerapan prinsip etik keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(1). Link: <http://ejournal.unimugo.ac.id/JIKK/article/view/426/216>
- IDF. (2019). *Diabetes Atlas*.
- IDF Diabetes Atlas. (2017). *International Diabetes Federation. Eighth edition 2017* (8th editio).

- Idris, D. N. T., & Kurnia, E. (2017). Faktor Alat Bantu Jalan Dengan Resiko Jatuh Pada Lansia Di Posyandu Lansia Rw 04 Kelurahan Bangsal Kota Kediri. *JURNAL STIKES RS Baptis Kediri*, 10(2).
- Induniasih & Hendarsih Sri. (2016). *Metodologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Baru.
- International Diabetes melitus Federation*. (2017). Diabetes melitus Atlas Eight Edition
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. In Riset Kesehatan Dasar 2018 (pp. 182–183).
- Kristiani, R. B. (2018). Pengaruh Range of Motion Exercise terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Wilayah Puskesmas Sidotopo Surabaya. *Jurnal Ners Lentera*, 5(2), 149-155.
- Lathifah, N. L. (2017). Hubungan durasi penyakit dan kadar gula darah dengan keluhan subyektif penderita diabetes melitus. *Jurnal berkala epidemiologi*, 5(2), 231-239.
- Munali, dkk. (2019). Edukasi Kesehatan: Perawatan Kaki Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Pencegahan Ulkus Kaki Diabetik. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis*. No 1 Vol 4 <https://www.ejournal.unair.ac.id/CMSNJ/article/view/13241> diakses pada 19 Mei 2022 pukul 08.45 WIB
- Nindawi, N., Susilawati, E. F., & Iszakiyah, N. (2021). Efektifitas Latihan Range of Motion (ROM) Aktif terhadap Tonus Otot Ekstremitas bawah dan Rentang Gerak Sendi pada Lansia. *Wiraraja Medika: Jurnal Kesehatan*, 11(1), 1-9.
- Nugroho, W. (2014). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prasetya, C. H. (2015). Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang hipertensi. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 15(1), 67-74.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2011). Konsensus Pengelolaan Diabetes Melitus di Indonesia. Jakarta: PB PERKENI.
- PERKENI. (2019). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia. Jakarta: PB PEERKENI
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 181–222.

[http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK_No_57_Tahun_2013_tentang_PTRM.pdf)



# **ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI**

**Hartin Suidah, S.Kep., Ns., M.Kes**





# ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI

Hartin Suidah, S.Kep., Ns., M.Kes

## A. KONSEP HIPERTENSI

### 1. PENDAHULUAN

Hari Hipertensi Sedunia atau *World Hypertension Day* diperingati setiap tanggal 17 Mei. Pada tahun 2022 ini peringatan hari Hipertensi mengambil tema "***Measure Your Blood Pressure Accurately, Control It, Live Longer***". Pada prinsipnya tujuan dari peringatan ini adalah selalu mengingatkan baik para penderita hipertensi ataupun orang yang sehat untuk terus melakukan pemantauan tekanan darah secara benar, tepat, serta akurat. Hipertensi selalu menjadi sumber masalah yang sifatnya global, merupakan faktor risiko dari beberapa penyakit metabolik seperti jantung, stroke, gagal ginjal, diabetes, dan bila fatal akan mengakibatkan kematian (Unit Pelayanan Kesehatan Kemenkes, 2022).

Data Riskesdas tahun 2013 hingga 2018 melaporkan bahwa 25,8-34,1% populasi usia dewasa di Indonesia memiliki tekanan darah tinggi. Semakin tinggi tekanan darah, semakin besar pula angka disabilitas, morbiditas, dan mortalitas yang diakibatkan oleh hipertensi. Menurut catatan Badan Kesehatan Dunia atau WHO tahun 2011, satu milyar orang di dunia menderita hipertensi, dua pertiga di antaranya berada di Negara berkembang yang berpenghasilan rendah atau sedang. Prevalensi hipertensi akan terus meningkat tajam diprediksikan pada tahun 2025 nanti sekitar 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi. Hipertensi telah mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun. 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara, yang sepertiga populasinya menderita hipertensi. Berdasarkan Riskesdas 2013 prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Indonesia adalah sebesar 25,8%. Prevalensi hipertensi tertinggi di provinsi Bangka Belitung (30,9%), dan terendah di provinsi Papua (16,8%). Metode skrining dengan cara yang benar diperkirakan mampu menjadi salah satu solusi untuk mencapai pencegahan primer yang efektif, sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, serta menyediakan landasan yang tepat dalam penyusunan kebijakan publik (Dede Rina, Nita Fitria, 2021).

### 2. DEFINISI HIPERTENSI

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah

140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung. Menurut WHO, Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (Sumaryati, 2018)

### **3. ETIOLOGI**

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi:

#### **a. Hipertensi Primer atau hipertensi esensial**

Hipertensi primer atau hipertensi esensial disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya, faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi primer atau hipertensi esensial yaitu:

##### **1) Genetik**

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini, karena faktor genetic tersebut tidak dapat dikendalikan jika memiliki riwayat keluarga yang memiliki tekanan darah tinggi.

##### **2) Jenis Kelamin**

Laki - laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Jika usia bertambah maka tekanan darah meningkat, faktor ini tidak dapat dikendalikan serta jenis kelamin laki - laki lebih tinggi dari pada perempuan

##### **3) Diet**

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi. Jika garam yang yang dikonsumsi berlebihan maka ginjal yang bertugas untuk mengolah garam akan menahan cairan lebih banyak di dalam tubuh, sehingga cairan yang banyak akan menyebabkan peningkatan pada volume darah. Beban yang dibawah oleh pembuluh darah inilah yang menyebabkan adanya peningkatan tekanan darah di dalam dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan tekanan darah meningkat.

##### **4) Berat Badan**

Faktor ini dapat dikendalikan dimana bisa menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas (>25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

##### **5) Gaya Hidup**

Faktor ini dapat dikendalikan pada klien dengan pola hidup sehat, dengan menghindari faktor pemicu yaitu merokok. Kebiasaan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus juga dapat meningkatkan

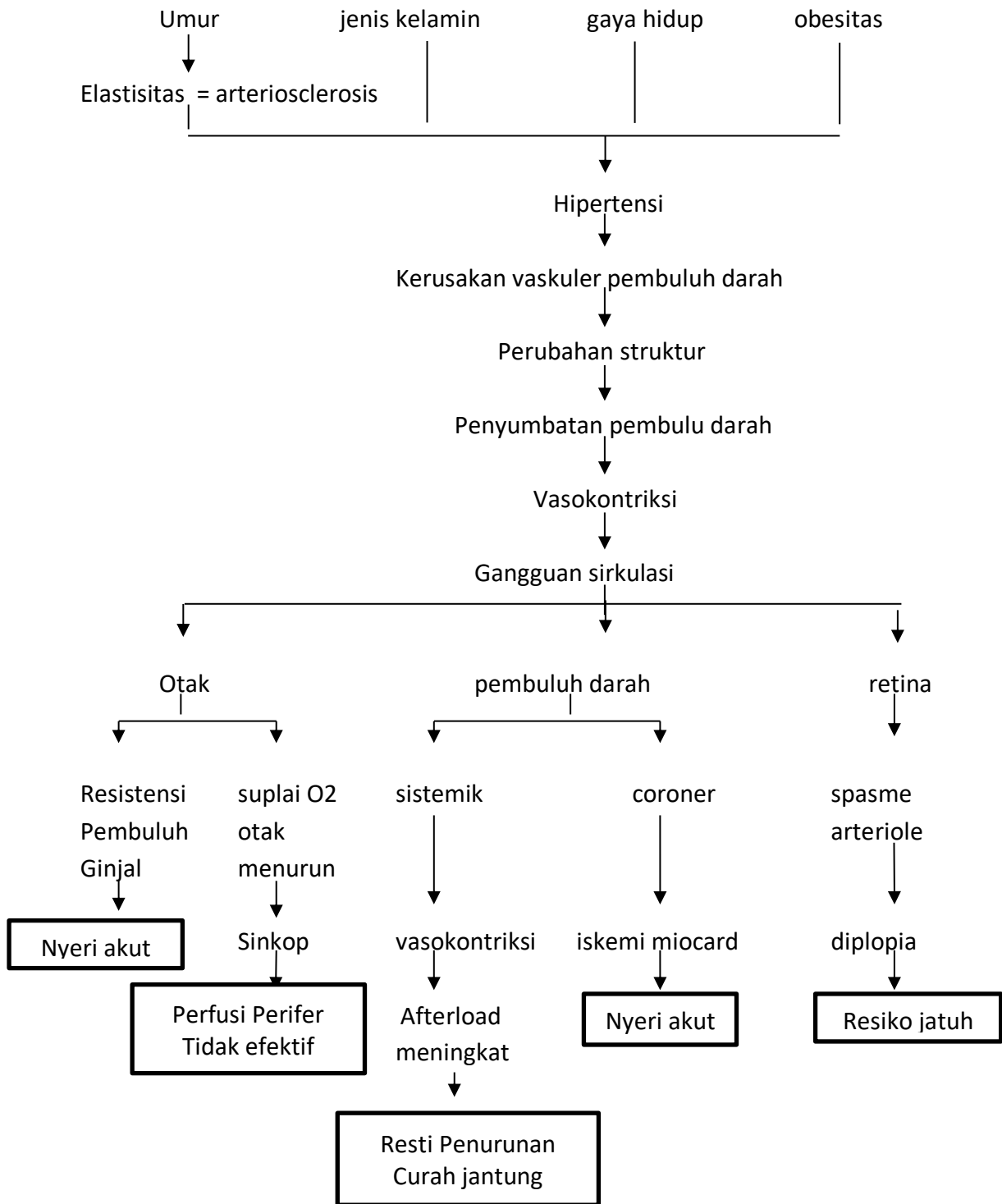
tekanan darah. Sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah dalam batas stabil dan pelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah dimana kondisi tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh penyakit tertentu. Sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti, penyakit ginjal atau gangguan tiroid, hipertensi endokrin, hipertensi renal, kelainan saraf pusat yang dapat mengakibatkan hipertensi dari penyakit tersebut karena hipertensi sekunder yang terkait dengan ginjal disebut hipertensi ginjal (renal hypertension) (Sumaryati, 2018)

#### 4. PATOFISIOLOGI

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls dan bergerak kebawah melalui system saraf sympatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya neuropinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut terjadi. Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi, medulla adrenal menyereksi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Konteks adrenal menyereksi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan menyebabkan pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosterone oleh konteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume instravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi.



(Apriyani Puji Hastuti, 2022)

## 5. MANIFESTASI KLINIS

Beberapa manifestasi klinis atau tanda gejala yang dapat ditemukan pada penderita hipertensi yaitu :

- a. Sakit kepala, muncul pada hipertensi dipicu oleh peningkatan aliran darah menuju otak, darah yang banyak pada kepala dapat meningkatkan tekanan darah dan mengakibatkan rasa sakit pada kepala
- b. Penglihatan akan kabur akibat kerusakan retina mata karena hipertensi
- c. Jantung berdebar-debar, seseorang yang menderita tekanan darah tinggi berisiko terkena aterosklerosis atau penyempitan dan pengerasan pembuluh darah. Akibatnya adalah jantung akan berdebar-debar saat memompa darah keseluruh tubuh
- d. Mudah Lelah, karena diakibatkan oleh penyempitan pembuluh darah sehingga jantung memompa aliran darah secara cepat maka akan membuat tubuh menjadi mudah lelah

(Sumaryati, 2018)

## 6. KOMPLIKASI

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita hipertensi diantaranya adalah v:

- a. Jantung coroner  
Saat pembuluh darah menyempit akibat tersumbat oleh plak maka aliran darah akan menjadi tidak lancar sehingga jantung dipaksa untuk memompa darah lebih keras, hal ini mengakibatkan tekanan darah meningkat
- b. Retinopati  
Hipertensi mengakibatkan retina pada mata menebal lalu menyebabkan pembuluh darah menjadi sempit dan mengakibatkan aliran darah ke retina mata menjadi berkurang. Jika tekanan darah terus meningkat maka retina mata akan terganggu bisa mengakibatkan kerusakan saraf pada mata dan bisa menyebabkan kebutaan.
- c. Gagal ginjal kronik  
Hipertensi bisa mengakibatkan kerusakan arteri pada organ ginjal, jika dibiarkan maka arteri pada sekitar organ ginjal akan menyempit maka akan mengalami kelemahan dan mengeras bisa menyebabkan gagal ginjal kronik karena organ ginjal tidak berfungsi.
- d. Stroke  
Dapat terjadi pada hipertensi kronis akibat adanya perdarahan arteri di otak yang menyebabkan penebalan dan hipermetropi
- e. Gagal jantung  
Hipertensi yang berkepanjangan dan tidak diatasi dapat menyebabkan perubahan pada struktur miokard, pembuluh darah coroner dan system konduksi jantung dan jika dibiarkan maka perubahan tersebut menyebabkan perkembangan hipertrofi pada ventrikel kiri, penyakit arteri coroner, berbagai

penyakit sistem konduksi, serta disfungsi sistolik dan diastolik dari miokardium yang ditandai dengan angina atau infark miokard, aritmia jantung dan gagal jantung kongestif.

(Sumaryati, 2018)

## **7. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Menurut Manuarang (2018) pemeriksaan penunjang dilakukan pada pasien hipertensi antara lain:

- a. Hemoglobin atau hematokrit bukan diagnostic tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengidentifikasi faktor-faktor resiko seperti anemia
  - b. BUN atau kreatinin memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal
  - c. Glukosa atau hiperglikemia merupakan pencetus hipertensi, dapat diakibatkan peningkatan ketoalamin (meningkatnya hipertensi)
  - d. Kalium serum karena peningkatan kadar kalium dapat meningkatkan hipertensi
  - e. Urinalisa terdiri dari darah, protein, glukosa, diisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes
  - f. Pemeriksaan hipertiroid karena menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
  - g. Foto thorax untuk mengetahui obstruksi pada area katub dan adanya pembesaran jantung
  - h. EKG untuk mendeteksi adanya disfungsi jantung
- (Apriyani Puji Hastuti, 2022)

## **8. PENATALAKSANAAN**

### **a. Farmakologi**

Terapi obat bagi penderita hipertensi sebagai berikut :

- 1) Propranolol mulai dari 10 mg 2x sehari yang dinaikkan 20 mg 2x sehari (kontraindikasi untuk penderita asma)
- 2) Nifedipine mulai dari 5 mg 2x sehari, bisa dinaikkan 10 mg 2x sehari
- 3) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5 – 25 mg/hari dengan dosis tunggal pada pagi hari (pada hipertensi dalam keadaan kehamilan, hanya digunakan bila disertai hemokonsentrasi atau edema paru)
- 4) Reserpine 0,1 – 0,25 mg/hari sebagai dosis tunggal
- 5) Kaptopril 12,5 – 25 mg sebanyak 2-3 x sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan penderita asma)

### **b. Non farmakologi**

Langkah awal untuk penderita hipertensi adalah mengubah pola hidup sehat dengan cara sebagai berikut :

- 1) Berolahraga aerobik yang tidak terlalu berat
- 2) Berhenti merokok

- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya
- 4) Menghindari konsumsi alkohol
- 5) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol tinggi
- 6) Menurunkan berat badan sampai batas ideal

(Apriyani Puji Hastuti, 2022)

## **B. KONSEP NYERI AKUT**

### **1. DEFINISI**

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2016).

### **2. ETIOLOGI**

Menurut Pokja & SDKI (2016) penyebab nyeri akut antara lain:

- a. Agen pencedera fisiologis: Inflamasi, iskemia, neoplasma
- b. Agen pencedera kimiawi: terbakar, bahan kimia, iritan
- c. Agen pencedera fisik: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma Latihan fisik berlebihan.

(PPNI, 2016)

### **3. BATASAN KARAKTERISTRIK**

Batasan karakteristik nyeri akut dibagi menjadi data mayor dan data minor:

- a. Data mayor
  - 1) Mengeluh nyeri
  - 2) Tampak meringis
  - 3) Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
  - 4) Gelisah
  - 5) Frekuensi nadi meningkat
  - 6) Sulit tidur
- b. Data minor
  - 1) Tekanan darah meningkat
  - 2) Pola nafas berubah
  - 3) Nafsu makan berubah
  - 4) Proses berfikir terganggu
  - 5) Menarik diri
  - 6) Berfokus pada diri sendiri
  - 7) Diaphoresis

(PPNI, 2016)

#### 4. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri :

a. Usia

Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa.

b. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang dalam memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

c. Ansietas

Hubungan nyeri dan ansietas bersikap kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri, namun secara umum cara yang efektif menurunkan nyeri yaitu dengan pengarahannya pengobatan daripada ansietas.

d. Gaya coping

Mekanisme coping individu sangat mempengaruhi setiap orang dalam mengatasi nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit merupakan hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak bisa mengontrol lingkungan terhadap nyeri. Klien sering menemukan cara untuk mengatasi efek nyeri baik secara fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber coping individu selama nyeri.

e. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang mengalami nyeri sering bergantung kepada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah.

(Siti Aisyah, 2017)

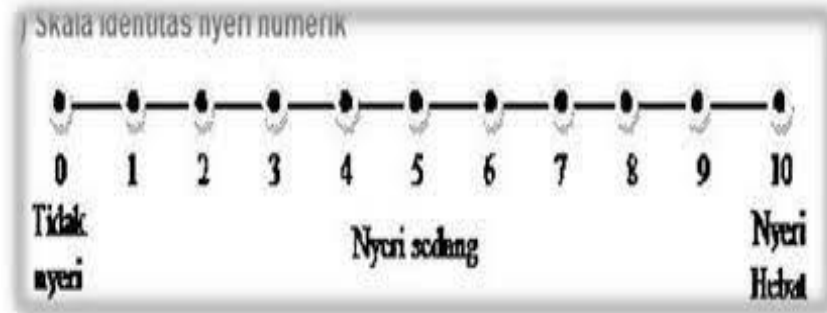
#### 5. PENGUKURAN SKALA NYERI

Macam-macam pengukuran nyeri sebagai berikut :

a. *Numeric Rating Scale* (NRS)

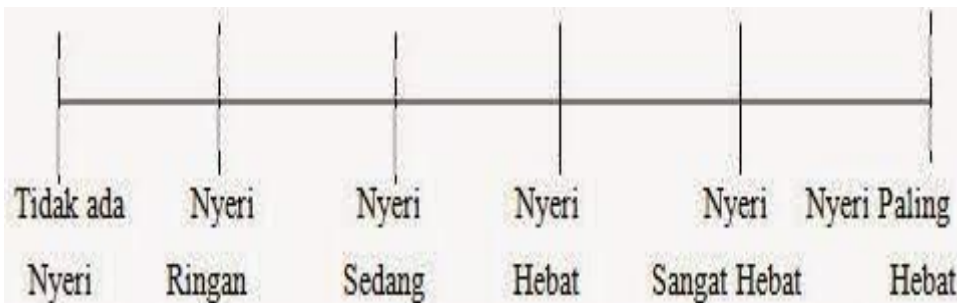
NRS dapat didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS di klaim lebih mudah dipahami, lebih sensitive terhadap jenis kelamin. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan nyeri dengan baik dan teliti

dan dianggap terdapat jarak yang sama antara kata yang menggambarkan efek analgesic. Skala numerik dari 0 hingga 10, dibawah nol merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh suatu nyeri yang sangat hebat.



b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

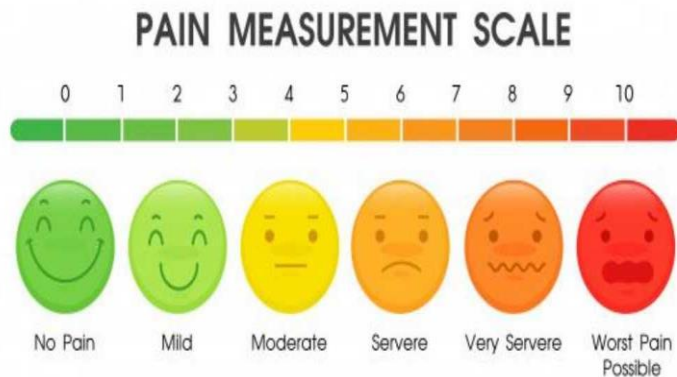
Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang atau redahnya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik atau nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri



c. *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira, tidak ada sakit sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan sakit terburuk. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. *Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun keatas.* Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu

mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognitif atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan oleh perawat.



d. *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*

Merupakan skala nyeri yang dikembangkan oleh Victoria Warden, Ann C. Hurley, dan Ladislav Volicer untuk menyediakan metode universal dalam menganalisis rasa sakit yang dialami oleh orang-orang pada demensia tahap akhir. "Skor total berkisar antara 0-10 poin.

ITEM	0	1	2	SKOR
Bernafas	normal	Kadang sulit bernafas Periode hiperventilasi singkat	Nafas sulit & berbunyi/ Periode hiperventilasi panjang/ Pernafasan Cheyne - Stokes	
Vokalisasi negatif	Tidak ada	Kadang mengerang / pembicaraan terbatas pada ketidaksetujuan	Kesulitan memanggil / meraung keras/ menangis	
Ekspresi fasial	Senyum/ tiada ekspresi	Sedih / takut / mengernyit	Grimas / meringis	
Bahasa tubuh	Rileks	Tegang / distressed pacing / fidgeting	Badan kaku/ tangan mengepal / lutut ditarik / menendang2	
Consolability	Tidak perlu ditenangkan	Bisa ditenangkan dengan suara atau sentuhan	Tidak bisa ditenangkan	

**Skor Total**  
(Siti Aisyah, 2017)

## C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. PENGKAJIAN

Pengkajian pada klien dengan hipertensi merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi dan status terkini klien. Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat, khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala. Masing-masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan meringankan (Abdul muhith, 2016).

Komponen-komponen dalam pengkajian meliputi:

a. Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku atau bangsa, agama.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi umur, nama, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

c. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan Kesehatan meliputi sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, mual dan muntah

d. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien serta PQRST, yaitu:

1) Provoking incident

Merupakan Hal-hal yang menyebabkan bertambahnya atau berkurangnya keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan rasa pusing. Keluhan dirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat.

2) Quality of pain

Merupakan tingkat keluhan utama seperti apa pusing yang dirasakan atau digambarkan klien.

3) Region

Merupakan lokasi keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tak tertahankan di seluruh bagian kepala, terutama dapat disertai dengan rasa ketidaknyamanan atau tengkuk terasa kaku.

