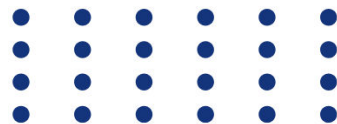


KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK



PENULIS :

- Dewi Rury Arindari
- Suprpto
- Era Widia Sary
- Rentawati Purba
- Haris
- Uji Kawuryan
- Darni
- Isymiarni Syarif
- Lukman Nulhakim
- Solehudin



KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

**Dewi Rury Arindari
Suprpto
Era Widia Sary
Rentawati Purba
Haris
Uji Kawuryan
Darni
Isymiarni Syarif
Lukman Nulhakim
Solehudin**



GET PRESS INDONESIA

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Dewi Rury Arindari
Suprpto
Era Widia Sary
Rentawati Purba
Haris
Uji Kawuryan
Darni
Isymiarni Syarif
Lukman Nulhakim
Solehudin

ISBN : 978-623-198-674-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 6 September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik ini.

Buku ini membahas Konsep keperawatan gerontic, Fokus keperawatan gerontic, Tujuan keperawatan gerontic, Peran Perawat gerontic, Pendekatan proses pengumpulan data, Data perubahan fisik, psikologis dan psikososial, Diagnosis keperawatan gerontic, Perencanaan keperawatan gerontic, Prioritas masalah keperawatan gerontic, Cara mempertahankan kemampuan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia, Konsep Lanjut Usia dan Proses Penuaan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 6 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK	1
1.1 Definisi Keperawatan Gerontik.....	1
1.2 Tujuan Keperawatan Gerontik.....	2
1.3 Fokus Keperawatan Gerontik	3
1.4 Ruang Lingkup Keperawatan Gerontik	4
1.5 Setting Layanan Keperawatan Gerontik	4
1.6 Aspek Legal Etik Keperawatan Gerontik.....	5
1.7 Peran dan Tanggung Jawab Perawat Gerontik	6
1.8 Persyaratan Perawat Gerontik.....	9
1.9 Fungsi Perawat Gerontik.....	10
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 FOKUS KEPERAWATAN GERONTIK.....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	30
BAB 3 TUJUAN KEPERAWATAN GERONTIK.....	33
DAFTAR PUSTAKA.....	41
BAB 4 PERAN PERAWAT GERONTIK.....	43
4.1 Pendahuluan	43
4.2 Peran Perawat Dalam Praktik Keperawatan Gerontik.....	45
4.2.1 Peran Perawat Sebagai Care Giver (pemberi asuhan keperawatan).....	45
4.2.2 Peran Perawat Sebagai Educator.....	47
4.2.3 Peran Perawat Sebagai Advokat	49
4.2.4 Peran Perawat Sebagai Konselor	51
4.2.5 Peran Perawat Sebagai Koordinator.....	52
4.2.6 Peran Perawat Sebagai Kolaborator	53
5.2.7 Peran Perawat Sebagai <i>Change Agent</i>	54

4.2.8 Peran Perawat Sebagai <i>Consultant</i>	56
DAFTAR PUSTAKA	57
BAB 5 PENDEKATAN PROSES PENGUMPULAN	
DATA PADA LANJUT USIA.....	59
5.1 Definisi Pengumpulan Data.....	59
5.2 Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengumpulan Data.....	60
5.3 Karakteristik Pengumpulan data	62
5.4 Jenis Pembagian Data.....	62
5.5 Sumber data.....	64
5.6 Metode Pengumpulan data.....	65
5.7 Masalah dalam pengumpulan Data.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
BAB 6 DATA PERUBAHAN FISIK, PSIKOLOGIS	
DAN PSIKOSOSIAL	73
6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Perubahan Fisik Pada Lansia	74
6.2.1 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Kardiovaskuler	74
6.2.2 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Pencernaan	74
6.2.3 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Pernafasan..	75
6.2.4 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Muskuloskeletal.....	75
6.2.5 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Endokrin	75
6.2.6 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Integumen...	75
6.2.7 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Persarafan...	76
6.2.8 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Perkemihan	76
6.2.9 Peran Perawat dalam Perubahan Fisik Lansia.....	76
6.3 Perubahan Psikologis Pada Lansia	77
6.4 Perubahan Psikososial Pada Lansia	79
DAFTAR PUSTAKA	83
BAB 7 DIAGNOSIS KEPERAWATAN GERONTIK.....	85
7.1 Diagnosis Keperawatan Berdasarkan SDKI	85

7.1.1 Defenisi Diagnosis Keperawatan	85
7.1.2 Pengelompokkan diagnosa Keperawatan	86
7.1.3 Macam-macam Diagnosa Keperawatan	87
7.1.4 Bagian Diagnosa Perawatan	88
7.1.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan	90
7.1.6 Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi (SDKI)	93
7.1.7 Diagnosis keperawatan pada lansia.	94
7.2 Diagnosis Keperawatan Berdasarkan NANDA	96
7.2.1 Peta Diagnosis Keperawatan	96
7.2.2 ICM (Intan's Clinical Reasoning Model)	98
7.2.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan	99
7.2.4 Diagnosis keperawatan pada lansia (NANDA).	101
DAFTAR PUSTAKA	106
BAB 8 PERENCANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN	107
8.1 Pengertian Keperawatan Gerontik	107
8.2 Pentingnya Perencanaan Tindakan Keperawatan dalam Keperawatan Gerontik	109
8.3 Tujuan Perencanaan Tindakan Keperawatan pada Pasien Lanjut Usia	110
8.4 Langkah-Langkah Perencanaan Tindakan Keperawatan dalam Keperawatan Gerontik	112
8.5 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Perencanaan Keperawatan Gerontik	114
8.6 Penentuan Tujuan Dan Hasil Yang Di Harapkan	116
8.7 Rencana Tindakan Keperawatan	117
DAFTAR PUSTAKA	120
BAB 9 PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN	
GERONTIK	121
9.1 Pendahuluan	121
9.2 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan	122
9.2.1 Standar V: Standar asuhan keperawatan	123
9.2.2 Depkes RI, 1992 : Pedoman Asuhan Keperawatan	124

9.2.3 Hierarki Maslow	124
9.2.4 Pendekatan Body System (B1 - B6)	127
9.3 Prioritas masalah untuk menentukan asuhan keperawatan	128
9.4 Prioritas perawatan yang <i>Urgent</i> pada lansia dengan masalah Kesehatan Mental	130
DAFTAR PUSTAKA	131
BAB 10 KEMAMPUAN ADL, KONSEP LANSIA DAN PROSES MENUA	133
10.1 Pendahuluan	133
10.2 Kemampuan <i>Activity Daily Living</i>	134
10.2.1 Pengertian Activity Daily Living	135
10.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi <i>Activity Daily Living</i>	136
10.2.3 Cara Mempetahankan Kemampuan <i>Activity Daily Living</i>	137
10.3 Konsep Lanjut Usia	138
10.3.1 Pengertian Lanjut Usia	139
10.3.2 Klasifikasi Lanjut Usia	139
10.3.3 Tipe Lanjut Usia	140
10.3.4 Kebijakan Kesejahteraan Lanjut Usia	141
10.4 Proses Menua	142
10.4.1 Teori Menua	142
DAFTAR PUSTAKA	146
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 7.1. Macam-macam Diagnosa Keperawatan	87
Gambar 7.2. Proses penegakkan Diagnosa	90
Gambar 7.3. Gambar Peta Diagnosis Keperawatan meburut NANDA	97
Gambar 9.1. Siklus tahapan proses keperawatan	121
Gambar 9.2. Hierarki Kebutuhan Maslow	125
Gambar 9.3. Pendekatan <i>Body System</i> B1-B6	127

DAFTAR TABEL

Tabel 7.1. Descriptor fokus doagnostik terhadap diagnosa keperawatan	88
Tabel 7.2. Deskriptpr dan Pengertian Diagnosa Perawatan	89
Tabel 7.3. jenis diagnosis keperawatan dan cara penulisan masalah.....	92
Tabel 7.4. Tabel pembagian diagnosis keperawatan pada pasien lanjut usia (gerontik)	95
Tabel 7.5. ICM <i>Intan's Clinical Reasoning Model</i> NANDA.....	98
Tabel 7.6. Pembagian diagnosis keperawatan pada pasien lanjut usia NANDA, 2015.	101
Tabel 9.1. Prioritas masalah dalam perawatan berdasarkan kondisi klinis atau keluhan klien...	128

BAB 1

KONSEP KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Dewi Rury Arindari

1.1 Definisi Keperawatan Gerontik

Keperawatan gerontik merupakan suatu bentuk pelayanan yang diberikan kepada lansia yaitu individu yang berusia 60 tahun atau lebih baik dalam kondisi sehat maupun sakit meliputi bio-psiko-sosio-spiritual yang bertujuan memaksimalkan kesehatan dengan konsep *succesfull aging*. Keperawatan gerontik selalu berdampingan dengan geriatri, perbedaan mendasar terletak pada fokus pelayanannya. Gerontik berfokus pada optimalisasi kesehatan pada lansia sedangkan geriatrik yang merupakan sub spesialisasi dari ilmu kedokteran berfokus pada penyakit dan gangguan atau masalah kesehatan yang dialami oleh lansia (Romana, 2022).

Keperawatan gerontik menurut (Maryam, 2008) dalam (Ratnawati, 2019) adalah suatu spesialisasi dari ilmu keperawatan usia lanjut yaitu individu yang berusia 60 tahun atau lebih dalam kondisi sehat atau sakit yang dapat melaksanakan peran pada setiap tatanan pelayanan baik setting di rumah sakit, panti atau pun di rumah dengan bekal pengetahuan, keahlian dan keterampilan meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual dengan tujuan meningkatkan fungsi optimal lansia secara komprehensif.

Pendapat lain oleh (Sunaryo, 2016) menjelaskan bahwa keperawatan lansia merupakan bidang keperawatan khusus yang memfokuskan pada perhatian terhadap pengkajian kesehatan dan status fungsional lansia, merencanakan dan mengimplementasikan pelayanan keperawatan untuk memenuhi kepatuhan yang

mengalami masalah serta mengevaluasi efektivitas dari pelayanan keperawatan yang diberikan.

Dari beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa keperawatan gerontik merupakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu berusia 60 tahun atau lebih dalam kondisi sehat atau sakit pada *setting* rumah sakit, rumah dan panti werdha akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar lansia pada proses penuaan yang dialami secara alamiah oleh setiap individu.

1.2 Tujuan Keperawatan Gerontik

Beberapa ahli telah merangkum sejumlah pendapat tentang tujuan dari pelayanan keperawatan gerontik. Menurut (Romana, 2022), tujuan dari keperawatan gerontik dengan prinsip memaksimalkan kualitas hidup lansia terdiri dari:

1. Mempertahankan fungsi kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL)
2. Mempertahankan derajat kesehatan lansia
3. Mendampingi lansia pada fase terminal atau sakaratul maut untuk dapat meninggal dengan tenang dan damai

Pendapat lain dari (Ratnawati, 2019), mengemukakan beberapa tujuan dari asuhan keperawatan gerontik meliputi:

1. Meningkatkan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari melalui upaya promotif, preventif dan rehabilitatif,
2. Meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan lansia dengan mengutamakan upaya preventif dan kuratif;
3. Memotivasi semangat hidup lansia;
4. Menolong dan merawat lansia yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan sesuai dengan kemampuan lansia;
5. Membantu lansia dan keluarga untuk memahami perubahan yang terjadi pada usia lanjut;

6. Memotivasi kelompok masyarakat dalam meningkatkan kesejahteraan hidup lansia;
7. Merangsang *health care provider*, khususnya perawat untuk dapat mengenali masalah kesehatan lansia sedini mungkin dan merumuskan diagnosa yang tepat.

1.3 Fokus Keperawatan Gerontik

Fokus asuhan keperawatan gerontik merupakan respon individu yang bersifat aktual, risiko maupun wellness atau promosi kesehatan, bukan hanya berfokus pada kondisi sakit saja melainkan juga pada kondisi sehat meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, mengoptimalkan fungsi mental dan menganalisis gangguan umum (Sunaryo, 2016).

Dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik maka fokus implementasi keperawatan yang akan dilakukan didasarkan pada 3 level pencegahan meliputi primer, sekunder dan tersier. Beberapa kegiatan implementasi keperawatan yang dilakukan pada level pencegahan primer antara lain imunisasi, konseling, dukungan nutrisi, olahraga teratur, keamanan baik di dalam atau diluar rumah, manajemen stress, penggunaan pengobatan yang tepat (Ratnawati, 2019).

Fokus kegiatan proses asuhan keperawatan gerontik pada level pencegahan sekunder yaitu kontrol kesehatan, deteksi dini atau screening penyakit yang mungkin terjadi pada lansia. Selanjutnya kegiatan implementasi pada level pencegahan tersier meliputi kegiatan pencegahan perkembangan gejala melalui upaya fasilitasi sarana prasarana rehabilitasi dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi penyakit kronis tertentu. Selain itu upaya mempertahankan kemampuan untuk berfungsi dan bermanfaat juga menjadi salah satu fokus level preventif tersier (Ratnawati, 2019).

1.4 Ruang Lingkup Keperawatan Gerontik

Menurut (Muhith, 2016), ruang lingkup dalam keperawatan gerontik antara lain upaya preventif atas ketidakmampuan lansia akibat dari proses penuaan, upaya perawatan dimana asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan dan upaya pemulihan dengan tujuan untuk mengatasi keterbatasan lansia akibat dari proses penuaan.

1.5 Setting Layanan Keperawatan Gerontik

Adapun setting layanan keperawatan gerontik sesuai dengan tempat bekerja perawat gerontik pada berbagai sistem layanan kesehatan meliputi rumah sakit, klinik, *homecare* atau panti werdha. (Mauk, 2006) dalam (Romana, 2022) membagi setting layanan gerontik menjadi 3 bagian yaitu bangsal perawatan akut, perawatan jangka panjang dan perawatan komunitas.

Secara umum layanan gerontik dibagi menjadi:

1. Komunitas berdasarkan pelayanan lansia merupakan layanan yang memberdayakan masyarakat melalui pemberian pelatihan dan pendidikan kesehatan/penyuluhan terlebih dahulu yang dikenal dengan istilah kader yang berperan aktif melaporkan situasi dan kondisi lansia dilingkungan sekitar dibawah monitoring puskesmas dan praktik dokter mandiri.
2. Rumah sakit berdasarkan pelayanan komunitas lansia merupakan layanan aktif oleh puskesmas berupa pembinaan lansia yang ada dalam wilayah kerja rumah sakit. Puskesmas merupakan perpanjangan tangan dari rumah sakit, sehingga lansia yang awalnya dirawat dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit setelah sembuh dan kembali ke komunitas atau masyarakat akan menjadi tanggung jawab dari puskesmas. Adapun layanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas meliputi

posyandu, perawatan lansia di rumah/home care, pelayanan kesehatan di panti werdha.

3. Rumah sakit berdasarkan pelayanan lansia merupakan layanan kesehatan atau terapi yang dilakukan rumah sakit dalam bentuk klinik rawat jalan, home care, bangsal perawatan akut, bangsal perawatan kronis. Bangsal perawatan psiko geriatri dan day care lansia yang memerlukan pengawasan dalam waktu yang singkat.

(Romana, 2022)

1.6 Aspek Legal Etik Keperawatan Gerontik

Issue berkaitan etik yang merupakan bagian dasar dari keperawatan gerontik adalah aspek penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik meliputi pengambilan keputusan atau terkait pelaksanaan tindakan lansia. Prinsip etik yang harus diperhatikan pada saat pemberian layanan keperawatan pada lansia adalah sebagai berikut:

1. Empati yaitu upaya memahami orang lain berdasarkan perspektif orang tersebut sehingga perawatannya dapat diberikan secara wajar, tepat dan tidak berlebihan.
2. *Non meleficiencie* dan *beneficiencie* yaitu memberikan layanan terbaik pada lansia dengan melindungi hak-hak dan mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti memprioritaskan keinginan lansia dan mengedukasi lansia dan keluarga tentang efek samping dari suatu tindakan.
3. Otonomi yang berkaitan dengan perlindungan terhadap hak lansia dan pengaplikasiannya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan dan kesehatan lansia.
4. Keadilan memiliki prinsip harus diberikan secara adil bagi seluruh lansia dan tidak membedakan lansia dalam memberikan perawatan dengan alasan yang tidak realistis;

5. Kejujuran memiliki prinsip bahwa perawat harus dapat memenuhi janji kepada lansia yang dirawat. (Romana, 2022).

1.7 Peran dan Tanggung Jawab Perawat Gerontik

Peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan orang lain terhadap individu sesuai dengan posisinya dalam suatu sistem yang dipengaruhi oleh keadaan sosial (Kozier et al, 1995) dalam (Sunaryo, 2016). Menurut (Mauk, 2006) dan (Butterfill, 2020) dalam (Romana, 2022) mengelompokkan peran perawat dalam keperawatan gerontik menjadi:

1. *Care provider*

Perawat gerontik memberikan arahan serta menangani klien lansia secara langsung diberbagai area layanan meliputi implementasi keperawatan berupa observasi, pendidikan kesehatan dan tindakan medis yang didelegasikan.

2. *Educator*

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang beresiko tinggi, kader kesehatan dan lain sebagainya yang bersifat promotif dan preventif dalam mengelola gejala penyakit atau efek dari proses penuaan.

3. *Case Manajer*

Perawat gerontik sebagai manajer harus memiliki kemampuan dalam memimpin, mengatur waktu, komunikasi baik, membangun atmosfir kerjasama dengan tim dan manajemen suatu perubahan.

4. *Pengguna Hasil Penelitian*

Perawat gerontik mengikuti perkembangan ilmu keperawatan melalui penggunaan hasil riset. Perawat memilih hasil riset untuk kemudian diaplikasikan ke dalam pelaksanaan praktik agar kualitas layanan dapat diperbaiki.

5. *Researcher*

Perawat gerontik akan menemukan banyak pertanyaan dan masalah yang dapat dijadikan sebagai stimulus pelaksanaan suatu riset. Perawat diharapkan dapat melakukan banyak riset terhadap permasalahan untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan gerontik. Penelitian dalam bidang keperawatan diharapkan dapat mengurangi kesenjangan penguasaan teknologi dibidang kesehatan, memperkuat upaya menetapkan dan memajukan profesi keparawatan.

6. *Advocat*

Perawat gerontik menjadi penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain untuk memenuhi kebutuhan klien, membela kepentingan klien, membantu klien memahami semua informasi terkait dengan penyakit dan prosedur penanganan, melindungi hak klien termasuk hak atas layanan terbaik, informasi penyakit, privasi, menentukan keputusan atas dirinya sendiri dan tanggung gugat.

7. *Counselor*

Perawat gerontik memberi bimbingan dan konseling kepada klien, keluarga dan masyarakat terkait masalah kesehatannya serta mengidentifikasi perubahan pola interaksi sehat sakit sebagai dasar perencanaan kemampuan adaptasi klien.

8. *Motivator*

Perawat gerontik memberikan dorongan dan motivasi kepada lansia.

9. *Consultant*

Perawat gerontik bersedia menjadi tempat konsultasi atas tindakan keperawatan yang akan dilakukan apabila ada permintaan klien akan informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang akan diberikan.