4) Severity (scale)

Merupakan intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya

5) Time

Merupakan lama timbulnya (durasi) keluhan.

e. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat pengkajian dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita penyakit hipertensi, kadar kolestrol yang tinggi, obesitas, dan atau riwayat penyakit jantung. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan.

f. Riwayat keluarga

Menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan.

g. Keadaan umum

Keadaan umum pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler hipertensi dapat dilakukan selintas pandang dengan menilai keadaan fisik. Tiap bagian tubuh perlu dinilai secara umum kesadaran klien composmentis, apatis, somnolen dan sopor atau koma. Seseorang perawat perlu mempunyai pengalaman dan pengetahuan tentang konsep anatomi fisiologi umum sehingga dengan cepat mampu menilai keadaan umum, kesadaran dan pengukuran GCS. Bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penilaian. Pada pemeriksaan keadaan umum klien dengan gangguan system kardiovaskuler hipertensi biasanya didapatkan kesadaran baik atau composmentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi system saraf pusat.

h. Pemeriksaan persistem

1) System pernafasan

Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan kardiopulmonal, tahap dari hipertensi menetap atau berat.

- Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas kerja
- Takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal
- Batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum

2) System kardiovaskuler

- Gejala : riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung coroner, dan penyakit serebrovaskuler. Dijumpai pula episode palpitasi.
- Tanda : kenaikan tekanan darah, hipotensi postural
- Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut, seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis/brakialis
- Frekuensi/irama : takikardi, berbagai disritmia
- Bunyi jantung : terdengar S2 pada dasar, S3 dan S4 (pergeseran ventrikel kiri/hipertropi ventrikel kiri)

- Murmur stenosis valvular
  - Desiran vascular terdengar diatas karotis, vemoralis atau epigastrium
  - Distensi vena jugularis
- 3) System persyarafan
- Test nervus cranial meliputi:
- a) Nervus olfaktorius (N.I)  
Nervus olfaktorius merupakan saraf yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghirup (penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia) atau berkurangnya penciuman (hyposmia)
  - b) Nervus optikus (N.II)  
Penangkap rangsang cahaya ialah sel dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus
  - c) Nervus okulomotorius, trochearis, abduksen (N, III,IV,VI)  
Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstrakuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus II mengatur otot pupil.
  - d) Nervus trigeminus (N.V)  
Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (parsio mayor) dan bagian motorik (parsio minor). Bagian motorik untuk otot mengunyah.
  - e) Nervus facialis (N.VII)  
Nervus facialis merupakan saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah, juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.
- 4) System pencernaan
- Pada kasus yang berat, klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena didalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.
- 5) System genitourinaria
- Pengukuran volume keluaran urine yang berhubungan dengan asupan cairan, perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal sari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah. Adanya gangguan ginjal saat ini atau yang telah lalu, seperti infeksi atau obstruksi.

6) System endokrin

Pada kasus biasa, ditemukan adanya kelainan pada sistem endokrin, namun jika telah terjadi komplikasi pada jantung melalui auskultasi, pemeriksaan dapat mendengar bising usus. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid.

7) System integument

Pemeriksaan integument pada klien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit hipertensi yang dialaminya. Tanda-tanda yang dapat ditemukan antara lain:

- a) Kulit pucat merupakan kurang adekuatnya perfusi jaringan
- b) Kebiruan pada mukosa mulut, bibir dan lidah, manifestasi sianosis sentral akibat peningkatan jumlah hemoglobin
- c) Edema ekstermitas
- d) Grimace (tanda kesakitan dan tanda kelelahan)

8) System muskuloskeletal

Terdapat penurunan kekuatan genggam tangan atau refleks tendon dalam. Perubahan retinal optic (dari penyempitan arteri ringan sampai berat dan perubahan sklerotik dengan edema atau papil edema, eksudat dan hemoragik tergantung pada berat atau lamanya hipertensi.

9) System pendengaran

Kebanyakan klien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan pendengaran

10) System penglihatan

Pada mata biasanya terdapat retinopati hipertensif atau gangguan visus mengindikasikan kerusakan pembuluh darah retina yang terjadi akibat komplikasi hipertensi

(Dewi, 2014)

i. Pengkajian pola Gordon meliputi (Nuryanti, A., 2018):

1) Pola aktivitas

Terjadi kelemahan, letih, nafas pendek, dan gaya hidup yang monoton, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan terjadi takipnea, aktivitas terbatas dikarenakan pusing

2) Eliminasi

Pada klien dengan hipertensi dengan peningkatan natrium, biasanya terjadi retensi urin akibat reabsorpsi natrium di tubulus distal meningkat.

3) Personal personal hygiene

Kebersihan tubuh klien kurang karena klien lebih sering beristirahat

- 4) Pola nutrisi  
Biasanya tidak ada masalah mengenai pola nutrisi, namun biasanya pada penderita hipertensi melakukan diet rendah garam
  - 5) Pola tidur dan istirahat  
Pasien biasanya mengalami gangguan tidur akibat nyeri yang dirasakan, sesak dan pusing yang dirasakan
  - 6) Pola sensori, dan kognitif  
Biasanya dalam pola ini tidak mengalami gangguan yang berarti
  - 7) Pola pemeliharaan Kesehatan dan persepsi  
Klien menjelaskan bagaimana persepsi tentang penyakit yang dideritanya
  - 8) Pola konsep diri  
Biasanya klien terlihat lemas dan pucat
  - 9) Pola seksual dan reproduksi  
Biasanya dalam pola ini tidak mengalami gangguan
  - 10) Pola nilai dan kepercayaan  
Pada umumnya pasien tidak memiliki masalah dalam spritual
  - 11) Pola peran dan hubungan  
Biasanya dalam pola ini tidak mengalami gangguan yang berarti
- j. Data psikologis  
Pengkajian riwayat psikologis klien berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampaknya terhadap kehidupan sosial klien. Bagi banyak orang, jantung merupakan symbol kehidupan. Jika klien mempunyai penyakit pada jantungnya baik akut maupun kronis, maka akan dirasakan seperti krisis kehidupan utama. klien dan keluarga menghadapi situasi yang menghadirkan kemungkinan kematian atau rasa takut terhadap nyeri, ketidakmampuan, gangguan harga diri, ketergantungan fisik, serta perubahan pada dinamika peran keluarga.
- k. Data spiritual  
Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini.
- l. Data sosial  
Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dan curah jantung dan dapat disertai insomnia atau kebingungan.

- m. Pengkajian Status Fungsional dengan pemeriksaan Index Katz  
Index Katz merupakan instrument sederhana yang digunakan untuk menilai kemampuan fungsional AKS (Aktifitas Kehidupan Sehari – hari), dapat juga untuk meramalkan prognosis dari berbagai macam penyakit pada lansia. Adapun aktifitas yang dinilai adalah *Bathing, Dressing, Toileting, Transferring, Continence and Feeding*.
- n. Pengkajian *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)  
Pengkajian SPMSQ merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia. Pemeriksaan status mental meliputi pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, ketampilan bahasa, ketrampilan menghitung dan menulis, kemampuan konstruksional
- o. Pengkajian *Mini Mental State Exam* (MMSE)  
MMSE adalah pemeriksaan yang paling sering digunakan untuk mengetahui fungsi kognitif. MMSE dipakai untuk melakukan skrining pada pasien dengan gangguan kognitif, menelusuri perubahan dalam fungsi kognitif dari waktu ke waktu dan seringkali untuk menilai efek dari agen terapeutik pada fungsi kognitif
- p. *Inventaris Depresi Beck*  
*Inventaris Depersi Back* adalah salah satu tes psikometri yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi seseorang.
- q. Apgar Keluarga dengan lansia  
Apgar keluarga dengan lansia adalah alat skrining singkat yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi social lansia.
- r. Pengkajian Resiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)  
Pengkajian resiko jatuh merupakan metode pengukuran resiko pasien untuk jatuh yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada semua pasien, bertujuan memberikan perhatian khusus pada pasien yang beresiko untuk jatuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki resiko untuk jatuh dan meminimalkan atau mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cidera.
- s. Skrining Status Nutrisi *Mini Nutritional Assessment Short-Form* (MNA-SF)  
Merupakan alat yang dikembangkan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status gizi pada lansia untuk mencegah malnutrisi dini dan berguna untuk pengobatan dini sebelum risiko malnutrisi terjadi dan lebih efisien serta membutuhkan waktu pengaplikasian yang singkat.  
Skrining status nutrisi adalah penilaian yang dilakukan untuk menilai tingkat status nutrisi dalam tubuh melalui perhitungan BMI (Dewi, 2014)

## 2. DIAGNOSIS

Nyeri akut (D.0077) (PPNI, 2016)

## 3. INTERVENSI

(PPNI, 2017)

DIAGNOSA	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Nyeri akut	<b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Keluhan nyeri menurun</li><li>2. Meringis menurun</li><li>3. Sikap protektif menurun</li><li>4. Gelisah menurun</li><li>5. Kesulitan tidur menurun</li><li>6. Frekuensi nadi membaik</li><li>7. Frekuensi napas membaik</li><li>8. Tekanan darah membaik</li></ol>	<b>A. Manajemen Nyeri (I.08238)</b>
		<b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li><li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li><li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li><li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li><li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li><li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li></ol> <b>Terapeutik:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li><li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li><li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam memilih strategi meredakan nyeri</li></ol> <b>Edukasi:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li><li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li><li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li></ol> <b>Kolaborasi:</b> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
		<b>B. Pemberian Analgetik (I. 08243)</b>
		<b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi karakteristik nyeri</li><li>2. Identifikasi riwayat alergi obat</li><li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgetik</li><li>4. Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetik</li><li>5. Monitor efektifikasi analgetik</li></ol> <b>Terapeutik:</b>

1. Diskusikan jenis analgetik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
3. Tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respons pasien
4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan

**Edukasi:**

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

**Kolaborasi:**

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi

#### **4. IMPLEMENTASI**

Implementasi keperawatan merupakan proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Terdapat 2 tindakan dalam tahap pelaksanaan yaitu Tindakan mandiri dan Tindakan kolaborasi. Terdapat tindakan yang dapat menanggulangi gangguan komunikasi verbal pada pasien sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan (Abdul muhith, 2016)

#### **5. EVALUASI**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi yang dilakukan pada pasien nyeri akut untuk mengukur tentang kemampuan pasien dalam menurunkan nyeri (Abdul muhith, 2016)

#### D. DAFTAR PUSTAKA

- Abdul muhith, sandu siyoto. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Penerbit CV Andi Offset.
- Apriyani Puji Hastuti. (2022). *HIPERTENSI* (edisi 2). Penerbit Lakeisha Srikaton Pucang Miliran Jateng. website: [www.penerbit.lakeisha.com](http://www.penerbit.lakeisha.com)
- Dede Rina, Nita Fitria, H. (2021). LITERATURE REVIEW HUBUNGAN ANTARA TIPE KEPERAWATAN DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI. *JURNAL KEPERAWATAN KOMPREHENSIF*, 7(Vol. 7 No. 1 (2021)).
- Dewi, S. R. (2014). *BUku Ajar Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Deepublish.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)* (1st ed.).
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Siti Aisyah. (2017). Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1).
- Sumaryati, M. (2018). STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KELUARGA NY" M" DENGAN HIPERTENSI DIKELURAHAN BAROMBONG KECAMATAN TAMALATE KOTA MAKASSAR. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2), 1379–1383. <https://akper-sandikarsa.e-journal.id>
- Unit Pelayanan Kesehatan Kemenkes. (2022). *Hari Hipertensi Sedunia 2022*. <https://Upk.Kemkes.Go.Id/New/Hari-Hipertensi-Sedunia-2022>.



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK  
PADA LANSIA YANG MENGALAMI  
OSTEOARTHRITIS DENGAN MASALAH  
HAMBATAN MOBILITAS FISIK**

**Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep**





# ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA YANG MENGALAMI OSTEOARTHRITIS DENGAN MASALAH HAMBATAN MOBILITAS FISIK

Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

## A. Pendahuluan

Proses menua merupakan proses alami tubuh yang berlangsung secara terus menerus yang dapat menyebabkan perubahan anatomi fisiologis sehingga dapat mempengaruhi kemampuan fisik secara keseluruhan. Osteoarthritis (OA) merupakan salah satu jenis penyakit sendi yang dapat diakibatkan karena proses penuaan normal sekaligus peradangan pada tulang rawan sendi, dengan gejala utama nyeri dan kaku pada persendian yang menyebabkan penderita mengalami gangguan pada alat gerak yang mengakibatkan masalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik ini menyebabkan lansia membatasi aktivitas yang dikemudian hari akan mengarah pada penurunan mobilitas (Ningrum, 2021).

Prevalensi Osteoarthritis di dunia tahun 2020 pada orang usia 15 tahun adalah 16%, sedangkan yang berada di atas usia 40 tahun prevalensinya sebesar 22%. Sekitar 654,1 juta penduduk dunia yang berusia > 40 memiliki 2 permasalahan persendian (Cui et al., 2020). Diperkirakan 25% dari populasi orang dewasa, atau lebih dari 50 juta orang di AS, akan terkena penyakit ini pada tahun 2020, dan terus meningkat hingga tahun 2040 dengan indikasi lebih dari 25,9% akan mengalami kelumpuhan atau kecacatan dan OA itu akan menjadi penyebab utama morbiditas dan keterbatasan fisik antara individu di atas usia 40 (Chen et al., 2017). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia tahun 2018 pada usia  $\geq$  15 tahun rata-rata prevalensi penyakit sendi sebesar 74,81%. Provinsi Aceh merupakan provinsi dengan prevalensi osteoarthritis tertinggi yaitu sekitar 13,26% dan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Sulawesi Barat yaitu sekitar 3,16%, sedangkan di Jawa Timur angka prevalensinya yaitu sekitar 6,72%. Osteoarthritis paling banyak terjadi pada individu dengan usia 75 tahun ke atas yaitu 18,95% dan jenis kelamin perempuan mempunyai prevalensi tertinggi yaitu 8,46% dan untuk laki-laki memiliki angka prevalensi 6,13%. Sedangkan dari karakteristik pekerjaan, prevalensi tertinggi pada Petani (9,90%) dan penduduk yang berasal dari pedesaan sekitar 7,8% (Riskesdas, 2018).

Osteoarthritis dipengaruhi oleh faktor risiko seperti proses penuaan, genetik, kegemukan dan penyakit metabolik, cedera sendi, Jenis kelamin, kelainan anatomi, pekerjaan, dan penyakit inflamasi sendi. Masalah fisiologis pada lanjut usia dengan osteoarthritis adalah nyeri dan kaku pada sendi. Dampak nyeri dan kaku sendi pada penderita osteoarthritis menyebabkan kelelahan yang hebat, menurunkan rentang gerak tubuh dan nyeri saat bergerak sehingga mengakibatkan masalah gangguan

mobilitas fisik. Penderita osteoarthritis yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang tidak tertangani akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan karena tidak mampu melakukan aktivitas fisik secara mandiri dan terarah serta dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita (Wati, 2022).

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat terhadap pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi berupa observasi yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan, monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas, monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, terapeutik yaitu fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, edukasi yaitu jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), pengaturan posisi berupa observasi yaitu monitor status oksigenasi dan terapeutik yaitu motivasi melakukan ROM aktif atau pasif serta hindari gerakan menempatkan partisipan yang dapat meningkatkan nyeri (PPNI, 2018).

## **B. Konsep Osteoarthritis**

### **1. Definisi**

Osteoarthritis berasal dari bahasa Yunani yaitu osteo yang berarti tulang, arthro yang berarti sendi, dan itis yang berarti inflamasi. Osteoarthritis ialah suatu penyakit sendi menahun yang ditandai oleh adanya kelainan pada tulang rawan (kartilago) sendi dan tulang di dekatnya. Tulang rawan (kartilago) adalah bagian dari sendi yang melapisi ujung dari tulang, untuk memudahkan pergerakan dari sendi. Kelainan pada kartilago akan berakibat tulang bergesekan satu sama lain, sehingga timbul gejala kekakuan, nyeri dan pembatasan gerakan pada sendi yang mengakibatkan gangguan mobilitas fisik (Ismaningsih & Selviani, 2018).

Osteoarthritis adalah bentuk yang paling umum dari artritis, paling sering terjadi di tangan, pinggul, dan lutut. Tulang rawan dalam sendi mulai rusak, dan tulang di bawahnya mulai berubah. Ini perubahan biasanya berkembang perlahan, memburuk waktu, dan menyebabkan rasa sakit, kaku, dan bengkak (CDC, 2020).

Osteoarthritis (OA) adalah sebuah penyakit yang timbul akibat kerusakan jaringan tulang rawan yang melapisi tulang, sehingga tulang saling berbenturan ketika digerakkan (Kemenkes, 2021).

Osteoarthritis (OA) adalah penyakit inflamasi kronis di sendi akibat kerusakan pada kartilago. Beberapa ahli menyebut osteoarthritis sebagai penyakit sendi degeneratif atau arthritis "keausan" (Sen R, 2022).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa osteoarthritis merupakan suatu penyakit sendi yang timbul akibat kerusakan tulang rawan, sering terjadi di tangan, pinggul dan lutut yang menimbulkan gejala kekakuan, nyeri dan pembatasan gerakan pada sendi yang mengakibatkan gangguan mobilitas fisik.

## 2. Klasifikasi

Menurut Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2014), dengan judul Rekomendasi IRA untuk Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis tahun 2014, osteoarthritis dibedakan berdasarkan lokasi sendi yang terkena, yaitu:

### a. OA tangan

Biasanya terjadi pada usia > 45 tahun dan lebih banyak terjadi pada wanita postmenopause. Pada OA tangan sendi yang terkena yaitu sendi distal interfalang, proksimal interfalang, dan karpometakarpal.

### b. Osteoarthritis sendi lutut

Pada OA lutut dapat menyerang medial tibiofemoral, lateral tibiofemoral, dan bagian femoropatellar.

### c. OA panggul/koksa

Lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding wanita. Osteoarthritis panggul dapat terjadi unilateral atau bilateral. Nyeri dapat dirasakan di panggul saat berdiri dan dapat menjalar kebawah menuju bagian anterior. OA panggul ini bersifat destruktif.

### d. OA vertebra

Biasanya mengenai vertebra servikal dan lumbal dimana osteofit pada vertebra dapat menyebabkan penyempitan foramen vertebra lalu menekan serabut saraf dan menyebabkan nyeri punggung hingga pinggang.

### e. OA kaki dan pergelangan kaki

Umumnya mengenai sendi I metatarsofalang. Dapat terjadi bursitis dan deformitas valgus. Pada gambaran radiologi ditemukan osteofit dan dapat terjadi pada usia < 40 tahun.

### f. OA bahu

Osteoarthritis ini paling jarang ditemukan. Nyeri terjadi saat pergerakan dan sulit di lokalisasi.

### g. OA siku

Osteoarthritis siku terjadi karena paparan getaran berulang, trauma, dan metabolik artropati.

### h. OA temporomandibular

OA temporomandibular ditandai dengan krepitasi, nyeri saat chewing.

### 3. Etiologi

Etiologi osteoarthritis dikelompokkan menjadi primer dan sekunder. Osteoarthritis primer disebabkan oleh degenerasi kartilago tanpa penyebab yang jelas, sedangkan osteoarthritis sekunder disebabkan degenerasi akibat penyakit lain yang mendahuluinya (Yunus et al., 2020). Faktor predisposisi osteoarthritis menurut Whelan, C., Heitz, D., & Higuera., (2021) meliputi:

a. Penuaan

Salah satu faktor risiko OA yang paling umum dan terkuat adalah penambahan usia/ proses penuaan. Prevalensi dan beratnya osteoarthritis semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Osteoarthritis hampir tak pernah pada anak-anak, jarang pada umur dibawah 40 tahun dan sering pada umur diatas 60 tahun.

b. Genetik

Faktor herediter juga berperan pada timbulnya osteoarthritis missal, pada ibu dari seorang wanita dengan osteoarthritis pada sendi-sendi inter falang distal terdapat dua kali lebih sering osteoarthritis pada sendi-sendi tersebut, dan anak-anaknya perempuan cenderung mempunyai tiga kali lebih sering dari pada ibu dan anak perempuan dari wanita tanpa osteoarthritis

c. Kegemukan dan penyakit metabolik

Hubungan antara obesitas dan OA telah lama diakui. Pasien dengan obesitas mengembangkan OA lebih awal dan memiliki gejala yang lebih parah, risiko infeksi yang lebih tinggi dan lebih banyak kesulitan teknis untuk operasi penggantian sendi total dikarenakan berkaitan dengan sendi yang menanggung beban lebih berat. Berat badan yang berlebih ternyata dapat meningkatkan tekanan mekanik pada sendi penahan beban tubuh, dan lebih sering menyebabkan osteoarthritis lutut. Kegemukan ternyata tidak hanya berkaitan dengan osteoarthritis pada sendi yang menanggung beban, tetapi juga dengan osteoarthritis sendi lain. diduga terdapat faktor lain (metabolik) yang berperan pada timbulnya kaitan tersebut antara lain penyakit jantung koroner, diabetes melitus dan hipertensi.

d. Cedera Sendi

Cedera sendi adalah penyebab utama OA pada dewasa muda, meningkatkan risiko OA lebih dari empat kali lipat. Laporan klinis terkini menunjukkan bahwa 41%–51% peserta dengan cedera sebelumnya memiliki tanda radiografi OA di tahun-tahun berikutnya artinya kejadian cedera berulang dapat menjadi faktor penentu lokasi pada orang yang mempunyai predisposisi osteoarthritis dan berkaitan pulan dengan perkembangan dan beratnya osteoarthritis.

e. Jenis Kelamin

Wanita lebih sering terkena osteoarthritis lutut dan sendi, dan lelaki lebih sering terkena osteoarthritis paha, pergelangan tangan dan leher. Secara keeluruhan dibawah 45 tahun frekuensi osteoarthritis kurang lebih sama pada laki dan wanita tetapi diatas 50 tahun frekuensi osteoarthritis lebih banyak pada wanita dari pada pria hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada patogenesis osteoarthritis.

f. Kelainan Anatomi

Kelainan anatomi seperti kelainan pada pertumbuhan tulang paha seperti penyakit perthes dan dislokasi kongenitas tulang paha dikaitkan dengan timbulnya osteoarthritis paha pada usia muda.

g. Pekerjaan berat

Bekerja dengan beban rata-rata 24,2 kg, lama kerja lebih dari 10 tahun dan kondisi geografis berbukit-bukit merupakan faktor resiko dari osteoarthritis lutut. Dan orang yang mengangkat berat beban 25 kg pada usia 43 tahun, mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadinya osteoarthritis dan akan meningkat tajam pada usia setelah 50 tahun.

h. Penyakit inflamasi/peradangan sendi

Akibat infeksi (arthritis rematoid, infeksi akut, infeksi kronis) dapat menimbulkan reaksi peradangan dan pengeluaran enzim perusak matriks rawan sendi oleh membran sinovial dan sel-sel radang. Penyebab lain joint malalignment, pada akromegali karena pengaruh hormon pertumbuhan, maka rawan sendi akan menebal dan menyebabkan sendi menjadi tidak stabil/ seimbang sehingga mempercepat proses degenerasi.

i. Tingginya kepadatan tulang

Tingginya kepadatan tulang merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya osteoarthritis.