10. *Collaborator*

Perawat gerontik bekerjasama dengan tim kesehatan lain, keluarga, masyarakat atau lintas sektoral terkait dalam merencanakan dan melaksanakan proses asuhan keperawatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan klien.

Menurut (Ratnawati, 2019), peran perawat gerontik dibedakan menjadi peran umum dan spesialis. Secara umum peran dilakukan dalam berbagai wilayah tugas meliputi rumah sakit, rumah, panti werdha, komunitas serta menyediakan perawatan kepada individu dan keluarganya. Sedangkan secara spesialis peran perawat gerontik dibagi menjadi klinis dan pelaksana. Peran perawat gerontik klinis meliputi care provider, peneliti, manajer perawat, advokat, edukator, motivator dan manajer kasus. Sedangkan peran perawat gerontik pelaksana adalah memenuhi kebutuhan kesehatan klien lansia pada daerah pedalaman untuk melakukan intervensi promosi kesehatan, mempertahankan dan mengembalikan status kesehatan klien, manajemen kasus dan advokat pada wilayah kerja klinik ambulatori, fasilitas jangka panjang dan praktek independen.

Pendapat lainnya oleh (Stanley, 2007) dalam (Sunaryo, 2016), membagi peran perawat gerontik berdasarkan level pencegahan pada lansia terdiri dari 3 tingkat yaitu:

1. Pencegahan primer merupakan upaya peningkatan kesehatan yang dilakukan di klinik atau di rumah berupa pemberian informasi sumber-sumber yang tersedia di lingkungan sekitar dan dapat dimanfaatkan secara optimal meliputi sumber daya manusia maupun alam, melibatkan klien sebagai bentuk *community empowering* dan mengajarkan klien untuk bertanggung jawab atas kesehatan dirinya sendiri.

2. Pencegahan sekunder merupakan upaya melaporkan atas penemuan kasus dimasyarakat, penggunaan pendekatan dalam merujuk klien, pengkajian respon klien terhadap sakit dan kesesuaian terapi yang diberikan, pemberian informasi tentang obat dan terapi, memberikan edukasi dan nasihat kepada klien dan anggota keluarga serta mengidentifikasi adanya ancaman penyakit.
3. Pencegahan tersier merupakan awal dalam implementasi strategi rehabilitasi selama masa aktif, mempertahankan komunikasi dengan lingkungan masyarakat, melaksanakan follow up atas kesehatan klien, pemberian program konsultasi dan edukasi sebagai bentuk tanggung jawab perawatan lansia serta pemberian *support* legislasi dan kebijakan yang dapat berdampak pada lansia.

Adapun tanggung jawab dari perawat gerontik meliputi:

1. Membantu lansia aktif dan sehat dalam memelihara kesehatan
2. Membantu lansia yang berada dalam kondisi sakit untuk memperoleh kembali kesehatannya.
3. Membantu lansia yang tidak dapat disembuhkan untuk menyadari kelebihan yang ada pada dirinya sebagai bentuk motivasi.
4. Membantu lansia dalam keadaan menjelang ajal untuk dapat diperlakukan secara manusiawi sehingga dapat meninggal dengan damai (*rest in peace*)(Sunaryo, 2016)

1.8 Persyaratan Perawat Gerontik

Menurut (Sahar, 2001), persyaratan yang harus dimiliki oleh seorang perawat gerontik antara lain:

1. Memiliki kemampuan dan keterampilan dalam melakukan bina hubungan saling percaya dan menciptakan hubungan terapeutik

2. Menghargai keunikan dari setiap lansia
3. Memiliki keterampilan dasar dan lanjut keperawatan gerontik
4. Memiliki kemampuan dalam melakukan komunikasi dengan lansia
5. Memiliki pengetahuan yang luas tentang perubahan fisik yang alamiah terjadi pada lansia baik secara fisiologis maupun kemungkinan terjadinya perubahan patalogis pada lansia
6. Memiliki pengetahuan yang luas tentang psikologi dan sosial lansia akibat dari penambahan usia
7. Memiliki keterampilan dan kemampuan bekerja sama dalam tim baik dengan sejawat maupun lintas sektoral lainnya.

1.9 Fungsi Perawat Gerontik

Menurut (Muhith, 2016), fungsi perawat gerontik dalam proses asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Membimbing individu segala usia untuk memperoleh masa tua yang sehat;
2. Menghilangkan perasaan takut tua;
3. Menghormati hak individu pada masa dewasa akhir;
4. Memantau dan mendorong kualitas pelayanan;
5. Mempertahankan dan mengurangi resiko terhadap gangguan kesehatan;
6. Mendidik dan memberikan support pada pemberi layanan kesehatan;
7. Mendengarkan dan memberikan dukungan;
8. Memberikan semangat, dukungan dan harapan.

DAFTAR PUSTAKA

- Butterfill, S. 2020. *Core Knowledge, The Developing Mind*. Available at: <https://doi.org/10.4324/9780203758274-6>.
- Kozier et al. 1995. *Fundamental of Nursing COncepts, Process and Practice*. California: Addison Wesley.
- Maryam, S. dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mauk, K.. 2006. *Gerontological Nursing Competencies for Care*. London, UK: Jones Bartlett Publisher.
- Muhith, A.& S.S. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Ratnawati, E. 2019. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- Romana, K. dkk. 2022. *Keperawatan Gerontik*. Edited by Agustiawan. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Sahar, J. 2001. *Keperawatan Gerontik*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Stanley, M.& B.P. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Gerontological Nursing, A Health Promotion/ Protection)*.
- Sunaryo, D. 2016. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI.

BAB 2

FOKUS KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Suprpto

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua. Perawatan gerontik, juga dikenal sebagai perawatan lanjut usia atau perawatan geriatrik, merujuk pada perawatan kesehatan yang diberikan kepada orang dewasa yang berusia lanjut. Dalam masyarakat yang semakin menua, populasi lansia mengalami peningkatan yang signifikan.

Perawatan gerontik bertujuan untuk memenuhi kebutuhan khusus dan tantangan yang dihadapi oleh orang dewasa yang lebih tua, dengan memperhatikan perubahan fisik, mental, dan sosial yang terkait dengan proses penuaan (Imron *et al.*, 2022).

Pada usia lanjut, orang dapat mengalami berbagai perubahan yang mempengaruhi kualitas hidup mereka. Beberapa perubahan yang umum terjadi meliputi penurunan daya ingat, penurunan kekuatan fisik, perubahan pada sistem saraf dan organ tubuh, serta peningkatan risiko terhadap penyakit kronis. Oleh karena itu, perawatan gerontik memiliki pendekatan yang holistik untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan orang dewasa yang lebih tua.

Perawatan gerontik melibatkan tim multidisiplin yang terdiri dari perawat, dokter, ahli geriatrik, pekerja sosial, fisioterapis, dan profesional kesehatan lainnya. Tujuan utama dari perawatan gerontik adalah untuk menjaga dan meningkatkan kualitas hidup lansia dengan mempromosikan kemandirian, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan mendukung fungsi fisik dan mental yang optimal. Perawat gerontik memainkan peran penting dalam memberikan perawatan yang komprehensif kepada orang dewasa yang lebih tua. Mereka harus memiliki pengetahuan yang mendalam tentang perubahan yang terjadi pada tubuh dan pikiran saat proses penuaan, serta kemampuan untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus pasien lansia. Perawat gerontik juga harus dapat berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarganya, serta memberikan dukungan emosional yang diperlukan (Handayani *et al.*, 2016).

Dalam pendekatan perawatan gerontik, penting untuk mempertimbangkan aspek-aspek seperti keselamatan, nutrisi, mobilitas, manajemen obat, dukungan sosial, dan perencanaan perawatan jangka panjang. Pemahaman yang mendalam tentang perawatan gerontik membantu perawat dalam memberikan intervensi yang sesuai, mengurangi risiko komplikasi, dan

meningkatkan kualitas hidup orang dewasa yang lebih tua. Perkembangan dalam bidang perawatan gerontik terus berlanjut, dengan penelitian dan inovasi baru yang bertujuan untuk meningkatkan perawatan dan pemahaman kita tentang proses penuaan. Dalam konteks ini, perawat gerontik harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. Dengan pendekatan yang holistik, perawatan gerontik dapat membantu orang dewasa yang lebih tua untuk menjalani kehidupan yang bermakna, mandiri, dan sehat. Dalam peran mereka, perawat gerontik berkontribusi secara signifikan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan memastikan bahwa mereka mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi individu (Naediwati, 2018).

Perawatan gerontik merupakan salah satu bidang dalam keperawatan yang khusus fokus pada perawatan dan pelayanan kesehatan bagi individu yang telah memasuki usia lanjut atau lansia. Lansia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan orang yang berusia di atas 65 tahun. Dalam beberapa tahun terakhir, populasi lansia di seluruh dunia mengalami peningkatan yang signifikan, baik dari segi jumlah maupun persentase dalam populasi total. Perawatan gerontik memegang peranan penting dalam mengoptimalkan kualitas hidup dan kesejahteraan lansia. Dengan bertambahnya usia, lansia seringkali mengalami perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang berpengaruh pada kebutuhan kesehatan mereka. Oleh karena itu, perawatan gerontik bertujuan untuk memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif, yang mencakup aspek-aspek fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual lansia (Yan *et al.*, 2022).

Dalam praktik perawatan gerontik, perawat berperan sebagai anggota tim kesehatan yang membantu dalam melakukan penilaian kesehatan lansia, menyusun rencana perawatan yang tepat, memberikan asuhan langsung, dan memberikan edukasi kepada lansia dan keluarganya. Beberapa masalah kesehatan yang

umum dijumpai pada lansia meliputi penyakit jantung, diabetes, penyakit Alzheimer, osteoporosis, depresi, dan gangguan penglihatan atau pendengaran.

Perawatan gerontik juga mencakup perawatan paliatif, yaitu perawatan yang diberikan kepada individu dengan kondisi penyakit kronis atau terminal yang tidak dapat disembuhkan. Tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup lansia dengan fokus pada pengurangan gejala, dukungan emosional, dan perawatan yang nyaman. Pengembangan keperawatan gerontik menjadi semakin penting karena populasi lansia yang terus bertambah. Perawat gerontik yang terlatih dan berkompeten memiliki peran kunci dalam memenuhi kebutuhan kesehatan kompleks lansia dan memberikan perawatan yang bermakna. Pendahuluan dalam bidang keperawatan gerontik adalah langkah awal yang penting dalam memberikan perawatan yang tepat dan efektif kepada populasi lanjut usia. Gerontik merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan studi tentang proses penuaan dan perawatan kesehatan yang terkait dengan populasi lansia. Masyarakat di berbagai negara saat ini menghadapi perubahan demografis yang signifikan, di mana jumlah penduduk lansia semakin meningkat. Pertambahan harapan hidup dan peningkatan kualitas hidup telah menyebabkan populasi lansia yang lebih besar, yang memerlukan perhatian khusus dalam hal perawatan kesehatan (Astriani *et al.*, 2021).

Dalam keperawatan gerontik, perawat memainkan peran penting dalam memberikan perawatan yang holistik dan terapeutik kepada lansia. Tujuan utama perawatan gerontik adalah mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mendukung fungsi optimal, dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam perawatan gerontik meliputi perubahan fisik dan kognitif yang terkait dengan penuaan, kondisi kronis yang sering terjadi pada lansia seperti penyakit jantung, diabetes, dan osteoarthritis, serta aspek psikososial dan sosial yang

mempengaruhi kesejahteraan mereka. Selain itu, aspek etika juga sangat penting dalam perawatan gerontik. Perawat perlu mempertimbangkan autonomi dan martabat lansia serta melibatkan mereka secara aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan perubahan gaya hidup. Dalam pendekatan perawatan gerontik, penting untuk menggunakan pendekatan individual dan melibatkan keluarga atau orang-orang terdekat lansia. Kolaborasi antarprofesional juga menjadi kunci dalam perawatan gerontik, di mana perawat bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memastikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi.

Dalam era kemajuan teknologi, perawatan gerontik juga melibatkan pemanfaatan teknologi kesehatan seperti telemedicine atau aplikasi kesehatan yang dapat membantu pemantauan kesehatan dan manajemen penyakit lansia. Dalam rangka meningkatkan kualitas perawatan gerontik, perawat gerontik juga perlu terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka melalui pelatihan dan pendidikan lanjutan. Mengikuti perkembangan terkini dalam bidang gerontik sangat penting agar perawat dapat memberikan perawatan yang mutakhir dan berbasis bukti kepada lansia. Dengan memahami pentingnya perawatan gerontik dan faktor-faktor yang mempengaruhi lansia, perawat dapat memberikan perawatan yang sensitif, empatik, dan efektif kepada populasi lansia. Pendahuluan ini penting untuk membentuk dasar yang kuat dalam melanjutkan perawatan dan intervensi yang tepat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan lansia dengan baik (Syahbana et al., 2022).

Fokus dalam keperawatan gerontik melibatkan perhatian yang khusus terhadap perawatan kesehatan lansia. Berikut adalah beberapa aspek penting yang menjadi fokus dalam keperawatan gerontik: Pengelolaan penyakit kronis lansia cenderung mengalami berbagai kondisi kronis seperti penyakit jantung, diabetes, hipertensi, osteoarthritis, dan penyakit Alzheimer. Perawat

gerontik berperan dalam memberikan pendidikan, pemantauan, dan pengelolaan penyakit kronis ini guna meningkatkan kualitas hidup lansia. Pengelolaan polifarmasi, lansia sering kali mengonsumsi beberapa obat secara bersamaan, yang dapat meningkatkan risiko efek samping dan interaksi obat. Perawat gerontik membantu dalam mengevaluasi dan mengelola penggunaan obat secara bijaksana, termasuk pemantauan efek samping dan interaksi obat yang mungkin terjadi.

Perawatan kesehatan mental gangguan kesehatan mental, seperti depresi dan gangguan kecemasan, umum terjadi pada lansia. Perawat gerontik berperan dalam mendeteksi, mengevaluasi, dan memberikan dukungan serta intervensi kesehatan mental yang tepat. Keamanan dan pencegahan cedera, lansia rentan mengalami cedera akibat jatuh, luka tekan, dan kecelakaan lainnya. Perawat gerontik melakukan evaluasi risiko jatuh, memberikan edukasi tentang lingkungan yang aman, serta memberikan perawatan luka dan tindakan pencegahan cedera lainnya. Perawatan kolaboratif perawat gerontik bekerja sama dengan tim medis dan profesional kesehatan lainnya, seperti dokter, terapis fisik, ahli gizi, dan pekerja sosial, untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik kepada lansia (Suprpto *et al.*, 2022).

Perawatan pada akhir hidup, perawat gerontik juga terlibat dalam perawatan pada akhir hidup (*end-of-life care*) bagi lansia yang menghadapi penyakit terminal atau kondisi yang tidak dapat disembuhkan. Mereka memberikan dukungan emosional, manajemen gejala, dan perawatan yang terfokus pada kualitas hidup pada fase akhir kehidupan. Promosi kesehatan dan pencegahan, perawat gerontik juga berperan dalam mengadvokasi gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan mempromosikan kesehatan lansia. Mereka memberikan edukasi tentang pola makan yang sehat, olahraga, pengelolaan stres, dan kegiatan sosial untuk mempertahankan kesehatan optimal. Penting untuk mencatat

bahwa fokus dalam keperawatan gerontik dapat bervariasi tergantung pada kebutuhan individu dan kondisi kesehatan lansia yang sedang dirawat. Perawat gerontik bekerja untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan preferensi lansia serta mempromosikan kesejahteraan mereka secara menyeluruh.

Keperawatan gerontik merupakan fokus dalam praktik keperawatan yang khusus ditujukan untuk populasi lansia. Bidang ini melibatkan perawatan dan pengelolaan kesehatan lansia dengan memperhatikan perubahan fisik, psikologis, sosial, dan emosional yang terjadi seiring proses penuaan. Fokus utama keperawatan gerontik adalah mempromosikan kesehatan dan kualitas hidup lansia, mencegah penyakit dan komplikasi yang sering terjadi pada usia lanjut, serta memberikan perawatan yang holistik dan individual sesuai dengan kebutuhan setiap individu. Pengelolaan kondisi kronis lansia sering mengalami kondisi kronis seperti penyakit jantung, diabetes, hipertensi, osteoarthritis, dan demensia. Perawat gerontik berperan dalam memberikan pendidikan, pengelolaan gejala, dan dukungan dalam mengatasi kondisi-kondisi ini. Perawatan kolaboratif dan koordinasi perawat gerontik bekerja sama dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya, seperti dokter, terapis fisik dan okupasi, ahli gizi, dan pekerja sosial, untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik kepada lansia. Selain itu, perawat gerontik juga menghormati hak dan martabat lansia, mengadvokasi kebutuhan mereka, serta memastikan mereka terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka (Heikkinen *et al.*, 2023).

Dalam keperawatan gerontik, penting bagi perawat untuk terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka melalui pendidikan dan pelatihan lanjutan. Hal ini memungkinkan mereka untuk memberikan perawatan yang mutakhir, berbasis bukti, dan sesuai dengan perkembangan terkini dalam keperawatan gerontik. Dengan fokus yang tepat pada keperawatan

gerontik, perawat dapat memberikan perawatan yang komprehensif, empatik, dan khusus kepada populasi lansia, sehingga membantu meningkatkan kualitas hidup mereka dan mempromosikan penuaan yang sehat.

Dalam konsep asuhan keperawatan, fokus keperawatan gerontik melibatkan penerapan prinsip-prinsip asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik khusus populasi lansia. Berikut ini adalah beberapa elemen penting dalam fokus keperawatan gerontik dalam konsep asuhan keperawatan:

1. Penilaian holistik, perawat gerontik melakukan penilaian holistik terhadap lansia, meliputi penilaian fisik, psikososial, dan spiritual. Penilaian ini mencakup evaluasi kondisi kesehatan, riwayat medis, tingkat fungsi fisik, kognisi, emosi, dukungan sosial, dan kebutuhan spiritual pasien. Penilaian yang komprehensif ini membantu perawat untuk memahami situasi klien secara menyeluruh dan merencanakan intervensi yang tepat.
2. Perencanaan perawatan berdasarkan hasil penilaian, perawat gerontik mengembangkan rencana perawatan yang spesifik dan individual untuk setiap lansia. Rencana perawatan ini mencakup tujuan perawatan yang realistis dan terukur serta intervensi yang ditujukan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan meningkatkan kualitas hidup lansia.
3. Implementasi asuhan keperawatan perawat gerontik melaksanakan intervensi yang telah direncanakan dalam rencana perawatan. Intervensi ini meliputi pemberian perawatan fisik seperti pengelolaan obat, perawatan luka, dan rehabilitasi fisik. Selain itu, perawat juga memberikan dukungan emosional, memberikan edukasi kesehatan kepada lansia dan keluarga, serta memfasilitasi partisipasi aktif lansia dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka.