#### 4. Patofisiologi

OA disebabkan oleh perubahan biomekanikal dan biokimia tulang rawan yang terjadi oleh adanya penyebab multifaktorial antara lain karena faktor umur, stress mekanis, atau penggunaan sendi yang berlebihan, defek anatomik, obesitas, genetik, humoral dan faktor kebudayaan, dimana akan terjadi ketidakseimbangan antara degradasi dan sintesis tulang rawan. Ketidakseimbangan ini menyebabkan pengeluaran enzim-enzim degradasi dan pengeluaran kolagen yang akan mengakibatkan kerusakan tulang rawan sendi dan sinovium (sinovitis sekunder) akibat terjadinya perubahan matriks dan struktur. Komposisi matriks ekstraseluler pada tulang rawan sendi berperan penting dalam menyokong fungsi sendi sebagai penahan beban mekanik. Degradasi komponen matriks merupakan mekanisme utama terjadinya osteoarthritis, dimana terjadi kerusakan matriks ekstraseluler pada tulang rawan

sendi, sehingga tidak dapat lagi berfungsi sebagaimana mestinya. Perubahan awal biokimia pada penyakit sendi degeneratif selalu diawali dari kartilago artikular, dimana hilangnya proteoglikan dari matrix sehingga kartilago melunak (chondromalacia) dan hilangnya elastisitas normal yaitu kemampuannya untuk shock absorbing. Ditambah kandungan kolagen berkurang sehingga mudah terjadi friksi dari fungsi sendi. Hal ini menyebabkan lapisan tangensial kartilago berakselerasi dan bagian vertikal dalamnya berpisah, dengan konsekuensinya terjadi fissuring dan fibrillation (Chow & Chin, 2020).

Karakteristik fenomena pada osteoarthritis banyak disebabkan aktivitas selular dan metabolik pada kartilago, tidak saja bertambah selularitas sel tetapi kondrosit tua sekali lagi mengalami pemisahan melewati proses mitosis sel. Hal ini mengaktifkan kondrosit mensintesa proteoglikan dan kolagen lebih cepat. Namun, kandungan proteoglikan berkurang karena kerusakan progresif oleh protease lisosomal (cathepsin) dan metaloproteinase netral seperti kolagenase. Pada bagian tengah permukaan sendi lutut, dimana letak stress dan friksi paling besar, tulang subkondral mengalami eburnasi dan hipertrofi. Eburnasi adalah suatu proses dimana permukaan sendi yang harusnya dilapisi oleh kartilago artikuler, namun kartilago tersebut terkikis sampai tulang subkondral. Sehingga tulang subkondral menjadi permukaan sendi, yang kemudian menjadi halus dan mengkilat seperti gading. Proses hipertrofi tulang subkondral akan memberikan gambaran radiografik densitas tinggi (sklerotik). Sedangkan pada bagian pinggir/perifer permukaan sendi lutut, stress yang diterima minimal. Hal ini menyebabkan tulang subkondral menjadi atrofi dan nampak gambaran radiografik densitas rendah (osteoporotik). Redistribusi stress biomekanik pada sendi akan menyebabkan remodeling tulang subkondral. Tulang akan terkikis pada bagian sentral tetapi terdeposit (oleh osifikasi endokondral lapisan dalam kartilago) di bagian perifer. Kejadian demikian akan memperparah inkongruenitas sendi dan siklus degenerasi (Chen et al., 2017; Yunus et al., 2020).

Pada osteoarthritis awal, dimana ditandai dengan stasis meduler aliran darah, pembengkakan vena dan hipertensi intraosseus. Tekanan yang berlebihan dan beban yang tinggi, terutama pada sendi yang menjadi tumpuan beban tubuh seperti panggul, akan menyebabkan fraktur mikro (fraktur mikro dalam kalsifikasi tulang rawan dan kerusakan pada tulang rawan artikular hialin dan tulang subkondral, dan terbentuknya lesi kistik pada sumsum tulang subkondral). Hal ini dikarenakan adanya degenerasi mukoid dan fibrinosa jaringan lokal akibat mikrofraktur trabekula. Vaskularitas yang meningkat karena reaksi tulang dalam ruang tertutup tersebut menjadi faktor penyebab timbulnya keluhan nyeri. Studi lainnya mengatakan bahwa pada fraktur tulang berkaitan dengan pengaktifan kembali pusat sekunder penulangan (osifikasi), dan osifikasi endokondal, dan keduanya menyebabkan penipisan tulang rawan artikular hialin dari bawah dan

karena itu keduanya memainkan peran penting dalam etiopatogenesis kerusakan struktural osteoarthritis (Chen et al., 2017).

## 5. Manifestasi Klinis

Gejala utama osteoarthritis menurut Yunus, Nordin and Kamal (2020) meliputi:

### a. Nyeri

Pada presentasi klinis, indikator perkembangan OA yang paling awal dan paling umum adalah nyeri kronis di sendi lutut.

**Tabel 6.1. Tahapan nyeri pada osteoarthritis (OA)**

<b>Tahap awal</b>
Rasa sakit yang tajam dan dapat diprediksi, biasanya disebabkan oleh cedera mekanis yang kadang-kadang terbatas aktivitas berdampak tinggi. Efek pada fungsi mungkin tidak signifikan.
<b>Tahap menengah (ringan-sedang)</b>
Nyeri yang lebih sering dengan episode kekakuan yang tidak dapat diprediksi. Rasa nyeri mulai mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari.
<b>Tahap lanjutan</b>
Rasa sakit berdenyut yang konstan, diselingi oleh episode pendek dari rasa sakit yang tidak dapat diprediksi, intens, dan menyiksa yang sangat menghambat fungsi.

### b. Kekakuan Sendi

Kekakuan sendi adalah gejala khas pada OA. Kekakuan sendi dapat direpresentasikan sebagai kesulitan atau ketidaknyamanan selama gerakan karena dirasakan tidak fleksibelnya sendi. Defisiensi permukaan-aktif fosfolipid (SAPL), surfaktan sinovial, memainkan peran penting dalam kekakuan sendi. Kekakuan adalah umumnya paling terlihat langsung di pagi hari, namun mungkin juga terjadi di kemudian hari, terutama setelah periode tidak aktif.

### c. Pembesaran, Pembengkakan Tulang dan berkurangnya rentang gerak

OA menyebabkan pembesaran dan pembengkakan tulang, yang terkadang keduanya terlihat pada sendi yang lebih kecil seperti sendi interphalangeal dan sendi yang lebih besar seperti lutut. Pembengkakan tulang terjadi karena banyak perubahan patologis yang terjadi selama OA, timbul benjolan terdengar suara gesekan saat menggerakkan sendi. Diantara perubahan tersebut adalah edema jaringan lunak, penyumbatan sirkulasi darah, kerusakan kondrosit, peningkatan kepadatan tulang, dan pembentukan perubahan kistik. Perubahan patologis ini memicu remodeling tulang, menyebabkan berbagai hasil seperti osteofitosis marginal, subluksasi sendi, penebalan kapsular, hiperplasia sinovial dan efusi sinovial.

Perubahan pada struktur tulang ini berkontribusi pada berkurangnya rentang aktif keduanya dan gerakan pasif pada pasien biasanya bertambah berat perlahan sejalan dengan penambahan rasa nyeri. Dalam kasus yang parah, kurangnya gerakan dapat menyebabkan fleksi tetap kelainan bentuk pada sendi besar seperti lutut, pinggul, atau siku (Yunus et al., 2020).

## **6. Komplikasi**

Secara umum osteoarthritis bukan suatu penyakit mematikan, tetapi komplikasi yang ditimbulkan dapat menurunkan kualitas hidup, seperti nyeri, kelainan garis sendi, dan penurunan ruang lingkup sendi sehingga memicu keluhan lain seperti gangguan tidur, gangguan kecemasan, depresi, osteonecrosis, infeksi sendi dan saraf terjepit (Whelan, C., Heitz, D., & Higuera., 2021).

## **7. Pemeriksaan Penunjang**

Tidak ada pemeriksaan darah khusus untuk mendiagnosis OA. Pemeriksaan darah membantu menyingkirkan diagnosis lain dan monitor terapi. Pemeriksaan radiologi atau pemeriksaan foto rontgen dilakukan untuk menentukan klasifikasi diagnosis atau untuk merujuk ke ortopaedi (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2014).

## **8. Penatalaksanaan**

Strategi penatalaksanaan pasien dan pilihan jenis pengobatan ditentukan oleh letak sendi yang mengalami OA, sesuai dengan karakteristik masing-masing serta kebutuhannya (CDC, 2020).

Tujuan dari penatalaksanaan OA ini yaitu:

- a. Mengurangi/ mengendalikan nyeri
- b. Mengoptimalkan fungsi gerak sendi
- c. Mengurangi keterbatasan aktivitas fisik sehari-hari (ketergantungan pada orang lain) dan meningkatkan kualitas hidup.
- d. Menghambat progresivitas penyakit.
- e. Mencegah terjadinya komplikasi.

Berdasarkan Perhimpunan Reumatologi Indonesia, (2014) dalam buku Rekomendasi IRA untuk Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis tahun 2014, penatalaksanaan osteoarthritis meliputi beberapa tahap, yaitu:

- a. Tahap Pertama Terapi Non Farmakologi
  - 1) Edukasi pasien (Holden et al., 2022)
  - 2) Program penatalaksanaan mandiri (self-management programs) dengan modifikasi gaya hidup.
  - 3) Bila berat badan berlebih (BMI > 25), anjurkan program penurunan berat badan (minimal penurunan 5% dari berat badan) dengan target BMI 18,5-25.
  - 4) Program latihan aerobik (low impact aerobic fitness exercise).

5) Terapi fisik meliputi Latihan perbaikan lingkup gerak sendi, penguatan otot-otot (quadriceps/pangkal paha) dan alat bantu gerak sendi (assistive devices for ambulation): pakai tongkat pada sisi yang sehat, latihan isometrik.

6) Terapi okupasi meliputi proteksi sendi dan konservasi energi, menggunakan splint dan alat bantu gerak sendi untuk aktivitas fisik.

b. Tahap Kedua Terapi Farmakologi

Terapi Farmakologi lebih efektif bila dikombinasi dengan terapi nonfarmakologi diatas.

1) Pada OA dengan gejala nyeri ringan sampai sedang dapat diberikan salah satu obat:

a) Acetaminophen (kurang dari 4 gram per hari)

b) Obat anti inflamasi non steroid (OAINS)

2) Pada OA dengan gejala nyeri sampai sedang dengan resiko sistem pencernaan (usia > 60 tahun, disertai disertai penyakit komorbid dengan polifarmaka, riwayat ulkus peptikum, riwayat perdarahan saluran cerna, mengkonsumsi kortikosteroid atau antikoagulan) dapat diberikan salah satu obat berikut ini:

a) Acetaminophen (kurang dari 4 gram per hari).

b) Obat anti inflamasi non steroid (OAINS) topical.

c) Obat anti inflamasi non steroid (OAINS) non selektif dengan pemberian obat pelindung gaster (gastro-protective agent).

Obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) harus dimulai dari dosis analgesik yang rendah dan dapat dinaikkan apabila pemberian analgesik dosis rendah respon kurang efektif.

3) Untuk nyeri sedang hingga berat disertai pembengkakan sendi, aspirasi dan tindakan injeksi glukokortikoid intraartikular (misal triamsinolon hexatone 40mg) untuk penanganan nyeri jangka pendek (satu sampai 3 minggu) dapat diberikan, selain pemberian obat anti-inflamasi nonsteroid per oral (OAINS).

c. Tahap Ketiga

Indikasi untuk tindakan lebih lanjut adanya kecurigaan atau terdapat bukti adanya artritis inflamasi: bursitis, efusi sendi: memerlukan pungsi atau aspirasi diagnostik dan teurapeutik (rujuk ke dokter ahli reumatologi/ bedah ortopedi dan adanya kecurigaan atau terdapat bukti artritis infeksi (merupakan kasus gawat darurat, resiko sepsis tinggi: pasien harus dirawat di Rumah Sakit).

Segera rujuk ke dokter bedah ortopedi pada:

1) Pasien dengan gejala klinis OA yang berat, gejala nyeri menetap atau bertambah berat setelah mendapat pengobatan yang standar sesuai

dengan rekomendasi baik secara non-farmakologik dan farmakologik (gagal terapi konvensional).

- 2) Pasien yang mengalami keluhan progresif dan mengganggu aktivitas fisik sehari-hari.
- 3) Keluhan nyeri mengganggu kualitas hidup pasien: menyebabkan gangguan tidur (sleeplessness), kehilangan kemampuan hidup mandiri, timbul gejala/gangguan psikiatri karena penyakit yang dideritanya.
- 4) Deformitas varus atau valgus (>15 hingga 20 derajat) pada OA lutut
- 5) Subluksasi lateral ligament atau dislokasi: rekonstruksi retinakular medial, distal patella realignment, lateral release.
- 6) Gejala mekanik yang berat (gangguan berjalan/giving way, lutut terkunci/locking, tidak dapat jongkok/inability to squat): tanda adanya kelainan struktur sendi seperti robekan meniskus: untuk kemungkinan tindakan artroskopi atau tindakan unicompartmental knee replacement or osteotomy/ realignment osteotomies.
- 7) Operasi penggantian sendi lutut (knee replacement: full, medial unicompartmental, patellofemoral and rarely lateral unicompartmental) pada pasien dengan:
  - (a) Nyeri sendi pada malam hari yang sangat mengganggu
  - (b) Kekakuan sendi yang berat
  - (c) Mengganggu aktivitas fisik sehari-hari.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara mengkaji keluhan utama individu dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik *head to toe* secara tepat dan sistematis meliputi:

#### a. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, dan tanggal pengkajian, jika di panti dilengkapi tanggal datang di panti dan lama tinggal di panti.

#### b. Data keluarga

Berisi identitas anggota keluarga klien yang bertanggung jawab terhadap diri klien dalam pengambilan keputusan terkait pembiayaan, permasalahan lansia. Data yang bisa di isi meliputi nama, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat dan nomer telepon.

#### c. Status kesehatan sekarang

- 1) Keluhan utama: keluhan yang dirasakan paling mengganggu oleh klien. Klien dengan osteoarthritis lebih sering mengeluh kaku sendi dan nyeri bila digerakkan.

- 2) Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan: informasi mengenai pengobatan, aktivitas dan terapi dalam mengatasi keluhan yang telah diketahui atau dilakukan oleh klien.
  - 3) Obat-obatan: obat-obatan, herbal dan jamu yang dikonsumsi oleh klien OA dalam kurun waktu 2 minggu terakhir dan pada saat pengkajian dilakukan.
- d. Perubahan terkait proses menua
- Fungsi fisiologis
- 1) Kondisi umum
 

Berisi data tentang apakah klien mengalami kelelahan dimana kondisi yang ditandai oleh kapasitas berkurangnya aktivitas, biasanya disertai dengan perasaan letih dan lemah. Kelelahan dapat akut dan datang mendadak atau kronis. Perubahan BB: kenaikan atau penurunan berat badan klien dibandingkan berat badan sekarang dengan berat badan sebelum pengkajian. Perubahan nafsu makan: perubahan preferensi seseorang terhadap jenis makanan tertentu yang ingin dikonsumsi. Gangguan tidur: suatu kumpulan kondisi yang dicirikan dengan adanya gangguan dalam jumlah, kualitas, waktu tidur pada seorang individu sesuai dengan kebutuhan tidur lansia yaitu 6-7 jam per hari. Kemampuan ADL: kemampuan umum dalam mobilisasi (mandiri atau perlu bantuan).
  - 2) Integumen
 

Berisi data tentang kondisi kulit klien apakah mengalami lesi / luka, pruritus, perubahan pigmen, memar, pola penyembuhan lesi.
  - 3) Hematopoetic
 

Berisi data tentang kondisi klien apakah mengalami perdarahan abnormal, pembengkakan kelenjar limfe, mengalami anemia atau kondisi yang berhubungan dengan darah.
  - 4) Kepala
 

Berisi data tentang kondisi klien yang mengalami sakit kepala, pusing, gatal pada kulit kepala.
  - 5) Mata
 

Berisi data tentang kondisi klien dengan perubahan penglihatan, pakai kacamata, kondisi mata kekeringan, nyeri (dilengkapi pengkajian PQRST), gatal, photobobia, diplopia, riwayat infeksi serta dampak ADL yang beresik efek dari perubahan penglihatan dan gangguan mata pada aktivitas setiap hari, misal: klien mengalami kesulitan mencari benda, klien menjadi sering jatuh, tidak bisa membaca lama, buram melihat jalan, dll.
  - 6) Telinga
 

Berisi data tentang kondisi klien dengan penurunan pendengaran, Discharge, Tinitus, Vertigo, Alat bantu dengar, Riwayat infeksi, Kebiasaan

membersihkan telinga, Dampak pada ADL yang berisi efek dari penurunan pendengaran dan gangguan telinga pada aktivitas setiap hari, misal: klien mengalami kesulitan dalam berkomunikasi, klien mengalami gangguan keseimbangan.

7) Hidung sinus

Berisi data tentang kondisi klien yang mengalami rhinorrhea, discharge, epistaksis, obstruksi, snoring, alergi dan riwayat infeksi.

8) Mulut, Tenggorokan

Berisi data tentang nyeri telan (jika ada dijelaskan dengan PQRST), kesulitan menelan, ada tidaknya lesi, perdarahan gusi, caries, perubahan rasa, gigi palsu, riwayat infeksi, pola sikat gigi.

9) Leher

Berisi data tentang kekakuan, nyeri tekan, ada tidaknya massa atau benjolan.

10) Pernafasan

Berisi data tentang kondisi klien yang mengalami batuk, nafas pendek, hemoptisis, wheezing, asma, bisa ditambahkan tentang frekuensi nafas dan ada tidaknya suara nafas tambahan jika diperlukan.

11) Kardiovaskuler

Berisi data ada tidaknya nyeri dada, palpitasi, dyspnoe, paroximal nocturnal, orthopnea, murmur serta edema.

12) Gastrointestinal

Berisikan data tentang kondisi klien yang mengalami gangguan disphagia, nausea/vomiting, hematemesis, perubahan nafsu makan, massa, jaundice, perubahan pola BAB, melena, hemorrhoid, pola BAB beserta frekuensinya.

13) Perkemihan

Berisi data tentang kondisi klien yang mengalami dysuria, hesitancy, urgency, hematuria, poliuria, oliguria, nocturia, inkontinensia, nyeri saat berkemih (jika ada dijelaskan dengan PQRST), pola BAK serta frekuensinya.

14) Reproduksi

Berisi data tentang kondisi klien laki-laki yang mengalami lesi, discharge, nyeri testis, massa di testis, perubahan gairah sex, impotensi. Dan berisi data tentang kondisi klien perempuan yang mengalami lesi, discharge, perdarahan post koitus, nyeri pelvis, prolaps, riwayat menstruasi, aktivitas seksual serta pemeriksaan pap smear.

15) Muskuloskeletal

Berisi data tentang kondisi klien OA yang mengalami nyeri sendi karena gerakan (disertai dengan PQRST), nyeri tekan memburuk dengan stress

pada sendi, kekakuan sendi pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris limitimasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan, malaise. Keterbatasan ruang gerak (ROM menurun), atrofi otot, kulit: kontraktor/kelainan pada sendi dan otot, adanya deformitas, spasme otot, kekuatan otot menurun atau terjadi kelemahan otot, pembengkakan, serta adanya kram, nyeri punggung, pola latihan dan Dampak ADL menjelaskan dampak gangguan muskuloskeletal pada aktivitas lansia, misal berjalan menjadi terseok, merasa takut bergerak, merasa cemas saat mau bergerak, gerakan tidak terkoordinasi dan menjadi lambat, tremor, tidak nyaman, kesulitan berjalan dan berpindah dll

16) Persyarafan

Berisi data tentang kondisi klien yang mengalami sakit kepala, kejang, kehilangan kesadaran/syncope, tic/tremor, paralysis, paresis dan masalah pada memori.

e. Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual

1) Psikososial

Berisi tentang data cemas, depresi, ketakutan, gangguan tidur/insomnia, kesulitan dalam mengambil keputusan, kesulitan konsentrasi, penjelasan mekanisme koping dan persepsi tentang kematian serta dampaknya pada ADL.

2) Spiritual

Berisi tentang data aktivitas ibadah yang dapat dilakukan dan hambatan jika ada, orang dengan osteoarthritis cenderung sulit untuk melakukan pergerakan saat melakukan ibadah terutama yang mengalami osteoarthritis pada area lutut.

f. Lingkungan

Berisi data tentang penjelasan kondisi kamar, kamar mandi, kondisi dalam rumah dan kondisi luar rumah, baik itu terkait kebersihan, kerapian penataan ruang, ventilasi, dan pencahayaan serta keamanan ruangan bagi lansia.

g. *Negative Functional Cosequences*

1) Kemampuan ADL

Diukur dengan menggunakan indeks barthel apabila diketahui pada pengkajian diatas lansia memiliki hambatan pada pelaksanaan ADL.

2) Aspek Kognitif dengan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Aspek ini diukur apabila pada pengkajian psikososial diketahui klien sulit berkonsentrasi, kehilangan memori.

- 3) Tes Keseimbangan  
Diukur dengan menggunakan *Time Up Go Test* apabila diketahui lansia memiliki hambatan pada pelaksanaan ADL, kondisi setelah stroke, fraktur pada kaki, dan membutuhkan asistensi untuk mobilisasi.
- 4) Kecemasan, GDS  
Diukur dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* apabila pada pengkajian psikososial lansia ditemukan ada kecemasan dan tanda depresi.
- 5) Status Nutrisi  
Diukur dengan menggunakan *American Dietetic Association and National Council on the Aging* apabila pada pengkajian sistem gastrintestinal ditemukan kelainan, serta ada perubahan nafsu makan dan penurunan berat badan.
- 6) Hasil Pemeriksaan Diagnostik  
Diisi dengan hasil pemeriksaan diagnostik yang pernah dilakukan oleh klien dengan OA.
- 7) Fungsi sosial lansia  
Diukur apabila pada mekanisme koping klien menunjukkan mekanisme koping negatif, disertai adanya depresi dan kecemasan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang muncul pada lansia yang mengalami osteoarthritis dengan keluhan kaku sendi dan nyeri saat digerakan adalah:

### a. Berdasarkan Nanda-I Diagnosis Keperawatan

#### Hambatan Mobilitas Fisik

- 1) Definisi  
Keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.
- 2) Batasan Karakteristik
  - a) Gangguan sikap berjalan
  - b) Penurunan ketrampilan motorik halus
  - c) Penurunan ketrampilan motorik kasar
  - d) Penurunan rentang gerak
  - e) Waktu reaksi memanjang
  - f) Kesulitan membolak/balik posisi
  - g) Ketidaknyamanan
  - h) Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan
  - i) Dipsnea setelah beraktivitas
  - j) Tremor akibat postur
  - k) Gerakan lambat

- l) Gerakan tidak terkoordinasi
  - m) Kesulitan membolak-balik posisi
  - n) Gerakan tidak terkoordinasi (Herdman, 2018)
- 3) Faktor yang berhubungan
- a) Intoleransi aktivitas
  - b) Ansietas
  - c) Indeks Massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia
  - d) Kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat
  - e) Penurunan kekuatan otot
  - f) Penurunan kendali otot
  - g) Penurunan massa otot
  - h) Penurunan ketahanan tubuh
  - i) Depresi
  - j) Disuse
  - k) Kurang dukungan lingkungan
  - l) Kurang pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
  - m) Kaku sendi
  - n) Malnutrisi
  - o) Nyeri
  - p) Fisik tidak bugar
  - q) Keengganan memulai pergerakan
  - r) Gaya hidup kurang gerak
- 4) Kondisi terkait
- a) Kerusakan integritas struktur tulang
  - b) Gangguan fungsi kognitif
  - c) Gangguan metabolisme
  - d) Kontraktur
  - e) Keterlambatan perkembangan
  - f) Gangguan muskuloskeletal
  - g) Gangguan neuromuskular
  - h) Agens farmaseutika
  - i) Program pembatasan gerak
  - j) Gangguan sensoriperseptual (Herdman, 2018)

**b. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)**

**Gangguan Mobilitas Fisik**

- 1) Definisi  
Keterbatasan dalam gerakan fisik sari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- 2) Penyebab
  - a) Kerusakan integritas struktur tulang

- b) Perubahan metabolisme
  - c) Ketidakbugaran fisik
  - d) Penurunan kendali otot
  - e) Penurunan massa otot
  - f) Penurunan kekuatan otot
  - g) Keterlambatan perkembangan
  - h) Kekakuan sendi
  - i) Kontraktur
  - j) Malnutrisi
  - k) Gangguan musculoskeletal
  - l) Gangguan neuromuscular
  - m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
  - n) Efek agen farmakologis
  - o) Program pembatasan gerak
  - p) Nyeri
  - q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
  - r) Kecemasan
  - s) Gangguan kognitif
  - t) Keengganan melakukan pergerakan
  - u) Gangguan sensori-persepsi
- 3) Gejala dan tanda mayor
- Untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:
- a) Subjektif
    - (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
  - b) Objektif
    - (2) Kekuatan otot menurun
    - (3) Rentang gerak (ROM) menurun (PPNI, 2017)
- 4) Gejala dan dan tanda minor
- a) Subjektif
    - (1) Nyeri saat bergerak
    - (2) Enggan melakukan pergerakan
    - (3) Merasa cemas saat bergerak
  - b) Objektif
    - (a) Sendi kaku
    - (b) Gerakan tidak terkoordinasi
    - (c) Gerakan terbatas
    - (d) Fisik lemah

- 5) Kondisi klinis terkait
  - a) Stroke
  - b) Cedera medula spinalis
  - c) Trauma
  - d) Fraktur
  - e) Osteoarthritis
  - f) Osteomalaisa
  - g) Keganasan (PPNI, 2017)

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan penyusunan strategi yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan (Riasmini, 2017).

#### a. Berdasarkan Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC)

**Tabel 6.2. Intervensi Hambatan Mobilitas Fisik**

No	Diagnosis	NOC	NIC
1	Hambatan mobilitas fisik	<p><b>Tujuan dan kriteria hasil:</b></p> <p><b>Ambulasi tidak terganggu</b> Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menopang berat badan tidak terganggu</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang efektif tidak terganggu</li> <li>3. Berjalan dengan pelan tidak terganggu</li> <li>4. Berjalan dengan jarak yang dekat (&lt;1 blok/ 20 meter) tidak terganggu</li> <li>5. Berjalan mengelilingi kamar tidak terganggu</li> </ol> <p><b>Pergerakan tidak terganggu</b> Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan tidak terganggu</li> <li>2. Koordinasi tidak terganggu</li> <li>3. Cara berjalan tidak terganggu</li> </ol>	<p><b>Terapi latihan: ambulasi</b></p> <p>Aktivitas-aktivitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bantu klien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi klien untuk berjalan dan mencegah cedera</li> <li>2. bantu klien untuk duduk di sisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh</li> <li>3. bantu klien untuk berpindahan</li> <li>4. terapkan/sediakan alat bantu (tongat, walker atau kursi roda)</li> <li>5. bantu klien dengan ambulasi awal</li> <li>6. instruksikan klien mengenai pemindahan dan teknik ambulasi yang aman</li> <li>7. monitor penggunaan kruk klien atau alat bantu berjalan lainnya</li> <li>8. bantu klien untuk berdiri</li> </ol>

No	Diagnosis	NOC	NIC
		4. Gerakan otot tidak terganggu 5. Gerakan sendi tidak terganggu 6. Kinerja pengaturan suhu tidak terganggu 7. Berlari tidak terganggu 8. Merangkak tidak terganggu 9. Berjalan tidak terganggu 10. Bergerak dengan mudah tidak terganggu	dan ambulasi dengan jarak tertentu 9. bantu klien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak 10. dorong klien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan.  <b>Terapi latihan: Mobilitas sendi</b> Aktivitas-aktivitas: 1. tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi 2. tentukan level motivasi klien untuk meningkatkan pergerakan sendi 3. jelaskan pada klien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi 4. monitor lokasi adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan 5. lindungi klien dari trauma selama latihan 6. bantu klien mendapat posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif 7. dukung latihan ROM aktif 8. lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi 9. instruksikan klien cara melakukan ROM aktif dan pasif 10. bantu untuk melakukan pergerakan sendi

Sumber: (Bulechek, 2016; Moorhead, 2016)

b. Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Tabel 6.3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	<p><b>Dukungan Ambulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
			<p><b>Dukungan mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>

Sumber: (PPNI, 2018, 2019)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik untuk setiap individu dan berfokus pada pencapaian hasil. Tindakan yang dilakukan mencakup

monitoring klien terhadap tanda perubahan atau peningkatan, perawatan langsung yang diberikan kepada klien atau tindakan kolaborasi, pendidikan kesehatan atau instruksi kepada klien tentang pengelolaan kesehatan dan merujuk klien untuk follow-up care (Riasmini, 2017).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir yang dilakukan perawat untuk melihat tingkat keberhasilan terhadap implementasi yang telah dilakukan (Riasmini, 2017). Evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil akhir dengan apa yang seharusnya dicapai. Evaluasi merupakan proses asuhan keperawatan yang dapat menentukan apakah intervensi yang dilakukan oleh perawat sudah dapat meningkatkan kondisi pasien menjadi lebih baik atau tidak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G. M. . H. K. B. J. M. D. C. M. W. (2016). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Elsevier Inc.
- CDC. (2020). A National Public Health Agenda For Osteoarthritis: 2020 Update. In *Handbook of Public Policy Evaluation*. Arthritis Foundation. <https://doi.org/10.4135/9781412973533.n19>
- Chen, D., Shen, J., Zhao, W., Wang, T., Han, L., Hamilton, J. L., & Im, H. J. (2017). Osteoarthritis: Toward a comprehensive understanding of pathological mechanism. *Bone Research*, 5(August 2016). <https://doi.org/10.1038/boneres.2016.44>
- Chow, Y. Y., & Chin, K. Y. (2020). The Role of Inflammation in the Pathogenesis of Osteoarthritis. *Mediators of Inflammation*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8293921>
- Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., & Lu, H. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*, 29–30, 100587. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100587>
- Herdman, T. H. S. K. (Ed.). (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.). EGC.
- Holden, M. A., Nicolson, P. J. A., Thomas, M. J., Corp, N., Hinman, R. S., & Bennell, K. L. (2022). Osteoarthritis year in review 2022: rehabilitation. *Osteoarthritis and Cartilage*, April 2021, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2022.10.004>
- Ismaningsih, & Selviani, I. (2018). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Osteoarthritis Genue Bilateral dengan Intervensi Neuromuskuler Taping dan Strengthening Exercise Untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsional. *Jurnal Ilmiah Fisioterapi (JIF)*, 1(02), 38–46.
- Kemkes. (2021). *Kenali Gejala Umum Osteoarthritis (OA) - Pelayanan Kesehatan*. <https://upk.kemkes.go.id/new/kenali-gejala-umum-osteoarthritis-oa>
- Moorhead, S. M. J. M. L. M. E. S. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (I. R. D. T. Nurjannah (Ed.); 5th ed.). Elsevier Inc.
- Ningrum, N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Diagnosa Medis Osteoarthritis Di Desa Pasirian Lumajang. *Karya Tulis Ilmiah*, 95. <https://books.google.co.id/books?id=Hr8waKol42IC>
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia. (2014). Rekomendasi IRA untuk Diagnosis dan Penatalaksanaan Osteoarthritis. In *Divisi Reumatologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM*.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (DPP PPNI (Ed.); 1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Keriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Riasmini, N. M. ; H. P. reni C. N. P. A. R. T. T. M. R. T. W. H. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan: Individu, keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. UI-Press.
- Riskesdas, K. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2018.
- Sen R, H. J. (2022). *Osteoarthritis*. StatPearls Publishing.
- Wati, L. A. (2022). *Asuhan keperawatan gerontik gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Osteoarthritis Di Desa Watuagung Kecamatan Prigen Kabupaten Pasuruan*. 63(2), 1–3. [http://forschungsunion.de/pdf/industrie\\_4\\_0\\_umsetzungsempfehlungen.pdf](http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf) %0Ahttps://www.dfki.de/fileadmin/user\_upload/import/9744\_171012-KI-Gipfelpapier-online.pdf%0Ahttps://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607-Bitkom
- Whelan, C., Heitz, D., & Higuera., V. (2021). *Everything You Need to Know About Osteoarthritis (OA)*. <https://www.healthline.com/health/osteoarthritis>
- Yunus, M. H. M., Nordin, A., & Kamal, H. (2020). Pathophysiological perspective of osteoarthritis. *Medicina (Lithuania)*, 56(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/medicina56110614>



# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA YANG MENGALAMI PENGABAIAN DI DALAM KELUARGA**

**Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep. M.Kep**





# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA YANG MENGALAMI PENGABAIAN DI DALAM KELUARGA**

Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep. M.Kep

## **A. LATAR BELAKANG**

Dalam menjalani kehidupan setiap manusia pasti akan mengalami masa tua, dimana menua merupakan suatu kondisi yang terjadi dalam kehidupan manusia. Penuaan adalah proses seumur hidup yang tidak hanya dimulai pada titik waktu tertentu, tetapi dari awal kehidupan, dan dalam proses penuaan tersebut seseorang disebut dengan lansia (Nasrullah, 2016), dimana lansia merupakan orang yang berusia 60 tahun ke atas yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar fisik, mental, dan sosialnya karena faktor tertentu (Manurung et al., 2020).

Lansia merupakan kelompok yang paling rentan dan memiliki angka kesakitan tertinggi dibandingkan dengan kelompok umur lainnya (Artati, 2021). Jumlah lanjut usia di seluruh dunia saat ini di perkirakan lebih dari 629 juta jiwa dimana 1 dari 10 orang berusia lebih dari 60 tahun, dan pada tahun 2025 lanjut usia akan mencapai 1,2 milyar (Nugroho, 2008 dalam (Sari. M.T & Susanti, 2017)), pada tahun 2020, terdapat 727 juta orang berusia di atas 65 tahun di dunia (UN, 2020 dalam (Girsang et al., 2022)). Jumlah ini diproyeksikan menjadi dua kali lipat menjadi 1,5 miliar pada tahun 2050. Selama lima puluh tahun terakhir, proporsi lansia di Indonesia telah meningkat dari ,5% pada tahun 1971 menjadi sekitar 10,7% pada tahun 2020, jumlah ini diproyeksikan akan terus berlanjut, tumbuh menjadi 19,9. % pada tahun 2045. Di Indonesia pada tahun 2021, proporsi lansia mencapai 10,82 persen atau sekitar 29,3 juta orang, sedangkan di Provinsi Sumatera barat sendiri jumlah penduduk lansia mencapai angka 9,86 % (Girsang, 2021).

Peningkatan jumlah lansia dapat menimbulkan berbagai permasalahan terkait perkembangan kehidupan bagi lansia, dimana seiring dengan adanya proses penuaan menyebabkan berbagai perubahan pada lanjut usia, antara lain perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Luthfa et al., 2021), sehingga hal ini dapat menyebabkan penurunan peran sosialnya, dan menimbulkan gangguan dalam pemuasan kebutuhan tersebut, yang dapat mengakibatkan peningkatan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain (Rahayu & Juanita, 2019). Semakin banyak lansia yang memerlukan perawatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikis dan finansialnya agar lansia tidak terlantar, menyebabkan lansia mengalami berbagai bentuk penelantaran ketika tinggal bersama keluarganya, yaitu penelantaran fisik, mental dan finansial (Machmud et al., 2020). Pada umumnya lansia laki-laki mengalami penelantaran fisik dan lansia wanita mengalami penelantaran psikologis.

Pengabaian adalah kegagalan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan lansia, yang diwujudkan dalam penolakan atau kegagalan untuk menyediakan makanan, minuman, pakaian, perumahan, kebersihan pribadi, dan perawatan medis (Andarini & Aryati, 2021). Pengabaian terhadap lansia diakui secara internasional sebagai masalah serius yang memerlukan perhatian profesional kesehatan, karena termasuk tindakan kekerasan terhadap lansia (Aryati et al., 2018).

Dukungan keluarga membantu lansia beradaptasi dengan proses penuaan, kurangnya dukungan keluarga menyebabkan masalah psikologis bagi lansia yang berkontribusi terhadap penurunan kepuasan hidup (Luthfa et al., 2021). Pengabaian orang tua dikaitkan dengan anak-anak yang bekerja dan tidak bekerja, yang tidak memiliki pasangan, yang memiliki kesehatan yang buruk, dan yang memiliki cacat (Ezalina, 2019). Sejalan dengan itu, pada laporan *Administration Of Aging, 1998* dalam (Alif & Darmiati, 2022), terjadi pengabaian terhadap lansia di Amerika sebesar 49%, kekerasan emosional 26% dan lansia di tinggalkan sendiri sebesar 3%. Di Indonesia, mengabaikan juga adalah kasus yang paling banyak di alami oleh lansia yaitu sebesar 68,55%. Penelitian yang dilakukan (Amri, 2019c) di kelurahan X Kota Padang Sumatera Barat, dengan jumlah sampel sebanyak 87 orang, didapatkan hasil yaitu lebih dari separuh lansia mengalami pengabaian kategori rendah.

## **B. DEFINISI KONSEP**

### **1. Definisi Lansia**

Usia lanjut atau menua merupakan suatu kondisi yang terjadi dalam kehidupan manusia. Penuaan adalah proses seumur hidup yang tidak hanya dimulai pada titik waktu tertentu, tetapi dari awal kehidupan. Penuaan adalah proses alami, artinya seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa kanak-kanak, dewasa, dan usia tua dimana masuk usia tua mengalami baik secara fisik yaitu dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi ompong, penglihatan kabur, gerakan yang mulai melambat, serta pendengaran yang mulai berkurang (Nasrullah, 2016).

Lansia adalah seseorang yang berusia di atas 60 tahun tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar fisik, mental, dan sosialnya karena faktor-faktor tertentu. Dalam populasi, lansia merupakan orang yang berusia di atas 60 tahun serta berkaitan dengan hal-hal yang berkaitan dengan kependudukan (Manurung et al., 2020). Sejalan dengan hal tersebut (Kholifah, 2016) menjelaskan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun, dimana penuaan bukanlah suatu penyakit, tetapi itu adalah proses yang mengarah secara bertahap terhadap perubahan kumulatif, yaitu proses yang mengurangi ketahanan menanggapi rangsangan internal dan eksternal. Sebagaimana di dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 yang menjelaskan bahwa Lanjut Usia adalah seseorang yang telah

mencapai usia 60 (enam puluh) tahun dimana lansia potensial adalah lansia yang masih produktif melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat digunakan untuk menghasilkan barang atau jasa, sedangkan lansia nonpotensial adalah lansia yang tidak mampu menghidupi dirinya sendiri, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

## 2. Batasan - batasan Lanjut Usia

Batasan lanjut usia berdasarkan pendapat para ahli dalam Nasrullah, (2016) adalah sebagai berikut:

- a. WHO membagi batasan lanjut usia atas: 1). Usia pertengahan (*middle age*); yaitu kelompok usia (45-59 tahun); 2). Lanjut usia (*eldery*) yaitu antara (60-74 tahun); 3). Lanjut usia (*old*) yaitu antara (75 dan 90 tahun); 4). Usia sangat tua (*very old*) yaitu diatas 90 tahun.
- b. Setyonegoro mengungkapkan lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut: 1). Usia dewasa muda (*eldery adulthood*) yaitu usia 18 / 20 – 15 tahun; 2). Usia dewasa penuh (*Middle years*) atau maturitas yaitu usia 25 – 60 / 65 tahun; 3). Lanjut usia (*Geriatric age*) yaitu usia lebih dari 65 / 70 tahun, yang terbagi lagi menjadi: a. Usia 70 – 75 tahun (*young old*); b. Usia 75 – 80 tahun (*old*); c. Usia lebih dari 80 tahun (*very old*).
- c. Mohammad membagi perkembangan manusia atas: 1). Usia 0-1 tahun (masa bayi); 2). Usia 1-6 tahun (masa prasekolah); 3). Usia 6-10 tahun (masa sekolah); 4). Usia 10-20 tahun (masa pubertas); 5). Usia 40-65 tahun (masa setengah umur, prasenium); 6). Usia 65 tahun ke atas (masa lanjut usia, senium).

## 3. Ciri-ciri lansia

Ciri lansia sebagaimana dijelaskan oleh (Kholifah, 2016) diantaranya yaitu:

- a) Lansia merupakan periode kemunduran, menurunnya populasi lansia sebagian disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis; b) Lansia memiliki status kelompok minoritas, kondisi ini merupakan akibat dari sikap sosial yang kurang baik terhadap orang yang lebih tua, yang diperkuat dengan pendapat yang kurang baik; c) Lansia membutuhkan perubahan peran, pembalikan peran ini dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran di setiap kesempatan; d) Penyesuaian buruk pada lansia, perilaku yang buruk terhadap orang tua membuat mereka rentan terhadap konsep diri yang buruk, yang mengarah pada perilaku buruk sehingga perlakuan yang buruk ini, menyebabkan adaptasi pada lansia juga buruk.

Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa ciri-ciri lansia yaitu orang yang lebih tua, dengan usia di atas 60 tahun, dimana hal ini berlaku untuk semua suku. Ciri lainnya yaitu orang yang lebih tua akan memiliki cucu hal ini berlaku untuk semua suku, kecuali suku di Kalimantan Barat dimana yang

dimaksud lansia adalah mereka yang sudah memiliki cicit. Ciri lainnya adalah mereka yang sering sakit atau lemah fisik, dimana ciri ini berlaku untuk suku Batak, Jawa dan Sasak, serta suku Bima (Manurung et al., 2020).

Ciri lansia yang dikemukakan oleh (Keliat, 1999 dalam (Maryam et al., 2012)) diantaranya yaitu: 1) Individu yang berusia lebih dari 60 tahun; 2) Kebutuhan serta masalah yang bervariasi mulai dari rentang sehat sakit, kondisi yang adaptif sampai maladaptif, kebutuhan biopsikososial sampai spiritual; 3) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

#### **4. Perubahan-perubahan pada lansia**

##### **a. Perubahan Fisik**

###### **1) Sistem Integumen**

Kulit lansia mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering, dan berkerut. Kulit menjadi dehidrasi, tipis dan berjerawat. Kulit kering disebabkan oleh atrofi kelenjar sebaceous dan keringat, mengakibatkan munculnya pigmen coklat pada kulit yang dikenal sebagai chloasma (Kholifah, 2016), sejalan dengan hal tersebut (Maryam et al., 2012) menyatakan perubahan pada lansia yaitu adanya keriput, kulit kepala dan rambut menipis serta memutih, elastisitas mengalami penurunan, rambut yang terdapat pada telinga dan hidung menebal, serta tumbuhnya kuku kaki yang berlebihan. Sedangkan perubahan yang terjadi pada lansia seperti dikemukakan oleh (Manurung et al., 2020) antara lain : a) Proliferasi epidermal menurun; b) Kelembaban kulit menurun; c) Suplai darah ke kulit menurun; d) Dermis menipis; e) Kelenjar keringat berkurang; f) Kulit kering; g) Pigmentasi irregular; h) Kuku mudah patah; i) Kulit berkerut; j) Elastisitas berkurang; k) Sensitivitas kulit menurun.

###### **2) Sistem Indra**

Pendengaran dimana terjadi defisit preaural (tuli) karena kehilangan pendengaran (kinerja) telinga bagian dalam, terutama suara dan nada bernada tinggi, bicara cadel, dan kesulitan memahami kata (Kholifah, 2016). Tulang pendengaran akan mengalami kekakuan, serta adanya gangguan pendengaran ((Maryam et al., 2012); (Manurung et al., 2020)). Sedangkan pada penglihatan (Nasrullah, 2016) menyatakan, terjadinya sklerosis sfingter pupil dan reaksi terhadap cahaya menghilang, kornea berbentuk bulat (globular), lensa lebih gelap (berawan di lensa), berkembangnya katarak, sehingga menyebabkan gangguan penglihatan, adaptasi lebih lambat terhadap kegelapan, kesulitan melihat dalam gelap, munculnya presbiopia, kesulitan dalam melihat dekat yang dipengaruhi oleh berkurangnya elastisitas lensa.