4. Evaluasi dan revisi setelah melaksanakan intervensi, perawat gerontik mengevaluasi respons klien terhadap perawatan yang diberikan. Evaluasi ini dilakukan secara berkala untuk memantau kemajuan kesehatan dan memastikan bahwa tujuan perawatan tercapai. Jika diperlukan, perawat merevisi rencana perawatan sesuai dengan perubahan kebutuhan klien.
5. Kolaborasi tim dalam keperawatan gerontik, kolaborasi dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya sangat penting. Perawat berkomunikasi dan bekerja sama dengan dokter, terapis fisik dan okupasi, pekerja sosial, dan ahli gizi untuk menyediakan perawatan yang holistik dan terkoordinasi kepada lansia.
6. Pendidikan dan promosi kesehatan perawat gerontik memberikan edukasi kesehatan kepada lansia dan keluarga mengenai perawatan diri, manajemen penyakit, dan praktik kesehatan yang sehat. Mereka juga mempromosikan penuaan yang sehat dengan mengedukasi tentang pentingnya aktivitas fisik, nutrisi, manajemen stres, dan keterhubungan sosial.

Dalam konsep asuhan keperawatan, fokus keperawatan gerontik memastikan bahwa perawatan yang diberikan kepada lansia melibatkan penilaian yang holistik, perencanaan yang individual, implementasi yang tepat, evaluasi yang berkala, kolaborasi tim, dan pendidikan kesehatan. Dengan pendekatan ini, perawat dapat memberikan perawatan yang optimal dan terpersonal bagi populasi lansia. Konsep asuhan keperawatan gerontik merupakan suatu pendekatan dalam memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi kepada populasi lansia. Fokus keperawatan gerontik dalam konsep asuhan keperawatan gerontik adalah memenuhi kebutuhan unik dan kompleks dari lansia, dengan mempertimbangkan perubahan fisik, psikososial, dan spiritual yang terjadi seiring proses penuaan (Wijaya and Nurhidayati, 2020).

Penilaian Komprehensif perawat gerontik melakukan penilaian yang komprehensif terhadap lansia, meliputi penilaian fisik, psikososial, kognitif, dan spiritual. Penilaian ini melibatkan pengumpulan data tentang riwayat kesehatan, penggunaan obat-obatan, fungsi fisik dan kognitif, dukungan sosial, status psikososial, dan kebutuhan spiritual lansia. Diagnosa Keperawatan berdasarkan hasil penilaian, perawat gerontik menentukan diagnosa keperawatan yang relevan dan spesifik untuk lansia. Diagnosa keperawatan ini mencerminkan masalah atau kebutuhan utama lansia yang harus ditangani dalam perawatan. Perencanaan Perawatan setelah menentukan diagnosa keperawatan, perawat gerontik merencanakan perawatan yang tepat dan individual sesuai dengan kebutuhan lansia. Rencana perawatan ini mencakup tujuan perawatan yang spesifik, intervensi yang relevan, dan kriteria evaluasi untuk memantau kemajuan perawatan. Implementasi Perawatan perawat gerontik melaksanakan intervensi yang telah direncanakan dalam rencana perawatan. Intervensi ini meliputi pemberian perawatan fisik seperti administrasi obat, perawatan luka, rehabilitasi, serta memberikan dukungan emosional dan sosial kepada lansia. Evaluasi Perawatan setelah melaksanakan intervensi, perawat gerontik mengevaluasi respons lansia terhadap perawatan yang diberikan. Evaluasi ini melibatkan pemantauan dan penilaian kemajuan dalam mencapai tujuan perawatan. Jika perlu, rencana perawatan direvisi untuk memenuhi perubahan kebutuhan lansia. Kolaborasi dan Koordinasi perawat gerontik bekerja sama dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya, seperti dokter, terapis fisik dan okupasi, ahli gizi, pekerja sosial, dan tenaga spiritual, untuk memberikan perawatan yang holistik dan terkoordinasi kepada lansia. Kolaborasi dan koordinasi ini penting dalam menyediakan perawatan yang komprehensif dan terintegrasi. Dalam konsep asuhan keperawatan gerontik, perawat gerontik juga memperhatikan prinsip-prinsip etika, menghormati otonomi dan

martabat lansia, serta melibatkan mereka dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Pendekatan konsep asuhan keperawatan gerontik membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan kepada lansia secara komprehensif, individual, dan berkelanjutan, dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan unik dan kualitas hidup lansia.

Fokus keperawatan gerontik adalah penekanan khusus dalam praktik keperawatan yang difokuskan pada perawatan dan pelayanan kesehatan bagi populasi lansia. Fokus ini mengakui dan menangani perubahan fisik, psikologis, sosial, dan emosional yang terjadi seiring dengan proses penuaan. Dalam keperawatan gerontik, perawat berperan dalam merawat lansia dengan memahami dan memenuhi kebutuhan khusus mereka. Hal ini meliputi pengelolaan kondisi kesehatan kronis, pencegahan penyakit, perawatan paliatif, pengelolaan polifarmasi, rehabilitasi, perawatan *end-of-life*, dan promosi kesehatan secara menyeluruh. Fokus keperawatan gerontik juga mencakup aspek penting seperti pengelolaan risiko jatuh, perubahan status kognitif, keselamatan lansia, dukungan psikososial, keterlibatan keluarga, serta memperhatikan kebutuhan spiritual dan kualitas hidup lansia. Perawat gerontik bertujuan untuk memberikan perawatan yang holistik, berbasis bukti, dan berpusat pada pasien. Mereka bekerja sama dengan tim interdisipliner, seperti dokter, terapis fisik dan okupasi, ahli gizi, pekerja sosial, dan tenaga spiritual, untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dan menyeluruh. Fokus keperawatan gerontik mengakui bahwa lansia adalah individu yang unik dengan kebutuhan dan preferensi yang berbeda. Oleh karena itu, perawat gerontik mengadopsi pendekatan yang empatik, menghormati otonomi lansia, dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka.

Tujuan dari fokus keperawatan gerontik adalah meningkatkan kualitas hidup lansia, mempertahankan

kemandirian sebanyak mungkin, mencegah komplikasi, dan mempromosikan penuaan yang sehat. Fokus keperawatan gerontik merujuk pada penekanan yang diberikan pada perawatan dan pengelolaan kesehatan lansia. Hal ini melibatkan pemahaman dan penanganan yang khusus terhadap perubahan fisik, psikologis, sosial, dan emosional yang terjadi pada proses penuaan.

Fokus keperawatan gerontik didasarkan pada pemahaman bahwa lansia memiliki kebutuhan yang berbeda dan kompleks, serta rentan terhadap masalah kesehatan yang khusus. Tujuan dari fokus keperawatan gerontik adalah untuk mempromosikan kesehatan dan kualitas hidup lansia, mencegah penyakit dan komplikasi, mengelola kondisi kronis, dan memberikan perawatan yang holistik dan individual sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu. Dalam fokus keperawatan gerontik, perawat mengintegrasikan pengetahuan tentang proses penuaan, kondisi kesehatan yang umum terjadi pada lansia, intervensi yang efektif, dan aspek psikososial yang mempengaruhi kesejahteraan lansia. Mereka juga berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen gejala, dukungan emosional, dan memfasilitasi keterlibatan lansia dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Fokus keperawatan gerontik juga mencakup aspek seperti keselamatan dan pencegahan cedera, kesehatan mental, perawatan paliatif, perawatan end-of-life, serta pengelolaan perubahan fisik dan fungsionalitas. Perawat gerontik bekerja sama dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik kepada lansia. Dengan fokus keperawatan gerontik, perawat dapat memberikan perawatan yang tepat, empatik, dan sesuai dengan kebutuhan lansia, serta membantu meningkatkan kualitas hidup mereka dalam proses penuaan (Kusuma and Ayu Yulianti Darmini, 2022).

Fokus keperawatan gerontik adalah upaya yang difokuskan secara khusus pada perawatan dan pengelolaan kesehatan lansia,

yang melibatkan pemahaman mendalam tentang perubahan fisik, psikososial, dan emosional yang terjadi saat proses penuaan. Fokus ini bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Keselamatan dan pencegahan cedera perawat gerontik bertanggung jawab untuk menilai dan mengurangi risiko jatuh, melindungi lansia dari cedera, dan menciptakan lingkungan yang aman. Ini melibatkan identifikasi faktor risiko, penilaian lingkungan, pendidikan keselamatan, serta penggunaan alat bantu dan bimbingan dalam aktivitas sehari-hari. Dukungan sosial fokus pada aspek sosial dan dukungan sosial yang penting bagi kesejahteraan lansia. Perawat gerontik berperan dalam membantu lansia menjaga keterhubungan sosial, memfasilitasi partisipasi dalam kegiatan sosial, dan memperkuat jaringan dukungan sosial mereka. Melalui fokus keperawatan gerontik, perawat dapat memberikan perawatan yang holistik, terkoordinasi, dan berpusat pada individu bagi lansia, dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikososial, dan spiritual mereka.

Fokus pelayanan keperawatan dalam asuhan keperawatan gerontik adalah untuk memberikan perawatan yang holistik, berfokus pada individu, dan memperhatikan kebutuhan unik lansia dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan mereka. Dukungan psikososial dan kesejahteraan mental perawat gerontik memberikan dukungan emosional dan sosial kepada lansia, membantu mereka menghadapi perubahan hidup, mengatasi kecemasan dan depresi, serta mempromosikan kesejahteraan mental. Mereka juga dapat mengarahkan lansia dan keluarga ke sumber daya dan layanan yang tepat, seperti konseling atau kelompok dukungan. Pendidikan dan promosi kesehatan perawat gerontik memberikan edukasi kesehatan kepada lansia dan keluarga tentang manajemen penyakit, perawatan diri, nutrisi, aktivitas fisik, dan praktik kesehatan lainnya. Mereka juga mengadvokasi gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan

kesadaran akan pentingnya perawatan diri yang baik bagi lansia (Dian Meiliani Yulis *et al.*, 2023).