###### **3) Sistem Muskuloskeletal**

Perubahan muskuloskeletal pada orang dewasa yang lebih tua: jaringan ikat (kolagen dan elastin), tulang rawan, tulang, otot dan sendi berubah. Tulang rawan: tulang rawan pada persendian menjadi lunak, berbutir, dan permukaan persendian menjadi rata. Tulang rawan pada persendian menjadi lebih rentan terhadap gesekan karena, berkurangnya kemampuan tulang rawan untuk beregenerasi dan kecenderungan degenerasi yang terjadi untuk berkembang. Tulang: kehilangan kepadatan tulang yang teramati adalah bagian dari proses penuaan fisiologis yang menyebabkan osteoporosis dan nyeri lainnya, kelainan bentuk dan patah tulang. Otot: perubahan terkait usia dalam struktur otot sangat bervariasi, dengan penurunan jumlah dan ukuran serat otot dan peningkatan jaringan ikat dan adiposa otot. Sendi: pada orang tua, jaringan ikat di sekitar sendi seperti tendon, ligamen, dan fasia mengalami elastisitas terkait usia (Kholifah, 2016). Sedangkan ((Maryam et al., 2012); (Manurung et al., 2020)) menyatakan dengan adanya penurunan dari cairan tulang sehingga akan menyebabkan terjadinya osteoporosis, bungkuk, kaku sendi, tremor, kram serta tendon mengerut serta mengalami sklerosis.

#### 4) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan kardiovaskular pada orang tua meningkatkan massa jantung, hipertrofi ventrikel kiri, dan dengan demikian menurunkan peregangan jantung. Kondisi ini disebabkan oleh perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh akumulasi lipofusin, klasifikasi nodul SA, dan konversi jaringan konduktif menjadi jaringan ikat (Kholifah, 2016). Katub jantung menebal dan kaku, menurunnya kemampuan memompa darah, menurunnya elastisitas pembuluh darah, serta meningkatnya tekanan darah (Maryam et al., 2012). Sedangkan perubahan kardiovaskuler yang diungkapkan (Manurung et al., 2020) antara lain : a) Adanya pengerasan pembuluh darah; b) Hipertrofi dinding ventrikel kiri; c) Vena menjadi tebal, kurang elastic; d) Perubahan dalam mekanisme konduksi; e) Adanya peningkatan resistensi perifer.

#### 5) Sistem Respirasi

Selama proses penuaan, ada perubahan pada jaringan ikat paru-paru, di mana volume total paru-paru dipertahankan, tetapi kapasitas cadangan paru-paru meningkat untuk mengkompensasi ruang paru-paru yang membesar, sehingga mengurangi jumlah udara yang masuk ke paru-paru. Perubahan pada otot, tulang rawan, dan sendi dada mengganggu pernapasan dan mengurangi kelenturan dada (Kholifah, 2016). Sedangkan ((Manurung et al., 2020); (Maryam et al., 2012))

mengungkapkan perubahan yang terjadi yaitu menurunnya otot-otot pernafasan, menurunnya elastisitas paru, meningkatnya kapasitas residu, melebarnya alveoli.

6) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan yaitu penurunan produksi seperti kehilangan gigi, berkurangnya rasa, berkurangnya rasa lapar, berkurangnya fungsi secara signifikan akibat penurunan aliran darah ((Kholifah, 2016); (Maryam et al., 2012); (Kusumo, 2020)).

7) Sistem Perkemihan

Dalam sistem kemih banyak fitur yang terdegradasi, misalnya, memperlambat laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal (Kholifah, 2016). Menurunnya aliran darah ke ginjal, menurunnya penyaringan pada glomerulus, menurunnya fungsi tubulus sehingga menyebabkan menurunnya kemampuan mengonsentrasi urine (Maryam et al., 2012).

8) Sistem Saraf

Sistem saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi progresif di serabut saraf pada orang tua. Orang tua mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Kholifah, 2016). Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa perubahan saraf pada lansia antara lain : a) Sukar bicara; b) Gerakan otot (kagak); c) Gangguan pengenalan seseorang; d) Sukar tidur (insomnia); e) Daya ingat lemah (demensia); f) Inisiatif turun; g) Parkinson (otot-otot kaku, menggeletar). Terjadinya pengecilan saraf pancaindra sehingga menyebabkan fungsinya menjadi menurun dan lambat (Maryam et al., 2012).

9) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi pada lansia ditandai dengan kontraksi ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada pria, testis dapat menghasilkan sperma, tetapi secara bertahap berkurang (Kholifah, 2016). Mengeringnya selaput lendir, serta sekresi yang menurun (Maryam et al., 2012). Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa perubahan yang terjadi antara lain : a) *Post-menopause*; b) Vagina yang menipis dan kering; c) Berkurangnya panjang dan lebar vagina; d) Lubrikasi vagina berkurang selama *intercourse*; e) Degeneratif pada organ reproduksi; f) Berkurangnya intensitas respons terhadap stimulus sex; g) Berkurangnya aktivitas seksual; h) Adanya gangguan kelenjar prostat.

**b. Perubahan Psikososial**

Berbagai bentuk perubahan psikososial yang terjadi pada lansia yang dinyatakan oleh ((Kholifah, 2016); (Maryam et al., 2012)) antara lain:

1) Kesepian

Itu terjadi ketika pasangan atau teman dekat meninggal, terutama ketika kesehatan memburuk, terutama ketika orang yang lebih tua meninggal. Penyakit fisik yang serius, keterbatasan mobilitas atau gangguan sensorik, terutama gangguan pendengaran.

2) Duka cita (*Bereavement*)

Kematian pasangan, teman dekat, atau bahkan hewan peliharaan dapat mendatangkan malapetaka pada jiwa tua yang sudah lemah. Hal ini dapat menyebabkan masalah fisik dan kesehatan.

3) *Sindroma Diogenes*

Sebuah gangguan di mana orang tua menunjukkan perilaku yang sangat mengganggu. Rumah dan kamar kotor serta bau karena lansia sering bermain kotoran dan menyimpan barang tidak teratur. Bahkan setelah dibersihkan, situasinya dapat berulang.

4) Depresi

Kesedihan terus-menerus menciptakan perasaan hampa, diikuti oleh keinginan untuk menangis, diikuti oleh episode depresi. Depresi juga dapat dipicu oleh stres lingkungan dan kemampuan beradaptasi yang buruk.

5) Gangguan cemas

Terbagi dalam kategori berikut: *Phobia*, *Panic*, *Generalized Anxiety Disorder*, *Post traumatic Stress Disorder*, dan *Obsessive compulsive Disorder*. Gangguan ini merupakan kelanjutan dari masa dewasa muda dan berhubungan dengan penyakit sekunder, depresi, efek samping obat.

6) Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia yang ditandai dengan delusi (ketidakpercayaan). Orang tua sering merasa bahwa tetangga ingin mencuri barang-barang atau membunuh mereka. Biasanya terjadi pada orang tua yang terisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

Berbeda halnya dengan (Manurung et al., 2020) yang menyatakan perubahan psikososial yang terjadi pada lansia antara lain: a) Perubahan fungsi mental; b) Perubahan kognitif, c) Perubahan roses belajar; d) Perubahan pemahaman, pengertian, tindakan; e) Perilaku cenderung lebih lambat; f) Dorongan kehendak, bertindak, pada umumnya mulai melambat sehingga reaksi dan koordinasi menjadi lebih lambat; g) Pekerjaan: Memasuki pensiun (kehilangan) pekerjaan, kedudukan/jabatan/peran kegiatan dan harga diri.

## 5. Konsep pengabaian

### a. Pengertian Pengabaian

Pengertian pengabaian sebagaimana di nyatakan oleh (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019c)) yaitu pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia. Pengabaian adalah kegagalan keluarga dalam merawat lansia, baik itu akibat yang disengaja maupun tidak disengaja terhadap kesehatan fisik dan mental (Sari M.T & Susanti, 2017).

Sejalan dengan pendapat diatas (Hamsah et al., 2021) menyatakan pengabaian adalah keadaan yang terkait dengan ketidakmampuan pengasuh untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh lansia, dalam memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, mental, individu, serta ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan, agar lansia dapat memenuhi fungsi secara optimal dan jauh dari bahaya. Selain itu (Dyer, 2005 dalam (Aryati et al., 2018)) mengungkapkan pengabaian lansia adalah penolakan sandang, pangan dan perawatan untuk orang tua, termasuk kekerasan fisik dan seksual serta eksploitasi.

### b. Jenis Pengabaian

Pengabaian terbagi menjadi tiga jenis, antara lain **pengabaian fisik**, yaitu pengabaian atau kegagalan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar lansia (Hamsah et al., 2021). Dimana faktor penyebab pengabaian fisik pada lansia adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengabaian fisik itu sendiri (Rahayu & Juanita, 2019). Kemudian **pengabaian psikologis** seperti kegagalan pengasuh untuk memenuhi kebutuhan emosional dan psikologis, ketidakmampuan pengasuh untuk memenuhi kebutuhan emosional atau psikologis orang tua, pengabaian psikologis terjadi ketika keluarga atau pengasuh tidak mampu memenuhi kebutuhan psikologis atau emosional orang tua, dimana beberapa faktor yang dihadapi lansia yang sangat mempengaruhi psikologi lansia adalah gangguan fisik, perubahan aspek psikososial, perubahan terkait pekerjaan dan perubahan peran sosial dalam masyarakat (Rahayu & Juanita, 2019).

Selanjutnya **pengabaian keuangan** sebagai akibat dari pengambilan atau penggunaan barang-barang berharga oleh keluarga, milik orang tua untuk keuntungan pribadi (Hamsah et al., 2021). Selain itu (Burke & Laramie, 2000 dalam (Amri & Renidayati, 2018)) menyatakan jenis pengabaian terbagi

atas: a) Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia; b) Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan emosional pada lansia.

**c. Tanda-Tanda Pengabaian**

Pengabaian pada lansia mengungkapkan pengabaian emosional atau psikologis dalam konteks pengasuhan yang menyebabkan rasa sakit atau stres emosional, yang secara sengaja atau tidak sengaja. Pengabaian secara verbal diantaranya mengintimidasi dengan membentak, ancaman, hinaan, atau ejekan, serta menyalahkan atau mengkambinghitamkan orang yang lebih tua, sedangkan bentuk pengabaian non-verbal termasuk menjauhkan orang tua dari teman atau kegiatan, meneror atau mengancam orang tua. Selain tanda-tanda verbal dan nonverbal, pengabaian terhadap lansia dapat terlihat dalam perilaku mengancam, merendahkan, atau menggerutu sendiri (Robinson, 2016 dalam (Jaji et al., 2022)). Sejalan dengan hal tersebut (Rahayu et al., 2018) menjelaskan tanda pengabaian terhadap lansia yaitu pengabaian verbal meliputi mengancam dengan membentak atau meneriaki, mengancam, memermalukan atau mengejek, menyalahkan atau menyalahkan lansia, sedangkan pengabaian non verbal meliputi mengucilkan lansia dari teman atau kegiatan, meneror atau mengancam lansia. Selain tanda-tanda verbal dan non-verbal, ancaman, penghinaan atau intimidasi juga merupakan tanda-tanda pengabaian emosional pada lansia. Tanda pengabaian yang terjadi pada lansia lainnya yaitu: a) Terlambat dalam melakukan pengobatan; b) Dehidrasi (kurang cairan); c) Ulkus dekubitus (borok pada daerah yang tertekan biasanya terjadi jika tidur terlalu lama karena suatu penyakit); d) Kondisi kebersihan diri yang kurang; e) Perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan (biasanya diperhatikan menjadi tidak diperhatikan); f) Kehilangan alat bantu seperti gigi palsu, kacamata, alat bantu dengar serta alat bantu lainnya (Amri & Renidayati, 2018).

**d. Penyebab pengabaian**

Pengabaian ini dapat disebabkan baik oleh faktor internal lansia itu sendiri maupun oleh faktor eksternal lansia, seperti anggota keluarga dan pengasuh ((Burke, M.M., & Laramie, 2000); (Fulmer. T. Et, Al, 2005) dalam (Amri, 2019b)). Penyebab pengabaian itu sendiri, yaitu ketika kebutuhan dasar lansia tidak terpenuhi, maka kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan akan makanan sehat, perumahan yang layak, sandang yang memadai, kebersihan, dukungan emosional, kasih sayang dan rasa aman (Hamsah et al., 2021). Ciri Demografi yang menjadi penyebab dari pengabaian pada lansia

yaitu tempat tinggal, hal ini dikarenakan modernisasi yang memiliki dampak besar terhadap wilayah perkotaan dibandingkan perdesaan, dimana nilai-nilai kekeluargaan yang kuat hilang dan menjadi individualistis (Jafar N. et al., 2011 dalam (Andarini & Aryati, 2021), faktor ekonomi juga berperan dalam penelantaran di kalangan lansia, akibat besarnya dampak modernisasi. Akibat tuntutan modernisasi, banyak keluarga yang menelantarkan lansia karena sibuk mencari uang, hal ini menyebabkan lansia terlantar, namun ketergantungan mereka pada orang terdekat (pengasuh) meningkat seiring bertambahnya usia yang berarti lansia juga rentan terhadap pengabaian (U. N. Yadav & G. Paudel, 2016 dalam (Andarini & Aryati, 2021)).

Pengabaian lansia ini disebabkan oleh status kognitif pengasuh, informasi demografis pengasuh (usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan tempat tinggal), tekanan psikologis pengasuh, kondisi pengasuh, depresi/gangguan mood pengasuh, status kesehatan pengasuh, dukungan sosial, trauma yang dialami pengasuh saat anak-anak, kepribadian pengasuh (Fulmer. T. Et, Al, 2005 dalam (Amri, 2019a)). Pengabaian juga terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga, ketegangan/stres pengasuh (keluarga), kekerasan dan ketergantungan lansia yang tinggi kepada keluarga (Amri, 2019a).

### **C. PENGKAJIAN**

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2010 dalam (Salamung et al., 2021)), hal ini sejalan dengan pendapat (Kholifah, 2016) yang menyatakan pengkajian adalah tahap pertama yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dimana di dalam pengkajian perawat menggali informasi mengenai pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif, data objektif meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual, data terkait masalah penuaan, masalah kesehatan terkait usia, termasuk data tentang faktor yang mempengaruhi atau terkait serta data keluarga dan lingkungan yang ada. Tahap pengkajian merupakan tahap yang sangat krusial lantaran pengkajian adalah dasar pada proses menentukan asuhan keperawatan (Manurung et al., 2020).

#### **1. Data Umum**

- a. Nama
- b. Tempat tanggal lahir / Umur
- c. Alamat dan no telepon
- d. Pendidikan
- e. Komposisi keluarga dimana komposisi keluarga dibuat dalam bentuk genogram dari 3 generasi.
- f. Tipe Keluarga: Yaitu menerangkan tentang tipe/jenis keluarga beserta

kendala atau masalah yang dialami dalam keluarga tersebut.

- g. Suku: Dimana menggali asal usul suku bangsa keluarga dan mengkaji adakah kaitan budaya suku bangsa tersebut dengan kesehatan.
- h. Agama: Menggali agama yang dianut dalam keluarga dan kepercayaan yang dapat berpengaruh dengan kesehatan.
- i. Status sosial ekonomi keluarga: Dimana status sosial ekonomi ditentukan oleh pendapatan yang dihasilkan oleh kepala keluarga serta anggota keluarga lainnya. Selain itu sosial ekonomi keluarga tergantung juga dengan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang yang dimiliki oleh keluarga.
- j. Aktifitas rekreasi Keluarga: Rekreasi keluarga dilihat dari kegiatan yang dilakukan keluarga untuk menghabiskan waktu luangnya seperti mengunjungi tempat rekreasi, menonton televisi maupun mendengarkan radio serta aktivitas rekreasi lainnya.

## **2. Riwayat Keluarga dan Tahap Perkembangan Keluarga**

- a. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini  
Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan melihat anak tertua dari keluarga ini.
- b. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi  
Dimana menerangkan tentang perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan kendala kenapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
- c. Riwayat Keluarga Inti  
Menjelaskan tentang riwayat kesehatan dari keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, adanya riwayat kanker dalam keluarga, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang bias digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- d. Riwayat Keluarga Sebelumnya  
Disini menjelaskan tentang riwayat kesehatan keluarga baik dari suami maupun istri.

## **3. Lingkungan**

- a. Karakteristik Rumah  
Karakteristik sebuah rumah ditentukan oleh ukuran rumah, tipe rumah, jumlah kamar, jumlah jendela, penggunaan ruang, penempatan furnitur, dan jenis *septic tank* serta jarak antara septic tank dengan sumber air minum yang digunakan dan denah rumah.
- b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Jelaskan karakteristik lingkungan dan masyarakat seperti adat istiadat, lingkungan fisik, aturan dan kesepakatan lokal, dan budaya lokal yang mempengaruhi kesehatan.

c. Mobilitas Geografis Keluarga

Data yang perlu anda lihat adalah berapa lama keluarga tersebut tinggal di daerah tersebut, apakah mereka memiliki riwayat pindah, dan dari mana mereka pindah. Pertanyaan kemudian diajukan tentang perkumpulan keluarga, interaksi dengan masyarakat, akses ke layanan masyarakat, dan keterlibatan keluarga dalam masyarakat.

d. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dalam Masyarakat

Jelaskan waktu yang keluarga habiskan bersama, kelompok keluarga yang ada, dan tingkat interaksi keluarga dengan masyarakat.

#### 4. Struktur Keluarga

a. Sistem Pendukung Keluarga

Yaitu anggota keluarga yang sehat. Fasilitas penunjang kesehatan yang dimiliki keluarga meliputi fasilitas fisik, fasilitas psikis atau dukungan dari keluarga, dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

b. Pola komunikasi

Jelaskan cara berkomunikasi dengan anggota keluarga.

c. Struktur Kekuatan Keluarga

Kemampuan anggota keluarga untuk mengontrol dan mempengaruhi perilaku orang lain, terutama perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

d. Struktur Peran

Jelaskan peran setiap anggota keluarga, baik secara formal maupun informal. Jelaskan bagaimana peran itu konsisten, bagaimana perasaan Anda tentang peran itu, dan apakah peran itu fleksibel.

e. Nilai dan Norma Budaya

Mendeskripsikan nilai-nilai inti keluarga, termasuk nilai-nilai budaya yang dianut keluarga, apakah nilai-nilai keluarga dan nilai-nilai subsistem selaras, dan mengenali pentingnya nilai-nilai keluarga, apakah terdapat konflik nilai yang signifikan dalam keluarga itu sendiri, dan bagaimana nilai-nilai diubah untuk mempengaruhi kesehatan keluarga.

#### 5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga. Dengan memenuhi tugas ini, keluarga mampu mencapai tujuan psikososial utama dan membentuk sifat manusia dalam anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi Sosialisasi dan Penempatan Sosial

Sosialisasi dimulai sejak lahir dan berakhir pada saat kematian. Sosialisasi adalah proses seumur hidup dari perubahan perilaku yang terus-menerus sebagai tanggapan atas situasi yang dibentuk secara sosial yang dialami oleh seorang individu dalam proses perkembangan atau perubahan.

c. Fungsi Reproduksi

Pada fungsi reproduksi yang kita perlu kaji yaitu berapa banyak anak, adanya mengalami masalah reproduksi, apakah mengikuti program KB atau tidak.

d. Fungsi Ekonomi

Penting juga untuk mempelajari masalah keuangan, yang meliputi bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, pekerjaan, pendapatan dan pengeluaran dalam keluarga.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Dalam perawatan kesehatan, yang perlu dikaji bagaimana keluarga percaya dan bagaimana usaha keluarga dalam kesehatan. Pengkajian fungsi perawatan kesehatan juga mencakup pada tugas kesehatan keluarga yaitu:

- 1) Kemampuan dalam mengenali masalah kesehatan, yang perlu dikaji yaitu apakah keluarga mengetahui penyakit anggota keluarganya, penyebab, tanda dan gejala penyakit, dan apa yang dilakukan keluarga untuk anggota keluarga yang sakit.
- 2) Kemampuan dalam pengambilan keputusan yang tepat, dimana yang perlu dikaji antara lain bagaimana keluarga memutuskan jika ada anggota keluarga yang sakit, dibawa atau tidak ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, dan siapa yang mengambil keputusan tentang tindakan tersebut.
- 3) Kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sakit, yang perlu dikaji adalah apakah keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, apakah mereka memahami pola makan anggota keluarga, apa saja tanggung jawab keluarga ketika ada anggota keluarga yang sakit, dan hal-hal yang berkaitan dengan perawatan keluarga.
- 4) Kemampuan memodifikasi lingkungan, yang dikaji yaitu bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah agar tetap nyaman dan sehat bagi anggota keluarga lainnya, menunjang kesehatan anggota keluarga, penempatan alat-alat dan perabotan di dalam rumah, kebersihan rumah dan bagaimana keharmonisan setiap anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga, terutama yang menderita sakit.
- 5) Kemampuan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, dimana yang perlu kita kaji adalah apakah keluarga menggunakan layanan kesehatan terdekat dan mudah diakses, seperti posyandu, puskesmas, dan

lain sebagainya, serta sumber keuangan yang digunakan keluarga untuk berobat, apakah ada jaminan kesehatan atau tidak.

## **6. Stres dan Data Koping Keluarga**

Pada data koping keluarga hal yang perlu kita kaji antara lain yaitu: 1) Stresor jangka panjang, yaitu stressor yang terjadi pada keluarga dan bisa ditangani dalam waktu kurang dari 6 bulan; 2) Stresor jangka panjang, dimana stressor ini merupakan stresor yang dialami keluarga yang bisa ditangani oleh keluarga dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan; 3) Bagaimana keluarga berespon dan menghadapi masalah tersebut; 4) Strategi yang digunakan oleh keluarga dalam menghadapi masalah tersebut.