Perawatan luka dan manajemen penyakit lansia mungkin memiliki risiko yang lebih tinggi untuk luka dan komplikasi penyakit. Perawat gerontik terampil dalam merawat luka, melaksanakan perawatan yang tepat, dan mempromosikan penyembuhan yang optimal. Mereka juga membantu dalam manajemen penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit jantung, dengan memberikan edukasi, pemantauan, dan dukungan dalam mengikuti rencana perawatan yang telah ditetapkan. Perawatan paliatif dan perawatan akhir hidup perawat gerontik memainkan peran penting dalam perawatan paliatif bagi lansia dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Mereka memberikan perawatan yang fokus pada kenyamanan dan kualitas hidup, mengelola gejala yang tidak nyaman, memberikan dukungan emosional, dan membantu lansia dan keluarga dalam membuat keputusan penting terkait perawatan akhir hidup (Wang *et al.*, 2023).

Penilaian dan pemantauan kesehatan perawat gerontik melakukan penilaian terhadap kesehatan lansia, termasuk pemeriksaan fisik, evaluasi fungsi kognitif, penilaian tingkat kebugaran fisik, serta pemantauan dan evaluasi kondisi kronis yang mungkin ada. Penilaian ini membantu perawat dalam merencanakan perawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan dan situasi individu lansia. Pengelolaan obat dan terapi perawat gerontik memainkan peran penting dalam mengelola obat-obatan lansia. Mereka memberikan pemahaman tentang penggunaan obat yang benar, memantau efek samping dan interaksi obat, serta membantu lansia dalam mengatur jadwal dan dosis obat. Selain itu, perawat juga mendukung lansia dalam menjalani terapi fisik, terapi okupasi, atau terapi lainnya yang mungkin diperlukan untuk pemulihan atau peningkatan fungsi fisik.

Dalam asuhan keperawatan gerontik, fokus keperawatan diberikan pada pemenuhan kebutuhan kesehatan lansia yang meliputi aspek fisik, psikososial, dan spiritual. Perawatan gerontik bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Dalam konsep asuhan keperawatan gerontik, perawat melakukan penilaian komprehensif terhadap lansia, menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan perawatan yang individual, melaksanakan intervensi yang relevan, dan melakukan evaluasi secara berkala. Kolaborasi tim dan pendidikan kesehatan juga penting dalam memberikan perawatan yang optimal. Fokus pelayanan keperawatan dalam asuhan keperawatan gerontik meliputi penilaian kesehatan, pengelolaan obat dan terapi, perawatan luka, manajemen penyakit, perawatan paliatif dan perawatan akhir hidup, dukungan psikososial dan kesejahteraan mental, serta pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan. Fokus keperawatan gerontik dalam asuhan keperawatan gerontik adalah memberikan perawatan komprehensif, individual, dan berpusat pada individu bagi lansia. Melalui pendekatan ini, diharapkan lansia dapat mencapai kualitas hidup yang optimal dan mempertahankan kesejahteraan fisik, psikososial, dan spiritual mereka (Budiono and Rivai, 2021).

Dalam asuhan keperawatan gerontik, fokus keperawatan gerontik sangat penting untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan lansia. Berdasarkan konsep asuhan keperawatan gerontik, perawat gerontik berperan dalam melakukan penilaian komprehensif, merencanakan perawatan yang individual, melaksanakan intervensi yang tepat, melakukan evaluasi berkala, serta berkolaborasi dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya. Fokus keperawatan gerontik dalam asuhan keperawatan gerontik mencakup berbagai aspek, seperti promosi kesehatan, pengelolaan kondisi kronis, perawatan paliatif dan end-of-life, kesehatan mental dan kognitif, keselamatan dan pencegahan

cedera, serta dukungan sosial. Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat gerontik juga mencakup pengelolaan obat dan terapi, perawatan luka, manajemen penyakit, dukungan psikososial, pendidikan dan promosi kesehatan.

Dengan fokus keperawatan gerontik yang baik, perawat dapat memberikan perawatan yang holistik, komprehensif, dan berpusat pada individu bagi lansia. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia, mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mengelola kondisi kronis, dan memberikan dukungan dalam menjalani proses penuaan. Dengan demikian, penting bagi perawat gerontik untuk memiliki pemahaman mendalam tentang fokus keperawatan gerontik dalam asuhan keperawatan gerontik agar dapat memberikan perawatan yang terbaik dan terkoordinasi kepada lansia.

Dalam asuhan keperawatan gerontik, perawat gerontik melakukan penilaian yang komprehensif, menentukan diagnosa keperawatan yang relevan, merencanakan perawatan yang individual, melaksanakan intervensi yang tepat, dan mengevaluasi respons lansia terhadap perawatan yang diberikan. Perawat gerontik juga bekerja sama dengan tim medis dan tim interdisipliner lainnya untuk memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi. Fokus keperawatan gerontik dalam asuhan keperawatan gerontik bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, meningkatkan kualitas hidup, dan memastikan kesejahteraan lansia. Dengan pendekatan yang komprehensif, perawat gerontik dapat memberikan perawatan yang optimal, individual, dan berpusat pada individu bagi populasi lansia. Melalui fokus keperawatan gerontik dalam asuhan keperawatan gerontik, diharapkan lansia dapat mencapai kesehatan yang optimal, menjaga kemandirian, dan mengalami penuaan yang bermakna dengan dukungan yang adekuat dari tim perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astriani, A., Syafar, M. and Azis, R. 2021. 'Hubungan Faktor Perilaku Dengan Kunjungan Lansia Di Posbindu Lansia', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), pp. 452–461. doi: 10.35816/jiskh.v10i2.630.
- Budiono, N. D. P. and Rivai, A. 2021. 'Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), pp. 371–379. doi: 10.35816/jiskh.v10i2.621.
- Dian Meiliani Yulis *et al.* 2023. 'Peningkatan Kompetensi Kader Posyandu Lansia Dalam Merawat Luka', *Abdimas Polsaka*, pp. 1–6. doi: 10.35816/abdimaspolsaka.v2i1.24.
- Handayani, S. M., Sudiro, S. and Margawati, A. 2016. 'Analisis Strategi Pelayanan Geriatri Berbasis Rumah Sakit dengan Menggunakan Value Chain di Rumah Sakit Islam Kendal', *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(1), pp. 51–57. doi: 10.14710/jmki.4.1.2016.51-57.
- Heikkinen, J. *et al.* 2023. 'Efficacy of breast reconstruction in elderly women (>60 years) using deep inferior epigastric perforator flaps: A comparative study', *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 84, pp. 266–272. doi: 10.1016/j.bjps.2023.05.022.
- Imron, K. A. F. *et al.* 2022. 'Studi Kasus Penerapan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Penderita Diabetes Mellitus Dengan Pendekatan Keluarga Binaan Di Desa Sekardangan Sidoarjo', *IJoHVE: Indonesian Journal of Health Vocational Education*, 1(2), pp. 56–66. doi: 10.36720/ijohve.v1i2.438.
- Kusuma, M. D. S. and Ayu Yuliati Darmini, A. A. 2022. 'Gejala Depresi pada Lanjut Usia di Masa Pandemi Covid-19', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, pp. 480–493. doi: 10.35816/jiskh.v11i2.817.

- Naediwati, E. D. 2018. 'Gerontechnologi dan Perawatan Lansia', *Dunia Keperawatan*, 6(2). doi: 10.20527/dk.v6i2.5555.
- Suprpto, S., Trimaya Cahya Mulat and Yuriatson Yuriatson. 2022. 'Kompetensi Kader Posyandu Lansia melalui Pelatihan dan Pendampingan', *Abdimas Polsaka*, pp. 39–44. doi: 10.35816/abdimaspolsaka.v1i2.15.
- Syabhana, A., Fahmi, A. Y. and Al Amin, M. 2022. 'Meningkatkan Kualitas Peran Keluarga dalam Kesehatan Keluarga dan Lansia Terhindar Corona Virus', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 10(2), p. 327. doi: 10.26714/jkj.10.2.2022.327-336.
- Wang, M. *et al.* 2023. 'Evaluation of the suitability of elderly care in prefecture-level cities in China based on GIS', *Heliyon*, 9(6), p. e16539. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16539.
- Wijaya, E. and Nurhidayati, T. 2020. 'Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Skala Nyeri Sendi Lansia', *Ners Muda*, 1(2), p. 88. doi: 10.26714/nm.v1i2.5643.
- Yan, L. S., Octavia, D. and Suweno, W. 2022. 'Pengalaman Jatuh dan Kejadian Imobilitas Pada Kelompok Lanjut Usia', *Jurnal Endurance*, 4(1), pp. 150–161. doi: 10.22216/jen.v4i1.1308.

BAB 3

TUJUAN KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Era Widia Sary

Tujuan keperawatan gerontik (lansia) adalah agar lansia dapat melakukan aktivitas sehari-harinya sendiri, meningkatkan, mencegah, dan merehabilitasi dirinya sendiri, serta mempertahankan rasa tenang dan produktivitas hingga usia lanjut. Tujuan keperawatan gerontik juga berpusat pada penggunaan asuhan keperawatan dalam perspektif alam, mental, sosial dan sosial dengan memanfaatkan pendekatan siklus keperawatan yang menggabungkan penilaian, pengaturan, pelaksanaan dan penilaian.

Ketika melaksanakan asuhan keperawatan dalam ruang lingkup dasar yang diberikan kepada lansia, maka tujuan keperawatan gerontik akan disesuaikan antara lain sebagai berikut:

1. Lanjut Usia Aktif

Tujuan Keperawatan Gerontik pada penerapan asuhan keperawatan ini berfokus pada dukungan *personal hygiene*, kebersihan mulut dan gigi (penggunaan gigi palsu), kebersihan anggota tubuh lain termasuk kepala, rambut, kuku, mata, telinga, serta pada kebersihan lingkungan seperti tempat tidur dan ruangan, serta mencakup makanan yang sesuai.

2. Lanjut Usia Pasif

Tujuan Keperawatan Gerontik dalam penggunaan asuhan keperawatan pada kelompok lanjut usia yang tidak terlibat (yang bergantung pada orang lain), pada tingkat dasar setara

dengan kelompok lanjut usia yang dinamis dengan bantuan kerabat dan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga kesehatan di puskesmas. Fokus Tujuan Keperawatan Gerontik pada pemanfaatan asuhan keperawatan pada pertemuan lama ini ditekankan pada:

- a. Optimalisasi kesehatan (*health promotion*)
- b. Melakukan Pencegahan penyakit (*preventif*)
- c. Meningkatkan kesehatan fungsi psikologis
- d. Mencegah gangguan kesehatan yang sering terjadi

Tujuan dari Keperawatan gerontik (lanjut usia) juga untuk pemenuhan kebutuhan pada lanjut usia, meliputi kebutuhan fisik, psikis, social, ekonomi serta kebutuhan spiritual.

1. Kebutuhan Fisik

Kebutuhan kelompok lanjut usia secara fisik meliputi sandang pangan, papan, kesehatan dan spiritual. Pada kebutuhan makan biasanya dua sampai tiga kali sehari. Jenis asupan makan diutamakan yang tidak keras, tidak asin serta tidak berlemak. Kebutuhan sandang yang diperlukan adalah penggunaan pakaian yang nyaman digunakan. Pilihan warna disesuaikan dengan kebiasaan atau adat budaya dimana kelompok usia lanjut tinggal, begitu juga dengan model pakaian yang sesuai dengan usia dan kebiasaan mereka. Jarak waktu membeli pakaian ini umumnya setahun sekali sudah mencukupi. Kebutuhan papan, secara umum membutuhkan tempat tinggal (rumah) yang nyaman, tujuannya agar terhindar dari panas, hujan, dingin, angin, serta terlindungi dari marabahaya dan dapat untuk melaksanakan kehidupan sehari hari. Kebutuhan khusus seperti kamar kecil dan peralatan lansia secukupnya diupayakan agar mudah di jangkau.

Pelayanan optimalisasi kesehatan bagi Lanjut Usia sangat penting, seperti kesiapan obat-obatan ringan yang mudah dijangkau, serta apabila kelompok lanjut usia sakit dapat segera diobati. Kelopon lanjut usiaia juga membutuhkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti pengobatan rutin, murah, gratis dan mudah dijangkau. Keperluan lain bagi Lanjut Usia yang ditinggalkan mati oleh pendamping hidup atau pasangannya. Supaya lanjut usia ini tidak merasa sendiri atau kesepian, dibutuhkan teman untuk menyampaikan perasaan yang dirasakannya. Dibutuhkan teman berbicara, menjalani pekerjaan, bepergian, serta teman ketika melakukan pengobatan. Hal paling penting lainnya adalah keperluan lanjut usia bila meninggal kelak, maka adanya keluarga lain yang dapat menyertainya.

2. Kebutuhan Psikis

Perubahan keadaan kelompok lanjut usia yang rentan secara psikis, memerlukan lingkungan yang dapat mengerti dan memahami mereka. Pada proses kehidupannya, lanjut usia membutuhkan teman yang sabar, mengerti dan memahami kondisinya. Hal ini mencakup kebutuhan adanya teman untuk mengobrol, kebutuhan untuk dikunjungi oleh keluarga lain, serta keinginan untuk didengarkan nasihatnya. Lanjut Usia juga membutuhkan hiburan seperti tamasya, melakukan silaturahmi kepada keluarga lain dan masyarakat yang ada dilingkungan tempat tinggalnya.

3. Kebutuhan Sosial

Lanjut Usia memerlukan orang lain dalam melakukan hubungan sosial. Peran penting keluarga sangat diutamakan pada proses ini, begitupun teman yang mempunyai usia sebaya, hal lainnya adalah kelompok usia lanjut lain yang mempunyai kegiatan dilingkungan tersebut, sama halnya

kegiatan dilingkungan tempat tinggalnya. Adanya kegiatan lain seperti kegiatan keagamaan, olah raga, arisan, dan lain-lain dapat meningkatkan kebutuhan social pada lanjut usia.

4. Kebutuhan Ekonomi

Pada pemenuhan kebutuhan ekonomi ini, penting adanya pendapatan yang dimiliki oleh lanjut usia, karena untuk lanjut usia yang tidak mempunyai pendapatan tetap, maka akan memerlukan bantuan sumber keuangan baik dari keluarga atau orang lain. Pendapatan utama lanjut usia berasal dari keluarganya. Secara ekonomi lanjut usia yang tidak produktif lagi akan memerlukan uang untuk biaya hidup untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Sedangkan untuk lanjut usia yang masih produktif memerlukan skill atau keterampilan, serta kebutuhan finansial untuk bantuan modal usaha yang dilakukan.

5. Kebutuhan Spiritual

Kelompok lanjut usia pada dasarnya sering mengisi waktu mereka untuk melakukan ibadah. Tujuannya adalah dengan beribadah maka lanjut usia memperoleh ketenangan jiwa, merasakan lebih dekat dengan penciptanya, serta memperoleh kedamaian menghadapi hari tuanya. Lanjut usia juga berharap bahwa penerusnya juga mempunyai keyakinan yang sama, serta keinginan untuk melakukan ibadah secara bersama-sama.

Pada aspek fisik penerapan asuhan keperawatan, tujuan keperawatan gerontik (lanjut usia) juga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan fisik lansia khususnya penyakit kronis yang terjadi pada lanjut usia itu sendiri, hal ini terjadi bersamaan dengan meningkatnya usia yang menyebabkan berbagai penurunan fungsi tubuh, sehingga mengakibatkan kelompok lanjut usia akan mudah

menderita berbagai penyakit lainnya (Nugroho, 2000). Adapun penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia anatar lain:

1. Penyakit pada sistem Paru/Kardiovaskuler

a. Paru-paru

Penyakit ini disebabkan karena berkurangnya keserbagunaan jaringan paru-paru dan dinding dada. Pada lansia kekuatan penarikan otot pernafasan berkurang sehingga pada saat bernafas tidak terasa ideal. Dibutuhkan aktivitas untuk optimalisasi paru-paru pada lanjut usia, seperti melakukan olahraga jalan cepat namun dengan frekuensi teratur.

b. Jantung dan pembuluh darah

Pada siklus ini tingkat organ jantung akan berkurang, akan terjadi penurunan system aktivitas yang menyebabkan berkurangnya kekuatan otot jantung dan keserbagunaan jantung. Tekanan darah wanita 170/90 mmHg dan tekanan darah pria 160/100 mmHg, yang dianggap normal untuk usia 70 tahun.

c. Penyakit jantung koroner

Penyakit koroner yang sering terjadi adalah angina pektoris, termasuk unsteady angina, Prinzmetol angina, dan acute myocardial dead tissue (IMA). Sama halnya dengan orang paru-paru, untuk optimalisasi jantung dibutuhkan aktivitas ringan pada lanjut usia, seperti melakukan olahraga jalan dengan frekuensi teratur, serta mengkonsumsi makanan yang sehat dan menghilangkan kebiasaan merokok.

2. Penyakit Pencernaan Makanan

Proses mengubah karbohidrat kompleks menjadi sakarida dapat dipengaruhi oleh penurunan produksi air liur pada populasi lanjut usia. Penyakit lambung yang sering terjadi antara lain:

- a. Asam lambung atau Gastritis, hal ini terjadi karena kejengkelan yang terjadi pada lapisan dinding lambung. Nyeri solar plexus merupakan ciri khas dari kondisi ini.
- b. Ulkus Peptikum juga disebut tukak lambung. Rasa sakit yang disebabkan oleh penyakit ini identik. Daerah perut adalah tempat rasa sakit dirasakan. Kejengkelan ini muncul karena adanya gangguan asam lambung yang membasahi luka. Biasanya, peradangan muncul di malam hari dan memburuk saat kelaparan. Rasa nyeri dapat menjalar ke pusar, punggung, dan leher pada kondisi yang lebih parah. Berbagai efek samping tukak lambung meliputi: gangguan pencernaan, mulas, kurang nafsu makan, dan mual
- c. Sembelit (konstipasi), pada lanjut usia untuk mengatasi sembelit maka harus rutin melakukan kativitas fisik, serta mencukupi suapan serat.

3. Penyakit Sistem Urogenital

Pada penyakit sistem urogenital yang terjadi adalah iritasi pada kandung kemih-ginjal, hal ini terjadi karena kencing yang tertinggal di kandung kemih (kandung kemih) yang disebabkan oleh berkurangnya tonus kandung kemih dan adanya kanker yang menyumbat saluran kencing yang sebagian besar waktu dilacak pada wanita tua. Pada pria, kencing yang tertinggal di kandung kemih disebabkan oleh hipertrofi prostat, yaitu bila ada gangguan kencing yang tidak terduga, kencing tidak dapat dikeluarkan.

4. Penyakit Gangguan Endokrin (Metabolik)

Organ endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang menghasilkan zat kimia:

- a. Kelenjar yang membuat insulin di pankreas
- b. Kelenjar yang membuat adrenalin pada
- c. Kelenjar tiroid (gondok)

Penyakit metabolik yang biasa ditemukan pada lansia antara lain Diabetes Mellitus (DM), Osteoporosis, keterikatan saluran koroner, dan stroke (kehilangan gerak sebagian tubuh).