## **7. Pemeriksaan Fisik**

Data yang perlu kita kumpulkan dalam pemeriksaan fisik yaitu:

- a. Keadaan umum, dimana yang perlu kita kaji antara lain: a) Penilaian tingkat kesadaran pasien; b) Tanda-tanda vital yang kita periksa adalah Suhu badan, nadi, pernafasan serta tekanan darah; c) Antropometri yang diperiksa yaitu tinggi badan, berat badan, lingkar perut, serta lingkar lengan atas; d) Pemeriksaan postur dari tulang belakang lansia yaitu tegap, membungkuk, skoliosis, lordosis, serta kifosis.
- b. Pemeriksaan *head to toe*, dalam pemeriksaan ini kita melakukan pemeriksaan dari kepala sampai kaki, dan yang perlu kita periksa antara lain:
  - 1) Kepala, yang perlu kita periksa yaitu kebersihan kepala pasien, ada ketombe atau tidak, ada rambut rontok atau tidak, warna rambut kepala, ada keluhan sakit di kepala atau tidak.
  - 2) Mata, yang perlu diperiksa yaitu penglihatannya kabur atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, skelera ikterik atau tidak, adanya penggunaan kacamata atau tidak, serta keluhan lain yang berkaitan dengan mata.
  - 3) Hidung, yang perlu diperiksa yaitu ada polip atau tidak, bentuk hidung simetris atau tidak, adanya peradangan atau tidak, apakah ada masalah penciuman atau tidak, srta keluhan lain yang dirasakan klien.
  - 4) Mulut dan tenggorokan yang diperiksa yaitu mukosa bibir kering atau lembab, mulut bersih atau tidak, adanya peradangan pada gusi dan mulut atau tidak, periksa kondisi gigi apakah masih utuh atau tidak, adanya gigi berlobang atau tidak, kemampuan mengunyah makanan keras apakah masih mampu atau tidak, kemampuan menelan, serta keluhan lainnya.
  - 5) Telinga, yang diperiksa yaitu telinga bersih atau tidak, penengaran masih bagus atau sudah berkurang, adanya penggunaan alat bantu dengar atau tidak serta keluhan lain jika ada.

- 6) Leher, yang diperiksa yaitu apakah ada pembesaran kelenjar *thyroid*, atau pembesaran vena jugularis, adanya kaku kuduk atau tidak serta keluhan lainnya.
- 7) Dada, yang diperiksa yaitu bentuk dada apakah simetris kiri kanan, adanya retraksi dinding dada atau tidak, auskultasi suara nafas, ada suara nafas tambahan atau tidak, ada *wheezing* atau tidak, ada *ronkhi* atau tidak
- 8) Abdomen, yang diperiksa yaitu bentuk abdomen normal atau tidak, adanya lesi atau tidak, ada nyeri tekan, edema, serta kembung atau tidak dan keluhan lainnya.
- 9) Genitalia, yang perlu diperiksa yaitu genitalia bersih atau tidak, ada hemoroid serta hernia atau tidak dan keluhan terkait genitalia yang dirasakan klien.
- 10) Ekstremitas, yang perlu diperiksa yaitu kondisi kekuatan otot klien (0: lumpuh, 1:ada kontraksi, 2:melawan grafitasi dengan sokongan, 3: melawan grafitasi tapi tidak ada tahanan, 4: melawan grafitasi dengan tahanan sedikit, 5: melawan grafitasi dengan kekuatan penuh), adanya edema atau tidak, adanya tremor atau tidak, adanya penggunaan alat bantu jalan atau tidak.
- 11) Integumen, yang diperiksa yaitu apakah kulit bersih atau tidak, kelembaban serta tekstur kulit dan masalah yang berkaitan dengan kulit lainnya.

#### **8. Pengkajian Status Fungsional**

Pengkajian status fungsional merupakan pengukuran dalam menilai kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, serta dalam membuat pemilihah intervensi yang tepat, dimana ruang lingkup dalam pengkajian ini mencakup keadekuatan enam fungsi yaitu mandi, *toileting*, berpakaian, berpindah, kontinen dan makan yang mana nantinya hasil tersebut untuk mendeteksi tingkat fungsional klien (mandiri, tergantung, dilakukan sendiri).

#### **9. Pengkajian Status Kognitif**

Pengkajian status kognitif adalah suatu pemeriksaan dari status mental dimana nantinya dapat memberikan gambaran kemampuan mental serta perilaku dan fungsi intelektual seseorang. Pengkajian ini ditekankan pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan bahasa, ingatan, interpretasi bahasa, keterampilan dalam menghitung, menulis serta kemampuan konstruksional.

#### **10. Pengkajian Aspek Spiritual**

- a. Pengkajian data subjektif, yang mencakup konsep akan ketuhanan, sumber harapan dan kekuatan, praktik dalam agama serta ritual dan hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.
- b. Pengkajian data objektif yaitu melalui observasi a) afek dan sikap, apakah pasien tampak kesepian, marah cemas adanya depresi, apatis, agitasi ataupun preokupasi; b) Perilaku, yaitu apakah pasien tampak berdoa sebelum makan, membaca kitab suci, seringkali mengeluh sulit tidur, mimpi buruk ataupun adanya gangguan tidur lainnya serta bercanda dan mengekspresikan kemarahan terhadap agama; c) Verbalisasi, yaitu apakah klien menyebut doa, Tuhan, ibadah ataupun topik terkait keagamaan lainnya, mengekspresikan takut terhadap kematian, serta pernah meminta dikunjungi pemuka agama; d) Hubungan interpersonal, yaitu siapa yang mengunjungi klien serta respon klien terhadap pengunjung, apakah pemuka agama datang untuk mengunjungi klien; e) Lingkungan, yaitu apakah klien ada membawa kitab suci ataupun perlengkapan dalam melakukan ibadah, dan apakah pasien memakai suatu tanda dari keagamaan seperti memakai jilbab.

#### **11. Pengkajian Fungsi Sosial**

Pengkajian fungsi sosial yang lebih ditekankan terhadap hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran utama dan informasi tentang jaringan pendukung (Sunaryo et al., 2016).

#### **12. Harapan Keluarga**

Pada harapan keluarga diuraikan seperti apa dan bagaimana harapan keluarga pada penyakit yang dialami oleh pasien, serta mengetahui apa saja harapan keluarga terhadap perawat untuk dapat diusahakan semaksimal mungkin.

### **D. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang keluarga, individu, dan komunitas, yang diperoleh melalui proses pengumpulan data dan analisis data yang cermat, yang menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang bertanggung jawab yang harus diambil oleh perawat (Bakri, 2021). Sejalan dengan (Widagdo, 2016) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah dari data yang diperoleh dari pengkajian yang digunakan oleh perawat untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang berfokus pada respon paparan manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Kholifah, 2016).

Kemungkinan diagnosa Keperawatan yang muncul berkaitan dengan pengabaian yang terjadi pada lansia antara lain:

- a) Defisit Nutrisi;

- b) Hambatan mobilitas fisik;
- c) Defisit perawatan diri;
- d) Risiko jatuh;
- e) Perilaku kesehatan cenderung beresiko;
- f) Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga;
- g) Resiko ketegangan peran pemberi asuhan.

#### E. INTERVENSI KEPERAWATAN

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses mempersiapkan berbagai intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah klien. Perencanaan keperawatan ini merupakan langkah ketiga dalam menciptakan proses keperawatan. Menentukan fase perencanaan perawat membutuhkan berbagai pengetahuan dan keterampilan, termasuk kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan keyakinan klien, keterbatasan praktik keperawatan, peran profesional kesehatan lainnya, dan kemampuan memecahkan masalah. Kemampuan untuk membuat keputusan, menulis tujuan, memilih dan membuat strategi keperawatan untuk mencapai tujuan, menulis arahan keperawatan, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Tahapan yang dilakukan dalam penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut: Menentukan prioritas masalah, dalam menentukan prioritas masalah digunakan skala prioritas masalah dari (Bailo dan Maglaya 1978 dalam (Bakri, 2021)).

Menentukan prioritas masalah bisa dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 7.1**  
**Skala Menentukan Prioritas Masalah**

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat masalah		
Skala: Aktual	3	<b>1</b>
Resiko	2	
Potensial	1	
Kemungkinan masalah dapat diubah		
Skala: Mudah	2	<b>2</b>
Sebagian	1	
Tidak dapat	0	
Potensi masalah untuk dicegah		
Skala: Tinggi	3	<b>1</b>
Cukup	2	
Rendah	1	

Menonjolkan masalah		
Skala: Segera	<b>2</b>	<b>1</b>
Tidak perlu	<b>1</b>	
Tidak Dirasakan	<b>0</b>	

Cara skoring:

- 1) Kita tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Kemudian skor dibagi dengan makna tertinggi lalu dikalikan dengan bobot skor

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 3) Lalu jumlahkan skor dari semua kriteria

**Tabel 7.2**  
**Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga**

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi dari kebutuhan tubuh lansia terpenuhi	<p>Dalam kunjungan 1 x 30 menit keluarga dapat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kebutuhan nutrisi bagi lansia               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan pengertian dari kebutuhan nutrisi bagi lansia</li> <li>b. Menyebutkan penyebab terjadinya ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>c. Menyebutkan akibat tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi</li> </ol> </li> </ol>	<p>Lansia dan keluarga mampu menyebutkan pengertian dari nutrisi pada lansia dengan bahasa sendiri: Nutrisi adalah yang terkandung dalam makanan untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Lansia dan keluarga mampu menyebutkan 3 dari 4 penyebab dari selera makan lansia kurang sehingga terjadi ketidakseimbangan nutrisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan kepekaan hidung dan rasa lidah.</li> <li>2. Kondisi kesehatan mulut dan gigi kurang.</li> <li>3. Gejala tidak lapar disebabkan oleh masalah pencernaan atau perilaku.</li> </ol> <p>Lansia dan keluarga dapat menyebutkan 4 dari 5 akibat tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan</li> </ol>	<p>Pengertian dari nutrisi bagi lansia : Nutrisi bagi lansia adalah substansi organik yang disusun menjadi suatu menu untuk mencakupi gizi lansia agar tetap aktif, bugar, energik, dan mandiri.</p> <p>Penyebab ketidakseimbangan nutrisi bagi lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan sensitifitas indera pembauan dan indera perasa</li> <li>2. Kondisi kesehatan gigi dan mulut kurang</li> <li>3. Gejala tidak lapar disebabkan oleh masalah pencernaan atau psikologis</li> <li>4. Penurunan produksi saliva</li> </ol> <p>Akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi pada lansia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan karena energi dalam tubuh menurun</li> <li>2. Sulit buang air besar karena kekurangan serat</li> <li>3. Beresiko</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gali pengetahuan lansia dan keluarga tentang pengertian dari nutrisi</li> <li>2. Diskusikan dengan lansia dan keluarga tentang pengertian nutrisi</li> <li>3. Beri kesempatan pada lansia dan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Beri reinforcement positif atas pertanyaan yang diberikan</li> </ol> <p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gali pengetahuan lansia dan keluarga tentang penyebab dari ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>2. Diskusikan bersama lansia dan keluarga tentang penyebab dari ketidakseimbangan nutrisi</li> <li>3. Identifikasi bersama lansia dan keluarga penyebab yang dirasakan dari masalah kesehatan</li> <li>4. Bimbing lansia dan keluarga untuk mengulangi apa yang telah didiskusikan</li> </ol>

				<p>karena kekuatan tubuh menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sulit buang air besar karena kurang serat</li> <li>3. Mudah terkena berbagai macam penyakit</li> <li>4. Mudah lelah, mudah pusing dan kesemutan</li> </ol>	<p>terkena berbagai penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mudah lelah, mudah pusing dan kesemutan</li> <li>5. Beresiko tinggi cedera dalam mobilisasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Beri reinforcement positif atas apa yang dijelaskan.</li> </ol> <p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada keluarga dan lansia tentang akibat lanjut dari masalah kesehatannya jika tidak diatasi segera</li> <li>2. Setelah diberi penjelasan, persilahkan keluarga dan lansia untuk bertanya</li> <li>3. Jawab pertanyaan dengan bahasa yang mudah dimengerti dan efektif</li> <li>4. Bimbing keluarga dan lansia untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan tadi</li> <li>5. Beri reinforcement positif atas apa yang dijelaskan keluarga</li> </ol>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dalam kunjungan 1x 30 menit keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan akan mengatasi kebutuhan nutrisi pada lansia</li> </ol> </li> </ol>	<p>Keluarga dan lansia mampu menyebutkan 3 dari 4 cara mengatasi kebutuhan nutrisi pada lansia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi lansia untuk mengonsumsi makanan</li> <li>2. Beri porsi makan yang sedikit namun sering</li> <li>3. Membersihkan area mulut dan gigi dengan benar</li> </ol>	<p>Cara mengatasi kebutuhan nutrisi pada keluarga terutama lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi lansia untuk mengonsumsi makanan</li> <li>2. Beri porsi makanan yang kecil namun frekuensi sering</li> <li>3. Membersihkan area mulut dan gigi dengan benar</li> <li>4. Kendalikan waktu makan dengan keluarga</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan bersama, apa yang telah dilakukan keluarga dalam memotivasi lansia untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.</li> <li>2. Beri penjelasan yang singkat dengan media leaflet bagaimana cara memotivasi lansia dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya</li> <li>3. Beri waktu keluarga untuk bertanya dan</li> </ol>

						<p>menjawab dengan bahasa yang mudah dimengerti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bimbing keluarga untuk mengulangi penjelasan bagaimana cara memotivasi lansia dalam memenuhi kebutuhan lansia</li> <li>5. Berikan reinforcement positif terhadapapa yang telah disampaikan</li> </ol>
			<p>3. Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada lansia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p>	<p>Keluarga mampu melakukan cara perawatan dalam menjaga kebutuhan nutrisi dan gizi untuk lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri makanan sesuai dengan kesukaan lansia dengan memperhatikan kandungan nutrisinya</li> <li>2. Minum air putih sesuai kebutuhan</li> <li>3. Membatasi konsumsi gula, garam dan lemak untuk menjaga kesehatan lansia</li> <li>4. Berikan makanan yang lunak atau yang mudah hancur</li> </ol>	<p>Keluarga mampu melakukan cara perawatan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri makanan sesuai dengan kesukaan lansia dengan memperhatikan nutrisi, gizi dan kemampuan keluarga</li> <li>2. Minum air putih sesuai kebutuhan untuk menghindari terjadinya dehidrasi</li> <li>3. Membatasi konsumsi gula, garam dan lemak untuk menjaga kesehatan lansia</li> <li>4. Jika lansia kurang kesehatan mulut, berikan makanan yang lunak atau yang mudah hancur</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan bersama keluarga cara perawatan untuk masalah kesehatan yang dialaminya</li> <li>2. Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali cara perawatan terhadap masalah nutrisi</li> <li>3. Beri reinforcement positif atas jawaban keluarga</li> <li>4. Evaluasi apa yang telah dilakukan oleh lansia dan keluarga</li> <li>5. Ulangi penjelasan jika ada hal-hal yang terlewatkan</li> </ol>
			<p>4. Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang untuk memenuhi kebutuhan lansia</p>	<p>Keluarga mampu menerapkan cara pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang untuk masalah nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuka</li> </ol>	<p>Keluarga mampu menerapkan cara pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang untuk masalah nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuka ventilasi ruangan</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan lansia dan keluarga cara memelihara lingkungan yang nyaman dan tenang</li> </ol>

			<p>a. Melakukan cara pemeliharaan dan modifikasi lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia yang mengalami masalah kebutuhan nutrisi</p>	<p>jendela dan pintu agar udara segar masuk</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan dan pertahankan lingkungan rumah yang bersih</li> <li>Anjurkan keluarga untuk menyiapkan ataupun bercocok tanam sayuran dan buah-buahan yang disukai lansia</li> </ol>	<p>sehingga udara segar masuk</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan dan pertahankan lingkungan rumah yang bersih</li> <li>Menyiapkan ataupun bercocok tanam sayuran dan buah-buahan yang disukai lansia</li> </ol>	<p>untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Motivasi lansia dan keluarga untuk memodifikasi lingkungan</li> <li>Lakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>Beri reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga.</li> </ol>
			<p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan pada lansia</p> <p>a. Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</p>	<p>Keluarga mampu memanfaatkan dan memilih fasilitas kesehatan yang dapat digunakan diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rumah sakit</li> <li>Puskesmas</li> <li>Klinik Swasta</li> <li>Dokter praktek</li> <li>Bidan</li> </ol>	<p>Fasilitas yang dapat digunakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rumah sakit</li> <li>Puskesmas</li> <li>Klinik Swasta</li> <li>Dokter</li> <li>Praktek Bidan</li> </ol>	<p>Dengan menggunakan lembar balik dan leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gali pengetahuan keluarga dan lansia tentang fasilitas kesehatan</li> <li>Diskusikan dengan lansia dan keluarga tentang fasilitas kesehatan dan manfaat pelayanan kesehatan</li> <li>Beri kesempatan pada lansia dan keluarga untuk memilih pelayanan kesehatan</li> <li>Motivasi lansia dan keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara rutin</li> <li>Beri reinforcement positif atas perilaku yang benar.</li> </ol>

## F. Implementasi Keperawatan

Setelah pembuatan dan pengolahan rencana keperawatan, tahap selanjutnya yaitu implementasi keperawatan. Tujuan dilakukannya implementasi adalah untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi kelangsungan hidup. Pelaksanaan dari implementasi keperawatan menerapkan teknik komunikasi terapeutik (Widagdo, 2016). Implementasi dari keperawatan dapat dilakukan untuk individu dalam keluarga maupun untuk anggota keluarga lainnya yang pelaksanaannya mempengaruhi individu (Riasmini et al., 2017 dalam (Salamung et al., 2021)). Pada tahap ini, perawat sudah siap untuk melakukan prosedur dan aktivitas yang tercatat dalam rencana perawatan pasien. Tahap implementasi atau pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan yaitu validasi rencana asuhan, dokumentasi rencana asuhan, penyampaian asuhan dan pendataan (Nasrullah, 2016).

#### **G. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan yang melengkapi proses keperawatan, yaitu seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan implementasi telah berhasil dilaksanakan, meskipun fase evaluasi ini berada pada akhir proses keperawatan, namun evaluasi merupakan bagian penting dari setiap fase pekerjaan keperawatan (Widagdo, 2016). Kegiatan asesmen yang dilakukan oleh perawat termasuk menilai kemajuan status kesehatan klien dalam konteks keluarga, membandingkan respons individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dan menentukan hasil dari masalah terkait pengobatan dan kemajuan menuju tujuan yang ditetapkan (Salamung et al., 2021). Evaluasi juga didefinisikan sebagai keputusan keefektifan pekerjaan keperawatan di antara tujuan dasar pekerjaan keperawatan yang berpusat pada respons perilaku klien (Kholifah, 2016).

## H. DAFTAR PUSTAKA

- Alif, N., & Darmiati. (2022). *Peran Perawat Sebagai Fasilitator dalam Peningkatan Ekonomi Lansia The Role of Nurses as Facilitators in Improvement Elderly Economy*. 1(2).
- Amri, L. . F. (2019a). Pengetahuan Keluarga Tentang Pengabaian Pada Lansia. *Ensiklopedia of Journal*, 2(1), 128–136. <https://doi.org/10.33559/eoj.v2i1.354>
- Amri, L. F. (2019b). Hubungan Budaya Kerja Petugas Panti Menurut Persepsi Lansia dengan Kejadian Pengabaian di PSTW X Sumatera Barat. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(3), 651–658. <https://doi.org/10.37430/jen.v1i1.61>
- Amri, L. F., & Renidayati. (2018). *Buku Saku Peningkatan Penegtahuan Caregiver Dalam Mencegah dan Menurunkan Kejadian Pengabaian Pada Lansia*. Poltekkes Kemenkes Padang.
- Andarini, A. F., & Aryati, D. P. (2021). Gambaran Karakteristik Demografi Lansia Yang Mengalami Pengabaian : Literature Review. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1, 237–247. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.660>
- Artati, M. (2021). *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2021 (1st ed.)*. Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat.
- Aryati, D. P., Dwidiyanti, M., & Widyastuti, R. H. (2018). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Pengabaian Pada Lansia*. Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Ezalina, E. (2019). Karakteristik Kejadian Pengabaian Lansia Pada Keluarga Di Puskesmas Harapan Raya Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 8(1), 11–15. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v8i1.37>
- Girsang, A. P. L., Ramadani, karuniawati D., Nugroho, S. W., Sulistyowati, N. P., & Wilson, H. (2022). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2021*. Badan Pusat Statistik.
- Hamsah, I. A., Akbar, F., & Indriani. (2021). *Pengabaian Lanjut Usia Oleh Keluarga*. 1(1), 15.
- Jaji, Natosba, J., Idriansari, A., & Latifin, K. (2022). *Analisa Perbedaan Kejadian Bentuk Pengabaian Yang Dialami Lansia Di Panti Dan Komunitas Menggunakan Metode Screening Dengan Aplikasi*. 23–29.
- Kholifah, S. (2016). *Keperawatan Gerontik (S. Khofifah (ed.); 1st ed.)*. Pusdik SDM Kesehatan.

- Kusumo, M. Prasetyo. (2020). Buku Lansia. In *Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) UMY* (1st ed.). Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) UMY.
- Luthfa, I., Susanto, H., & Hasna, M. Y. (2021). Terapi reminiscence sebagai upaya meningkatkan kepuasan hidup lansia di rumah pelayanan sosial Pucang Gading Semarang. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 4(3), 590–597.
- Machmud, R., Effendi, N., Maputra, Y., Kedokteran, F., Padang, U. A., Manis, L., Barat, S., Padang, U. A., Manis, L., Padang, K., Psikologi, F. K., & Manis, L. (2020). *Analysis of the Neglect Types Experienced By the Elderlies Living With Their Family*. 8(1), 6–11.
- Manurung, S. S., Ritonga, I. L., & Damanik, H. (2020). *Keperawatan gerontik* (1st ed.). Penerbit Deepublish.
- Nasrullah, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1* (1st ed.). Trans Info Media.
- Padang, D. K. K. (2021). *Profil Kesehatan Kota Padang*.
- Rahayu, D. P., & Juanita. (2019). Hubungan pengabaian pada lansia dengan pemenuhan kebutuhan spiritual. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*, 08, 1–7.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). Keperawatan Keluarga (Family Nursing). In *Duta Media Publishing*. Duta Media Publishing.
- Sari, M. T., & Susanti. (2017). Gambaran Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Wherda Budi Luhur Dan Lansia Di Kelurahan Paal V - Kota Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 17(2), 178–183.
- Widagdo, W. (2016). *Keperawatan keluarga dan komunitas* (1st ed.). Pusdik SDM Kesehatan.



# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI**

**Ns. Ruslang, S.Kep., M.Adm.Kes.**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI

Ns. Ruslang, S.Kep., M.Adm.Kes.

Perlu kita ketahui bahwa lansia akan mengalami penurunan pada fungsi organ sehingga berbagai masalah kesehatan bisa muncul seperti penyakit degeneratif yang lebih dikenal dengan hipertensi juga disebut "*the silent diseases*". Perkembangan hipertensi berjalan secara perlahan, tetapi secara potensial sangat berbahaya.

Pada bab ini akan membahas tentang konsep medis penyakit hipertensi dan konsep asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi. Materi konsep medis penyakit hipertensi meliputi definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pencegahan dan pengobatan. Sedangkan materi konsep asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### A. KONSEP MEDIS

#### 1. DEFINISI

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan systole dan diastole mengalami kenaikan yang melebihi batas normal yaitu tekanan darah systole > 140mmHg dan diastole >90 mmHg (Muwarni 2011)

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir tidak konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan pada arterial sistemik, baik diastolik maupun sistolik, atau kedua-duanya secara terus-menerus (Sutanto 2010)

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan distolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg (Nurarif and Kusuma 2016)

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan tekanan darah melebihi batas normal dimana tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg.

## 2. ETIOLOGI

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder.

### a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi esensial atau hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial diantaranya genetik, jenis kelamin dan usia, diet konsumsi tinggi garam atau kandungan lemak, berat badan obesitas, serta gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol.

#### 1) Genetik

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.

#### 2) Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita yang telah menopause berisiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

#### 3) Diet konsumsi tinggi garam atau kandungan lemak.

Konsumsi garam yang tinggi atau konsumsi makanan dengan kandungan lemak yang tinggi secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

#### 4) Berat badan obesitas

Berat badan yang 25% melebihi berat badan ideal sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

#### 5) Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol

Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.

### b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu *Coarctationaorta*, penyakit parenkim paru dan vaskuler ginjal, penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen), gangguan endokrin, kegemukan, stress, kehamilan, luka bakar, peningkatan tekanan vaskuler dan merokok.

1) *Coarctationaorta*, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraksi atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.

2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal. Penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada pasien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous

dyplasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.

- 3) Penggunaan kontrasepsi hormonal (esterogen). Kontrasepsi secara oral yang memiliki kandungan esterogen dapat menyebabkan terjadinya hipertensi melalui mekanisme renin-aldosteron-mediate volume expansion. Pada hipertensi ini, tekanan darah akan kembali normal setelah beberapa bulan penghentian oral kontrasepsi.
- 4) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenalmediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin.
- 5) Kegemukan (obesitas) dan malas berolahraga.
- 6) Stres, yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.
- 7) Kehamilan
- 8) Luka bakar
- 9) Peningkatan tekanan vaskuler
- 10) Merokok.

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian menyebabkan kenaikan tekanan darah.

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

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

### **3. MANIFESTASI KLINIS**

Tanda dan gejala hipertensi yang sering terjadi adalah sakit kepala (rasa berat di tengkuk), kelelahan, keringat berlebihan, tremor otot, mual, muntah (Udjianti 2010)

Menurut Tambayong dalam (Nurarif and Kusuma 2016) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi tidak ada gejala dan gejala yang lazim.

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosis jika tekanan darah tidak teratur.

b. Gejala yang lazim

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

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

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

#### 4. PATOFISIOLOGI

Banyak faktor yang turut berinteraksi dalam menentukan tingginya natrium tekanan darah. Tekanan darah ditentukan oleh curah jantung dan tahanan perifer, tekanan darah akan meninggi bila salah satu faktor yang menentukan tekanan darah mengalami kenaikan, atau oleh kenaikan faktor tersebut.

a. Curah jantung

Peningkatan curah jantung dapat terjadi melalui 2 cara yaitu peningkatan volume cairan (preload) dan rangsangan syaraf yang mempengaruhi kontraktilitas jantung. Bila curah jantung meningkat tiba-tiba, misalnya rangsangan syaraf adrenergik, barorefleks akan menyebabkan penurunan resistensi vaskuler dan tekanan darah akan normal, namun pada orang tertentu, kontrol tekanan darah melalui barorefleks tidak adekuat, ataupun kecenderungan yang berlebihan akan terjadi vasokonstriksi perifer, menyebabkan hipertensi yang temporer akan menjadi hipertensi dan sirkulasi hiperkinetik. Pada hipertensi yang menetap, terjadi peningkatan resistensi perifer, sedangkan curah jantung normal atau menurun.

b. Resistensi perifer

Peningkatan resistensi perifer dapat disebabkan oleh hipertrofi dan konstiksi fungsional dari pembuluh darah, berbagai faktor yang dapat menyebabkan mekanisme ini yaitu adanya *promote pressure growth*, factor genetik dan factor yang berasal dari endotel.

- 1) *Promote pressure growth* seperti adanya katekolamin, resistensi insulin, angiotensin, hormon natriuretik, hormon pertumbuhan, dll.
- 2) Faktor genetik adanya defek transport natrium dan Ca terhadap sel membran.
- 3) Faktor yang berasal dari endotel yang bersifat vasokonstriktor seperti endotelium, tromboxane A2 dan prostaglandin H2.

## 5. PENCEGAHAN

Pencegahan hipertensi meliputi: mengurangi konsumsi garam. kebutuhan garam per hari yaitu 5 gr, mencegah kegemukan, membatasi konsumsi lemak, olahraga teratur, makan buah dan sayuran segar, hindari merokok dan tidak minum alkohol, latihan relaksasi/ meditasi dan berusaha membina hidup yang positif.

## 6. PENGOBATAN

Pengobatan hipertensi dibagi menjadi dua jenis yaitu pengobatan non farmakologi dan pengobatan farmakologi.

a. Pengobatan Non Farmakologi diantaranya:

- 1) Diet rendah garam/ kolesterol/ lemak jenuh
- 2) Mengurangi asupan garam kedalam tubuh
- 3) Ciptakan keadaan rileks
- 4) Melakukan olahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 sebanyak 3-4 kali seminggu.
- 5) Berhenti merokok dan Alkohol

b. Pengobatan Farmakologi

Terdapat banyak jenis obat antihipertensi saat ini. Untuk pemilihan obat yang tepat diharapkan menghubungi dokter diantaranya deuretik, penghambat simpatetik, betablocker dan antagonis kalsium.

1) Deuretik

Bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan ditubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung lebih ringan. Contoh: Hidroklorotiazid.

2) Penghambat simpatetik

Bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas). Contoh: Metildopa, Klonidin dan resepin.

3) Betabloker

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung dan tidak dianjurkan pada penderita yang mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronchial. Pada orang tua terdapat gejala bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan), sehingga pemberian obat harus berhati-hati. Contoh: Metoprolol, propranolol dan atenolol.

4) Antagonis kalsium

Menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Contoh: nifedipin, Diltiazem dan Verapamil.

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. PENGKAJIAN**

Hal-hal yang perlu dikaji pada saat melakukan pengkajian kepada klien/pasien lansia meliputi biodata, riwayat keluarga, riwayat pekerjaan, riwayat lingkungan hidup, riwayat rekreasi, sumber/system pendukung yang digunakan, riwayat kesehatan saat ini, riwayat alergi, riwayat peningkata/penurunan berat badan, pola istirahat tidur, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat keluarga dan tinjauan sistem.

a. Biodata

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa di hubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat difasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal.

b. Riwayat Keluarga

Pasangan (Apabila pasangan masih hidup): Status kesehatan, Umur, Pekerjaan. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup): Nama dan alamat.

c. Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

- d. Riwayat lingkungan hidup.  
Tipe tempat tinggal, Jumlah kamar, Jumlah tingkat, Jumlah orang yang tinggal serumah, Derajat privasi, Tetangga terdekat.
- e. Riwayat Rekreasi.  
Hobi/minat, Keanggotaan kelompok, Liburan/perjalanan.
- f. Sumber/ sistem pendukung yang digunakan:
  - 1) Dokter rumah sakit
  - 2) Kontrol kesehatan di rumah sakit
  - 3) Klinik
  - 4) Pelayanan kesehatan di rumah.
- g. Riwayat kesehatan saat ini.
  - 1) Penyakit yang diderita satu tahun terakhir.
  - 2) Penyakit yang diderita saat ini.
  - 3) Keluhan yang dialami satu tahun terakhir.
  - 4) Keluhan saat ini.
  - 5) Pengetahuan atau pemahaman dan penatalaksanaan kesehatan misalnya diet khusus atau mengganti balutan.
  - 6) Penggunaan obat.
  - 7) Nama obat
  - 8) Dosis obat.
  - 9) Bagaimana atau kapan menggunakan.
  - 10) Dokter yang menginstruksikan
  - 11) Tanggal resep.
- h. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik) : obat-obatan, makanan, kontak substansi dan faktor lingkungan.
- i. Riwayat peningkatan/penurunan berat badan.  
Indeks Massa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain).
- j. Pola istirahat tidur, lama tidur, gangguan tidur yang sering dialami.
- k. Riwayat kesehatan masa lalu : penyakit kanak-kanak, penyakit serius kronik, trauma, pembedahan, dan riwayat obstetric.
- l. Keluarga  
Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga .
- m. Tinjauan sistem  
Dalam tinjauan sistem ini melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang diawali dengan penilaian tingkat kesadaran dengan nilai normal 15 yang terdiri dari membuka mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara

verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6, dan di ikuti dengan pengukuran TTV: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR/Pernapasan.

1) Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan leher. Petugas melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. Kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugularis pada leher.

2) Dada

Untuk dada dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA); saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada; saat dilakukan palpasi untuk mengetahui batas jantung. Perkusi untuk mengetahui batas jantung dengan bunyi ketukan padat menunjukkan adanya jantung bagian dalam, sedangkan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyi jantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi jantung tambahan terdengar jika ada kelainan pada jantung atau bunyi jantung murmur.

3) Abdomen

**Inspeksi** bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan **palpasi** dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan **perkusi** di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien

Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan feses menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. **Auskultasi** abdomen dengan normal bising usus 15-35x/menit:Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aortatorakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

#### 4) Extremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

#### n. Pengkajian khusus pada lansia

Pengkajian khusus pada lansia yang perlu dikaji meliputi *Indeks Barthel* (Kemampuan ADL), *Indeks Katz*, *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*, *Mini Mental Status Exam (MMSE)*, *Inventaris Depresi Beck (IDB)*, Skala Depresi Geriatrik Yesavage, APGAR Keluarga.

## 2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi penurunan curah jantung (D.0008), nyeri akut (D.0077), dan intoleransi aktivitas (D.0056).

- a. D.0008 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.
- b. D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)
- c. D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

## 3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan pada lansia dengan hipertensi dapat dilihat pada tabel 8.1 di bawah ini:

**Tabel 8.1**  
**Intervensi Keperawatan Lansia dengan Hipertensi**

No	Diagnosis (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intevensi (SIKI)
1	<p><b>D.0008 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.</b></p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpitasi</li> <li>• Lelah</li> <li>• Dispnea Paroxymal nocturnal</li> </ul>	<p><b>L.02008 Curah Jantung</b></p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>- Ejection fraction (EF) meningkat</li> <li>- Cardiac index (CI) meningkat</li> <li>- Left ventricular stroke work index (LVSWI) meningkat</li> <li>- Stroke volume index (SVI) meningkat</li> </ul>	<p><b>I.02075 Perawatan jantung</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>- Identifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</li> <li>- Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> </ul>

	<p>dyspnea (PND)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopnea</li> <li>• Batuk</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan irama jantung       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bradikardia /takikardia</li> <li>b) Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi</li> </ol> </li> <li>2. Perubahan preload       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Edema</li> <li>b) Distensi vena jugularis</li> <li>c) Central venous pressure (CVP) meningkat /menurun</li> </ol> </li> <li>3. Perubahan afterload       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tekanan darah meningkat / menurun</li> <li>b) Nadi perifer teraba lemah</li> <li>c) Cappilaru refill time &gt; 3 detik</li> <li>d) Oliguria</li> <li>e) Warna kulit pucat dan / atau sianosi</li> </ol> </li> <li>4. Perubahan kontraktilitas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpitasi menurun</li> <li>- Bradikardi menurun</li> <li>- Takikardi menurun</li> <li>- Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>- Lelah menurun</li> <li>- Edema menurun</li> <li>- Distensi vena jugularis menurun</li> <li>- Dispnea menurun</li> <li>- Oliguria menurun</li> <li>- Pucat/ sianosis menurun</li> <li>- Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun</li> <li>- Ortopnea menurun</li> <li>- Baruk menurun</li> <li>- Suara jantung S3 menurun</li> <li>- Suara jantung S4 menurun</li> <li>- Murmur jantung menurun</li> <li>- Berat badan menurun</li> <li>- Hepatomegali menurun</li> <li>- Pulmonary vascular resistance (PVR) menurun</li> <li>- Systemic vascular resistance menurun</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)</li> <li>- Monitor EKG 12 sadapan</li> <li>- Monitor aritmia (kelaian irama dan frekuensi)</li> <li>- Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)</li> <li>- Monitor fungsi alat pacu jantung</li> <li>- Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> <li>- Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)</li> </ul> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>- Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</li> <li>- Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</li> <li>- Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</li> <li>- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu</li> <li>- Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> <li>- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> </ul> <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>- Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>- Anjurkan berhenti merokok</li> <li>- Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</li> <li>- Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</li> </ul> <p><i>Kolaborasi :</i></p>
--	--	---	--

	<p>a) Terdengar suara jantung S3 dan / atau S4</p> <p>b) Ejection fraction (EF) menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan preload (tidak tersedia)</li> <li>2. Perubahan afterload (tidak tersedia)</li> <li>3. Perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)</li> <li>4. Perilaku/ emosional <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cemas</li> <li>2) Gelisah</li> </ol> </li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan preload <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Murmur jantung</li> <li>b) Berat badan bertambah</li> <li>c) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun</li> </ol> </li> <li>2. Perubahan afterload <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pulmonary vascular resistance (PVR)</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capillary refill time (CRT) membaik</li> <li>- Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik</li> <li>- Central venous pressure membaik</li> </ul> <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</li> <li>- Rujuk ke program rehabilitasi jantung</li> </ul> <p><b>I.02076 Perawatan Jantung Akut</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi)</li> <li>- Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</li> <li>- Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> <li>- Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis. kalium, magnesium serum)</li> <li>- Monitor enzim jantung (mis. CK, CKOMB, Troponin T, Troponin I)</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis. skor TIMI, Killip, Crusade)</li> </ul> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</li> <li>- Pasang akses intravena</li> <li>- Puaskan hingga bebas nyeri</li> <li>- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres</li> <li>- Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</li> <li>- Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, jika perlu</li> <li>- Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> </ul> <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>- Anjurkan menghindari maneuvers Valsava (mis. mengedan saat BAB atau batuk)</li> <li>- Jelaskan tindakan yang dijalani pasien</li> <li>- Ajarkan teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan</li> </ul>
--	--	--	---

	<p>meningkat / menurun</p> <p>b) Systemic vascular resistance (SVR) meningkat / menurun</p> <p>c) Hepatomegali</p> <p>3. Perubahan kontraktilitas</p> <p>a) Cardiac index (CI) menurun</p> <p>b) Left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun</p> <p>c) Stroke volume index (SVI) menurun</p> <p>4. Perilaku/emosional (tidak tersedia)</p>		<p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian antipalletelet, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian antiangina (mis. nitrogliserin, beta blocker, calcium channel blocker)</li> <li>- Kolaborasi pemberian morfin, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian inotropik, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis. pelunak tinja, antiemetik)</li> <li>- Kolaborasi pencegahan trombus dengan antokoagulan, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemeriksaan x-ray dada, jika perlu</li> </ul> <p>(Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018)</p>
2	<p><b>D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan</b> agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)</p>	<p><b>L.08066 Tingkat Nyeri</b></p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> </ul>	<p><b>I.08238 Manajemen Nyeri</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ul>

	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p>Obejktif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berfikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menarik diri menurun</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>- Diaforesis menurun</li> <li>- Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>- Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>- Anoreksia menurun</li> <li>- Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>- Uterus teraba mebulat menurun</li> <li>- Ketegangan otot menurun</li> <li>- Pupil dilatasi menurun</li> <li>- Muntah menurun</li> <li>- Kual menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Pola napas membaik</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Proses berpikir membaik</li> <li>- Fokus membaik</li> <li>- Fungsi berkemih membaik</li> <li>- Perilaku membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> <li>- Pola tidur membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijak, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, komres hangat/ dingin, terapi bermain</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul> <p><b>I.08243 Pemberian Analgesik</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, instensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>- Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahn nyeri</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>- Monitor efektifitas analgesik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</li> </ul>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>- Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</li> <li>- Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ul>
3	<p><b>D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan</b> ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea saat/ setelah aktivitas</li> <li>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</li> <li>3. Merasa lelah</li> </ol> <p>Objektif :</p>	<p><b>L.05047 Toleransi Aktivitas</b></p> <p>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi meningkat</li> <li>- Saturasi oksigen meningkat</li> <li>- Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>- Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>- Jarak berjalan meningkat</li> <li>- Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>- Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>- Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</li> <li>- Keluahan leha menurun</li> </ul>	<p><b>I.05178 Manajemen Energi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>- Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas</li> <li>3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>4. Sianosis</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>- Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>- Perasaan lelah menurun</li> <li>- Aritmia saat aktivitas menurun</li> <li>- Aritmia setelah aktivitas menurun</li> <li>- Sianosis menurun</li> <li>- Warna kulit membaik</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Frekuensi napas membaik</li> <li>- EKG iskemia membaik</li> </ul>	<p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul> <p><b>I.05186 Terapi Aktivitas</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>- Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>- Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>- Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>- Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</li> <li>- Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>- Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>- Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>- Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>- Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>- Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</li> <li>- Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih</li> <li>- Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li> <li>- Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</li> <li>- Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> </ul>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> <li>- Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>- Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien dimensia, jika sesuai</li> <li>- Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li> <li>- Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</li> <li>- Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</li> <li>- Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</li> <li>- Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li> <li>- Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>- Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif, dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>- Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li> <li>- Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	---

**4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Implementasi dibuat sesuai dengan tindakan yang diberikan.

**5. EVALUASI KEPERAWATAN**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dimana kita melihat keberhasilan dalam implementasi.

### C. DAFTAR PUSTAKA

- Muwarni, A. 2011. *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Gosyen.
- Nurarif, A. H., and H. Kusuma. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosis Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus*. Yogyakarta: Mediacion.
- Sutanto. 2010. *Cekal (Cegah Dan Tangkal) Penyakit Modern*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- Udjianti, W. J. 2010. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.



# ASUHAN KEPERAWATAN TUBERCULOSIS PADA LANSIA

Samila, S.Kep, Ns, M.Kep





## ASUHAN KEPERAWATAN TUBERCULOSIS PADA LANSIA

Samila, S.Kep, Ns, M.Kep

### A. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit infeksi tertua yang melekat sepanjang sejarah peradaban manusia dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting di dunia hingga hari ini.<sup>1</sup> Pada tahun 1993, World Health Organization (WHO) telah mencanangkan TB sebagai Global Emergency.

Berdasarkan Global Tuberculosis Report 2020 yang diterbitkan oleh WHO, diperkirakan pada tahun 2019 terdapat:

- Insidens kasus : 10 juta (8,9 – 11 juta)
- Kasus meninggal (HIV negatif) : 1,2 juta (1,1 – 1,3 juta)
- Kasus meninggal (HIV positif) : 208.000(177.000- 242.000)

Jumlah kasus terbanyak adalah pada regio Asia Tenggara (44%), Afrika (25%) dan regio Pasifik Barat (18%). Terdapat 8 negara dengan jumlah kasus TB terbanyak yang mencakup dua pertiga dari seluruh kasus TB global yaitu India (26%), Indonesia (8,5%), Cina (8,4%), Filipina (6%), Pakistan (5,7%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%), dan Afrika Selatan (3,6%). Sebanyak 8,2% kasus TB adalah HIV positif. Pada tahun 2019, diperkirakan sebanyak 3,3% dari TB Paru kasus baru dan 18% dari TB Paru dengan riwayat pengobatan TB sebelumnya merupakan TB multidrug-resistant atau rifampicin-resistant (TB MDR/RR) dengan jumlah absolut sebanyak 465.000 (400.000 – 535.000) kasus TB MDR/RR baru.

Di Indonesia sendiri diperkirakan pada tahun 2019 terdapat 845.000 (770.000 – 923.000) kasus baru TB Paru, sebanyak 19.000 kasus baru di antaranya merupakan kasus TB-HIV positif. Diperkirakan terdapat 92.000 kematian pada kasus TB-HIV negatif dan 4.700 kematian pada pasien TB-HIV positif.

### B. DEFINISI

Bahwa, TB Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman mycobakterium tuberculosis yang menyerang saluran pernafasan terutama Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis dengan gejala yang bervariasi, akibat kuman mycobakterium tuberculosis sistemik sehingga dapat mengenai semua organ tubuh dengan lokasi terbanyak di paru paru yang biasanya merupakan lokasi infeksi primer (Mansjoer, 2000).

Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberculosis dapat juga ditularkan ke bagian tubuh lainnya, terutama meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Suddarth, 2003). Tuberculosis

paru adalah penyakit infeksi yang menyerang pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri yaitu mycobacterium tuberculosis, (Smeltzer, 2002). dapat menyimpulkan parenkim paru.

Pada usia lanjut terjadi perubahan-perubahan anatomik yang mengenai hampir seluruh susunan anatomik tubuh, dan perubahan fungsi tel, jaringan atau organ yang bersangkutan, salah satunya adalah perubahan pada saluran pernafasan. Yang mengalami perubahan adalah:

- Dinding dada : tulang-tulang mengalami osteoporosis, tulang-tulang rawan mengalami osifikasi, terjadi perubahan bentuk dan ukuran dada. Sudut epigastrik relatif mengecil dan volume rongga dada mengecil.
- Otot-otot pernafasan : mengalami kelemahan akibat atrofi.
- Saluran nafas : akibat kelemahan otot, berkurangnya jaringan elastis bronkus dan alveoli menyebabkan lumen bronkus mengecil. Cincin-cincin tulang rawan bronkus mengalami perkapuran (Widjayakusumah, 1992; Bahar, 1990. Didalam buku R.Boedi-Dharmojo dan H.Hadi Martono. 1999)
- Struktur jaringan parenkim paru : bronkiolus, duktus alveolaris dan alveolus membesar secara progresif, terjadi emfisema senilis (Bahar, 1992). Struktur kolagen dan elastin dinding saluran nafas perifer kualitasnya berkurang sehingga menyebabkan elastisitas jaringan parenkim paru berkurang. Penurunan elastisitas jaringan parenkim paru pada usia lanjut dapat karena menurunnya tegangan permukaan akibat pengurangan daerah permukaan alveolus (Taylor et al, 1989; Levinzky, 1995; Bahar, 1990 Didalam buku R.Boedi-Dharmojo dan H.Hadi Martono. 1999)
- Perubahan-perubahan fisiologik sistem pernafasan Perubahan fisiologik (fungsi) pada sistem pernafasan yang terjadi antara lain: adanya perubahan gerak nafas, hentuk, ukuran dada, maupun volume rongga dada akan merubah mekanika pernafasan, amplitudo pernafasan menjadi dangkal, timbul keluhan sesak nafas. Kelemahan otot pernafasan menimbulkan penurunan kekuatan gerak nafas, lebih-lebih apabila terdapat deformitas rangka dada akibat penuaan (Bahar, 1990. Didalam buku R. Boedi-Dharmojo dan H. Hadi Martono. 1999). Perubahan struktur anatomik saluran nafas akan menimbulkan penumpukan Warn dalam alveolus (air trapping) ataupun gangguan pendistribusian udara nafas dalam cabang-cabang bronkus.
- Volume dan kapasitas paru menurun. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor: kelemahan otot nafas, elastisitas jaringan parenkim paru menurun, resistensi saluran nafas (menurun sedikit). Secara umum dikatakan bahwa pada usia lanjut terjadi pengurangan ventilasi paru (Bahar. 1190; Widjayakusumah, 1992. Didalam buku R. Boedi-Dharmojo dan H. Hadi Martono. 1999)

- Gangguan transport gas. Pada usia lanjut terjadi penurunan PaO<sub>2</sub> secara bertahap, yang penyebabnya terutama disebabkan (adanya ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (Mangunegoro, 1992). Selain itu diketahui bahwa pengambilan O<sub>2</sub> oleh darah dari alveoli (difusi) dan transport O<sub>2</sub> ke jaringan-jaringan berkurang, terutama terjadi pada saat melakukan olah raga. Penurunan pengambilan O<sub>2</sub> maksimal disebabkan antara lain karena : (1) berbagai perubahan pada jaringan paru yang menghambat difusi gas, dan (2) karena berkurangnya aliran darah ke paru akibat turunya curah jantung (Widyakusumah, 1992. Didalam buku R. Boedi-Dharmojo dan H. Hadi Martono. 1999)
- Gangguan perubahan ventilasi paru. Pada usia lanjut terjadi gangguan pengaturan ventilasi paru, akibat adanya penurunan kepekaan kemoreseptor perifer, kemoreseptor sentral ataupun pusat-pusat pernafasan di medulla oblongata dan pons terhadap rangsangan berupa penurunan PaO<sub>2</sub>, peningkatan PaCO<sub>2</sub>, perubahan pH darah arteri dan sebagainya (Bahar, 1990. Didalam buku R. Boedi-Dharmojo dan H. Hadi Martono. 1999)

Hal ini memperlihatkan bahwa Secara fisiologis, lanjut usia ini tanpa penyakit saja sudah mengalami penurunan fungsi paru, ditambah menderita TB paru sehingga menambah dan memperburuk keadaan.

Tampilan klinis TB pada lansia tidak khas dan oleh karena itu mungkin tidak diketahui atau salah diagnosa. Batuk kronis, keletihan, dan kehilangan berat badan dihubungkan dengan penuaan dan penyakit yang menyertai.

### C. ETIOLOGI DAN TRANSMISI TB

Tuberkulosis biasanya menular dari manusia ke manusia lain lewat udara melalui percik renik atau droplet nucleus (u droplet nucleus (<5 microns) yang keluar ketika seorang yang terinfeksi TB paru atau TB laring batuk, bersin, atau bicara. Percik renik juga dapat dikeluarkan saat pasien TB paru melalui prosedur pemeriksaan yang menghasilkan produk aerosol seperti saat dilakukannya induksi sputum, bronkoskopi dan juga saat dilakukannya manipulasi terhadap lesi atau pengolahan jaringan di laboratorium. Percik renik, yang merupakan partikel kecil yang diameternya 1 sampai 5 μm dapat menampung 1-5 basil, dan bersifat sangat infeksius, dan dapat bertahan di dalam udara sampai 4 jam. Karena ukurannya yang sangat kecil, percik renik ini memiliki kemampuan mencapai ruang alveolar dalam paru, dimana bakteri kemudian melakukan replikasi. Penularan TB biasanya terjadi di dalam ruangan yang gelap, dengan minim ventilasi di mana percik renik dapat bertahan di udara dalam waktu yang lebih lama. Cahaya matahari langsung dapat membunuh tuberkel basil dengan cepat, namun bakteri ini akan bertahan lebih lama di dalam keadaan yang gelap. Kontak dekat dalam waktu yang lama dengan orang terinfeksi meningkatkan risiko penularan. Apabila terinfeksi, proses sehingga

paparan tersebut berkembang menjadi penyakit TB aktif bergantung pada kondisi imun individu. Pada individu dengan sistem imun yang normal, 90% tidak akan berkembang menjadi penyakit TB dan hanya 10% dari kasus akan menjadi penyakit TB aktif (setengah kasus terjadi segera setelah terinfeksi dan setengahnya terjadi di kemudian hari). Risiko paling tinggi terdapat pada dua tahun pertama pasca-terinfeksi, dimana setengah dari kasus terjadi. Kelompok dengan risiko tertinggi terinfeksi adalah anak-anak dibawah usia 5 tahun dan lansia. (Pedoman pelaksanaan pelayanan TB Kemenkes 2020)

#### **D. PATOFISIOLOGI**

Tuberkulosis paru atau TBC paru disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis* yang menular melalui aerosol dari membran mukosa paru-paru individu yang telah terinfeksi. Ketika seseorang dengan TB paru yang aktif batuk, bersin, atau meludah, droplet akan keluar ke udara bebas. Ketika terinhalasi oleh individu lain, droplet infeksius akan terkumpul di paru-paru dan organisme akan berkembang dalam waktu 2–12 minggu.

Kontak pertama bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dengan host dapat menyebabkan infeksi tuberkulosis primer yang umumnya membentuk lesi tipikal TB, yaitu kompleks Ghon. Kompleks Ghon merupakan granuloma epiteloid dengan nekrosis kaseosa di bagian tengahnya. Lesi ini paling umum ditemukan dalam makrofag alveolar dari bagian subpleura paru-paru.

Lesi inisial dapat sembuh dengan sendirinya dan infeksi menjadi laten. Fibrosis terjadi bila enzim hidrolitik melarutkan tuberkel dan lesi dikelilingi oleh kapsul fibrosis. Nodul fibrokaseosa ini sering kali mengandung *mycobacteria* dan berpotensi reaktivasi.

Ketika host tidak dapat menekan infeksi inisial, infeksi primer TB dapat berkembang lebih lanjut, terutama di lobus tengah dan bawah dari paru-paru. Eksudat yang purulen dan mengandung basil tahan asam (BTA) dapat ditemukan di sputum dan jaringan paru. Namun, bila infeksi tuberkulosis dapat ditekan atau dilawan oleh sistem imun, infeksi tuberkulosis dapat menjadi infeksi laten.

Individu dengan infeksi tuberkulosis laten tidak dapat menularkan bakteri tetapi infeksi laten dapat teraktivasi bila host mengalami immunosupresi. Setelah itu, infeksi akan menjadi infeksi tuberkulosis sekunder. Lesi tuberkulosis sekunder umumnya berada di apeks paru-paru.

## E. MANIFESTASI KLINIS

Manifestasi klinis tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala utama dan gejala tambahan:

1. Gejala Utama
  - Batuk berdahak  $\geq$  2 minggu
2. Gejala tambahan
  - Batuk darah
  - Sesak napas
  - Badan lemas
  - Penurunan nafsu makan
  - Penurunan berat badan yang tidak disengaja
  - Malaise
  - Berkeringat di malam hari tanpa kegiatan fisik
  - Demam subfebris lebih dari satu bulan
  - Nyeri dada

Gejala di atas dapat tidak muncul secara khas pada pasien dengan koinfeksi HIV. Selain gejala tersebut, perlu digali riwayat lain untuk menentukan faktor risiko seperti kontak erat dengan pasien TB, lingkungan tempat tinggal kumuh dan padat penduduk, dan orang yang bekerja di lingkungan berisiko menimbulkan pajanan infeksi paru, misalnya tenaga kesehatan atau aktivis TB. Gejala tuberkulosis ekstraparu tergantung dari organ yang terlibat, misalnya pada limfadenitis tuberkulosis akan terjadi pembesaran yang lambat dan tidak nyeri dari kelenjar getah bening, pada meningitis tuberkulosis akan terlihat gejala meningitis, sementara pada pleuritis tuberkulosa terdapat gejala sesak napas dan kadang nyeri dada pada sisi yang rongga pleuranya terdapat cairan.

## F. KOMPLIKASI

Komplikasi Tuberkulosis Tanpa pengobatan, tuberkulosis bisa berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru, namun bisa menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah.

Komplikasi tuberkulosis meliputi:

1. Nyeri tulang belakang. Nyeri punggung dan kekakuab adalah komplikasi tuberkulosis yang umum
2. Kerusakan sendi. Atritis tuberkulosis biasanya menyerang pinggul dan lutut.
3. Infeksi pada meningen (meningitis). Hal ini dapat menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama atau intermiten yang terjadi selama berminggu-minggu.
4. Masalah hati atau ginjal. Hati dan ginjal membantu menyaring limbah dan kotoran dari aliran darah. Fungsi ini menjadi terganggu jika hati atau ginjal terkena tuberkulosis.

5. Gangguan jantung. Meskipun jarang terjadi, tuberkulosis dapat mengidentifikasi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan kemampuan jantung untuk memompa secara efektif (Puspasari, 2019)

## **G. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Diagnosis TB paru, bisa sulit dan beberapa tes biasanya diperlukan. Klien perlu menjalani pemeriksaan:

### ❖ Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisis kelainan yang akan dijumpai tergantung dari organ yang terlibat.

Pada tuberkulosis paru, kelainan yang didapat tergantung luas kelainan struktur paru. Pada permulaan (awal) perkembangan penyakit umumnya tidak (atau sulit sekali) menemukan kelainan. Kelainan paru pada umumnya terletak di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior (S1 dan S2), serta daerah apeks lobus inferior (S6). Pada pemeriksaan fisis dapat ditemukan antara lain suara napas bronkial, amforik, suara napas melemah, ronki basah kasar/halus, dan/atau tanda-tanda penarikan paru, diafragma, dan mediastinum.

Pada pleuritis tuberkulosa, kelainan pemeriksaan fisis tergantung dari banyaknya cairan di rongga pleura. Pada perkusi ditemukan redup atau pekak, pada auskultasi ditemukan suara napas yang melemah sampai tidak terdengar pada sisi yang terdapat cairan.

### ❖ Pemeriksaan dahak mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS),

- S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- P (Pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di sarana pelayanan kesehatan.
- S (sewaktu): dahak dikumpulkan di sarana pelayanan kesehatan pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi

#### ❖ Pemeriksaan Foto Toraks

- Pada sebagian besar TB paru, diagnosis terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks. Namun pada kondisi tertentu pemeriksaan foto toraks perlu dilakukan sesuai dengan indikasi sebagai berikut:
- Hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. Pada kasus ini pemeriksaan foto toraks dada diperlukan untuk mendukung diagnosis 'TB paru BTA positif. (lihat bagan alur)
- Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT. (lihat bagan alur)
- Pasien tersebut diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang memerlukan penanganan khusus (seperti: pneumotorak, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleural) dan pasien yang mengalami hemoptisis berat (untuk menyingkirkan bronkiektasis atau aspergiloma).

## H. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan tuberkulosis paru atau TBC paru dilakukan dengan pemberian obat antituberkulosis atau OAT, misalnya isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol. Kombinasi obat-obat ini dikonsumsi secara teratur dan diberikan dalam jangka waktu yang tepat meliputi tahap awal dan tahap lanjutan.

Pemberian OAT adalah komponen terpenting dalam penanganan tuberkulosis dan merupakan cara yang paling efisien dalam mencegah transmisi TB. Prinsip pengobatan TB yang adekuat meliputi:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan obat yang meliputi minimal empat macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap OAT.
2. OAT diberikan dalam dosis yang tepat.
3. OAT ditelan secara teratur dan diawasi oleh pengawas menelan obat (PMO) hingga masa pengobatan selesai.
4. OAT harus diberikan dalam jangka waktu yang cukup, meliputi tahap awal/ fase intensif dan tahap lanjutan. Pada umumnya lama pengobatan TB paru tanpa komplikasi dan komorbid adalah 6 bulan. Pada TB ekstraparu dan TB dengan komorbid, pengobatan dapat membutuhkan waktu lebih dari 6 bulan. Pada tahap awal/fase intensif, OAT diberikan setiap hari.

Pemberian OAT pada tahap awal bertujuan untuk menurunkan secara cepat jumlah kuman TB yang terdapat dalam tubuh pasien dan meminimalisasi risiko penularan. Jika pada tahap awal OAT ditelan secara teratur dengan dosis yang tepat, risiko penularan umumnya sudah berkurang setelah dua minggu pertama tahap awal pengobatan. Tahap awal juga bertujuan untuk memperkecil pengaruh sebagian kecil kuman TB yang mungkin sudah resisten terhadap OAT sejak sebelum

dimulai pengobatan. Durasi pengobatan tahap awal pada pasien TB sensitif obat (TB-SO) adalah dua bulan. Pengobatan dilanjutkan dengan tahap lanjutan.

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan untuk membunuh sisa kuman TB yang tidak mati pada tahap awal sehingga dapat mencegah kekambuhan. Durasi tahap lanjutan berkisar antara 4 – 6 bulan.

#### Pencegahan Penyakit TB paru

Salah satu langkah untuk mencegah TBC adalah dengan menerima vaksin BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*). Di Indonesia, vaksin ini termasuk dalam daftar imunisasi wajib dan diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan. Bagi yang belum pernah menerima vaksin BCG, dianjurkan untuk melakukan vaksin bila terdapat salah satu anggota keluarga yang menderita TBC. Beberapa upaya yang dilakukan untuk mencegah penularan TB yaitu:

- Menggunakan masker saat berada ditempat ramai dan berinteraksi dengan penderita TBC, serta mencuci tangan.
- Tutup mulut saat bersin, batuk, dan tertawa atau gunakan tisu untuk
- Menutup mulut, tisu yang sudah digunakan dimasukan kedalam plastik dan di buang ke kotak sampah.
- Tidak membuang dahak atau meludah sembarangan.
- Pastikan rumah memiliki sirkulasi udara yang baik, misalnya dengan sering membuka pintu dan jendela agar udara segar serta sinar matahari dapat masuk.
- Jangan tidur sekamar dengan orang lain, sampai dokter menyatakan TBC yang diderita tidak lagi menular.
- Khusus bagi penderita TB menggunakan masker ketika berada disekitar orang terutama selama tiga minggu pertama pengobatan, upaya ini dapat membantu mengurangi resiko penularan (kemenkes RI, Pencegahan Penyakit TB)

#### I. PENGKAJIAN

Pengkajian Menurut Lasma & Sirait tahun 2017 pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan memiliki peran mengumpulkan informasi, data pasien untuk selanjutnya diidentifikasi dan dilakukan proses keperawatan.

Contoh kasus:

Seorang laki – laki berusia 60 tahun mengalami sesak napas, dan dilarikan kerumah sakit. Pengkajian fisik didapatkan suara bunyi ronkhi di ½lapang paru bawah. Frekuensi nafas 26 kali/menit. Klien batuk lebih dari 2 bulan. Malaise, dan berkerigat malam. Batuk lendir berwarna hijau dengan bercampur sedikit darah, kental dan berbau tampak susah untuk mengeluarkan dahak saat batuk. Klien mengatakan bahwa dirinya tinggal dengan orang yang mengkonsumsi rokok 2 pak/hari selama

25 tahun. Klien juga mengatakan tidak nafsu makan, mual, muntah. Klien kehilangan tonus otot, BB turun 70 kg menjadi 53 kg, Tb 165 cm, konjungtiva anemis. P 30 x/menit, TD 90/60 mmHg, N 120 x/menit, S 37°C. batuk. Pasien dinyatakan TB paru oleh dokter. Hasil Pemeriksaan sputum : BTA(+).

## J. DIAGNOSIS

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan atau penilaian seorang perawat terhadap masalah yang muncul akibat respon pasien.

Berdasarkan data pengkajian kasus di atas maka didapatkan diagnose keperawatan sebagai berikut:

1. **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.**  
Ditunjukkan karena adanya data subjektif pasien mengeluh batuk terus menerus, dan data objektifnya adalah terdapat ronkhi, pasien tampak gelisah, pola nafas berubah.
- 2 **Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.** Masalah tersebut ditunjukkan karena adanya data subjektif pasien mengatakan nafsu makan menurun, dan dibuktikan oleh data objektif menurunnya bbdari 70 kg menjadi 53 kf.

## K. INTERVENSI

Masalah keperawatan yang muncul kemudian disusun suatu rencana keperawatan sebagai tindak lanjut masalah keperawatan yang ditegakkan:

1. **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** sesudah mengimplementasikan selama 3 x 8 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil batuk efektif meningkat, ronkhi menurun, gelisah menurun, pola nafas membaik.
  - Intervensi pertama dengan monitor bunyi nafas.
  - Intervensi yang kedua memposisikan fowler atau semi fowler.
  - Intervensi ketiga adalah melatih teknik batuk efektif.
  - Yang keempat kolaborasi pemberian bronkodilator farbivent 3 x 1 sehari melalui nebulizer.
2. **Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis** setelah dilakukan implementasi selama 3 x 8 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : nafsu makan membaik, porsi makan yang dihabiskan, berat badan membaik.
  - Intervensi yang dilakukan adalah : monitor asupan makanan, anjarkan posisi duduk, untuk mencegah konstipasi berikan makanan tinggi serat, untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan berkolaborasi

dengan ahli gizi. Pemberian infus b fluid.

#### **L. Implementasi**

Berdasarkan intervensi yang telah dirancang sesuai dengan diagnose yang telah ditegakkan, kemudian di implementasikan sebagai tindak lanjut. Tindakan keperawatan yang diupayakan untuk kesembuhan pasien yaitu :

##### **1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**

- memonitor bunyi nafas pasien
- memposisikan untuk di posisikan semi fowler atau setengah duduk dan
- mengajarkan teknik batuk tidak efektif
- Dan pemberian terapi obat farbivent 3 x 1 melalui nebulizer

##### **2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis**

- memonitor asupan makanan pasien, untuk mencegah
- konstipasi diberikan makanan tinggi serat
- menganjurkan posisi duduk
- mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah
- Dan pemberian terapi obat ondansetron melalui iv 3 x 8 gram Vomizole 1 x 1 gram melalui iv
- terpasang infus B fluid 20 tetesan per menit berisi vitamin penambah nutrisi dalam tubuh.

#### **M. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tindakan untuk melihat respon pasien terhadap implementasi asuhan keperawatan yang telah diberikan dan untuk perkembangan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Wahdi, D. R. P. S., 2021. *Mengenal Tuberkulosis*. 1 ed. Jakarta: s.n.
- PDPI, 2021. *Pedoman Diagnosis dan Penata Lakasana di Indonesia*. Jakarta: PDPI.
- PPNI, T. P. S. D., 2017. *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Divisi dan Indikator Diagnostic*. Jakarta: TIM Pokja DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D., 2018. *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Divis Dan Indikator Diagnostic*. Jakarta: Tim Pokja DPP PPNI.
- RI, K., 2021. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit TB*. Jakarta: Kemenkes RI Direktorat Pelayanan TB.
- Sembiring, S., 2019. *Indonesia Bebas TB*. Bandung: CV Sejak Anggota Ikap.



## SINOPSIS

### **Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Berbagai Masalah Kesehatan**

Buku chapter ini berisi 9 (Sembilan) paper hasil kajian pustaka, tentang Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Berbagai Masalah Kesehatan atau Keperawatan. Buku chapter ini ditulis oleh berbagai Dosen Nasional dan tergabung dalam Group Dosen Optimal.

Adapun paper dalam buku chapter, sebagai berikut : Asuhan Keperawatan Lansia dengan Inkontinensia Urine Berlebih, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Gagal Ginjal Akut, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Atritis Reumatoid (AR), Asuhan Keperawatan Lansia dengan Diabetes Mellitus Type 2, Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi dengan Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan Lansia Osteoarthritis dengan Hambatan Mobilitas Fisik, Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Pengabaian di Keluarga, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi, dan Asuhan Keperawatan Lansia dengan Tuberculosis.

Sistematika penulisan telah disusun mengikuti alur yang disesuaikan kebutuhan bagi pembaca Optimal, sehingga memudahkan dalam mencerna isi tulisan buku chapter. Hapan kami, dengan terbitnya buku chapter ini akan menjadi referensi dan menambah wawasan, bagi pencinta ilmu-ilmu kesehatan khususnya keperawatan. Akhirnya buku chapter ini dapat menjadi rujukan dari berbagai pihak sesuai konteks masalah yang dihadapi.

Buku chapter ini berisi 9 (Sembilan) paper hasil kajian pustaka, tentang Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Berbagai Masalah Kesehatan atau Keperawatan. Buku chapter ini ditulis oleh berbagai Dosen Nasional dan tergabung dalam Group Dosen Optimal.

Adapun paper dalam buku chapter, sebagai berikut : Asuhan Keperawatan Lansia dengan Inkontinensia Urine Berlebih, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Gagal Ginjal Akut, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Atritis Reumatoid (AR), Asuhan Keperawatan Lansia dengan Diabetes Mellitus Type 2, Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi dengan Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan Lansia Osteoarthritis dengan Hambatan Mobilitas Fisik, Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Pengabaian di Keluarga, Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi, dan Asuhan Keperawatan Lansia dengan Tuberculosis.

Sistematika penulisan telah disusun mengikuti alur yang disesuaikan kebutuhan bagi pembaca Optimal, sehingga memudahkan dalam mencerna isi tulisan buku chapter. Hapan kami, dengan terbitnya buku chapter ini akan menjadi referensi dan menambah wawasan, bagi pencinta ilmu-ilmu kesehatan khususnya keperawatan. Akhirnya buku chapter ini dapat menjadi rujukan dari berbagai pihak sesuai konteks masalah yang dihadapi.

**Penerbit :**

PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-09-3902-0



9 786230 939020