5. Penyakit pada Persendian dan Tulang

Pada persendian dan tulang, penyakit yang sering ditemukan pada lanjut usia akibat degenerasi/kerusakan di bagian permukaan sendi tulang antara lain:

- a. Perasaan tidak nyaman pada bagian tubuh tertentu seperti pegal-pegal, kadang-kadang disertai nyeri, serta osteoporosis
- b. Seringkali terjadi pada persendian diarea jari-jari, tulang punggung, sendi lutut dan panggul

6. Penyakit Disebabkan Proses Keganasan Kanker

Penyebabnya belum diketahui secara pasti, pada wanita (kanker payudara, rahim, saluran pencernaan), sedangkan pada pria penyakit paru-paru, saluran pencernaan, organ prostat. Karsinogen: sinar ultraviolet, sinar-x, dan radiasi radioaktif.

7. Penyakit Lain

Penyakit yang menyerang saraf dan pembuluh darah di otak yang dapat menyebabkan pendarahan di otak dan kepilek (Senilis) (Boedhi, 2006).

Kondisi umum yang sering mempengaruhi orang tua meliputi:

- a. Mudah jatuh

Berbagai faktor situasional yang dapat mendorong kejatuhan pada kelompok yang lebih tua antara lain:

- 1) Aktivitas

Lansia sering jatuh saat melakukan aktivitas normal seperti berjalan, menaiki atau menuruni tangga, atau mengubah posisi tubuh. Jatuh juga sering terjadi pada orang tua yang tidak dapat bergerak (jarang bergerak)

ketika tiba-tiba harus berpindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa bantuan kerabat atau orang lain.

2) Lingkungan

Lebih dari 70% lansia jatuh terjadi di rumah, dengan 10% terjadi di tangga. Lebih banyak jatuh terjadi saat menuruni tangga daripada menaiki tangga, paling sering akibat tersandung atau terbentur benda rumah tangga atau lantai yang tidak rata atau licin. serta pencahayaan yang kurang.

Penyakit berat Pusing dan Sinkop, sering menyebabkan jatuh, penyakit yang sedang berlangsung juga sering menyebabkan jatuh, misalnya sesak napas berat pada pasien dengan infeksi saluran napas obstruktif kronis, nyeri dada mendadak, pasien dengan penyakit jantung dasar.

- b. Lansia merasa cepat letih
- c. Nyeri dada
- d. Dada terasa berdebar (palpitasi)
- e. Bengkak yang terjadi di area kaki bagian bawah
- f. Rasa tidak nyaman dipunggung bawah
- g. Terjadi penurunan berat badan (BB)
- h. Susah menahan buang air kecil (*inkontensia urine*), sehingga orang tua sering mengompol
- i. Susah menahan untuk BAB
- j. Penurunan proses melihat dan pendengaran (probikusis)
- k. Mengalami kesulitan tidur
- l. Seringkali mengeluh pusing
- m. Merasa dingin dan kesemutan pada anggota badan

DAFTAR PUSTAKA

BAB 4

PERAN PERAWAT GERONTIK

Oleh Rentawati Purba

4.1 Pendahuluan

WHO atau *World Health Organization* Mengartikan lanjut usia adalah individu seseorang individu akan menginjak usia lebih dari 60 tahun, lansia ialah fase terakhir dari siklus kehidupan dalam hidup manusia yang dimulai dari usia 60 tahun sampai individu meninggal dunia. Sekalipun pada individu memasuki lanjut usia terjadi proses penurunan fungsi tubuh yang dapat diketahui dari segi fisik, social, ekonomi maupun sexual, akan tetapi individu yang akan memasuki kategori usia lanjut bukanlah suatu penyakit, Keadaan ini ialah tahap lanjutan dari salah satu siklus kehidupan yang akan dijalani oleh individu sesudah melewati usia 59 ke atas , dapat dikenali dengan terjadinya proses penurunan fisiologis setiap organ maupun sistem tubuh baik untuk mempertahankan penyesuaian diri terhadap stress fisik, psikologi dan lingkungan, Akibatnya lansia akan beresiko tinggi mengalami masalah kesehatan, untuk itu sangat diperlukan proses asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan terutama yang dialami oleh lansia, Dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan yang efektif perlu individu sebagai perawat mengaplikasikan peran yang berkaitan terhadap fungsi dan kewajiban dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung maupun tidak langsung, sehingga kepuasan pelayanan asuhan keperawatan dapat terpenuhi terutama pada populasi lansia.

Peran adalah serangkaian perilaku yang diinginkan oleh individu lain terhadap seseorang sesuai posisinya dalam melakukan sebuah system, serangkaian perilaku yang dilakukan

individu ini sangat dipengaruhi oleh situasi sosial baik situasi sosial yang berasal dari internal dan eksternal yang bersifat konstan. peran merupakan seperangkat perilaku yang diinginkan dari seseorang pada kondisi sosial tertentu. (Muhith, A., & Siyoto, 2016) .

Jika dilihat sesuai penjelasan tersebut maka, setiap suatu kegiatan ataupun tugas yang dilakukan oleh individu, perlu individu tersebut mengaplikasikan peran, untuk itu jika dikaitkan dalam pelayanan kesehatan terutama pelaksanaan proses praktik ilmu keperawatan yang diaplikasikan oleh perawat maka seorang perawat perlu mengaplikasikan atau melaksanakan peran untuk mencapai kepuasan yang diharapkan seseorang dalam menerima asuhan keperawatan

Maksud dari peran perawat yaitu salah satu cara dalam menaytakan kegiatan perawat dalam praktik, dimana seorang perawat yang melaksanakan peran keperawatan telah selesai menempuh pendidikan formalnya sudah diakui dan diberikan otoritas oleh pemerintah untuk melaksanakan kegiatan praktik ilmu keperawatan dengan profesional yang bersesuaian dengan kode etik professional. Salah satu peran utama perawat dalam kesehatan masyarakat yaitu melakukan asuhan keperawatan terhadap individu baik sehat maupun dalam kondisi sakit atau yang individu yang memiliki masalah kesehatan ataupun masalah keperawatan baik itu dipanti, disekolah, dirumah dan sebagainya sesuai dengan kebutuhan. (Departemen kesehatan, 2006),

Perawat yang merupakan salah satu profesi kesehatan profesional mempunyai peran dalam pemberi praktik ilmu keperawatan (*care giver*), educator, advokat, conselor, cange agent, koordinator, bahkan research dan pengembangan praktik ilmu keperawatan. (Pasthikirani, Wahyuningsih & Richrard, 2018). Untuk itu peran perawat yang sangat berpengaruh terhadap praktik keprawatan ini akan menjadi pedoman bagi perawat , calon perawat bahkan masyarakat, bahwasanya perawat dalam menerapkan peran perawat memegang peranan penting dalam

memenuhi kualitas pelayanan kesehatan/keperawatan yang terbaik untuk setiap masyarakat terkhususnya pada populasi lansia.

Menurut Doheny ada beberapa poin peran yang dapat dilakukan oleh perawat profesional, yakni pemberi praktik ilmu keperawatan atau asuhan keperawatan, sebagai advokat dan pelindung bagi pasien, memberikan bimbingan terhadap pasien, kollaborator, educator, pelaksana koordinasi, pembawa perubahan, penyedia informasi terkait permasalahan yang dialami pasien.

Dalam Konsorsium ilmu kesehatan pada tahun 1989, peran yang dilakukan perawat yakni pemberi praktik ilmu keperawatan, advokat, educator, coordinator, collaborator, penyedia informasi, dan pembawa perubahan. Dalam buku ini akan menjelaskan ilmu keperawatan gerontik yang meliputi peran perawat sebagai berikut.

4.2 Peran Perawat Dalam Praktik Keperawatan Gerontik

4.2.1 Peran Perawat Sebagai Care Giver (pemberi asuhan keperawatan)

Perawat sebagai care giver ialah salah satu peran seorang perawat yang sangat penting dalam pelaksanaan praktik keperawatan gerontologi, seorang perawat dalam hal ini bertanggung jawab atas praktik keperawatan secara langsung pada lansia dalam berbagai situasi yang dialami. Asuhan keperawatan yang ditujukan pada lansia ini terdiri proses pengkajian, proses menentukan masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan, dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung memiliki mafaat dalam memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosial-kultural yang dialami oleh lansia, dalam peran pemberi asuhan keperawatan ini seorang perawat harus memiliki kemampuan dalam memberikan

pelayanan keperawatan yang tepat pada lansia sesuai masalah kesehatan yang dialami

Menurut afandi, 2009 dalam hal memberikan asuhan keperawatan, perawat dapat menggunakan proses keperawatan untuk menetapkan masalah keperawatan baik itu masalah fisik bahkan masalah yang dapat mengganggu psikososial. Perlu diingat jika peran care giver ini tidak dilaksanakan dengan tepat pada lansia tentu berdampak terhadap kepuasan klien terkhususnya lansia, maka dari itu untuk memenuhi kepuasan pasien tergantung dari kualitas pelayanan yang diberikan.

Pada umumnya pada saat akan melakukan asuhan keperawatan pada lansia, seseorang yang memasuki usia lanjut ini sering menunjukkan tanda dan gejala yang khas tetapi terasa sulit untuk dipahami keluhan yang diucapkan sehingga masalah ini akan dapat menjadi rintangan bagi perawat dalam menetapkan masalah keperawatan serta memberikan penanganan yang tepat, maka dari itu, Perawat sebagai seseorang salah satu profesi tenaga kesehatan tentu akan mengaplikasikan praktik keperawatan pada lansia harus mengetahui seluruh proses penyakit, tanda dan gejala yang diperlihatkan oleh lansia meliputi pengetahuan tentang faktor dan risiko, implementasi medis yang akan dilakukan, tindakan pemulihan, serta perawatan terminal (Hindle & Coostes tahun 2011).

Menurut siswari yuniarti & Julaikeh 2014 dalam penelitiannya seorang perawat juga mempunyai peran baik dan peran buruk sebagai care giver, yang mana peran seorang perawat yang baik bahwasanya perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat perlu untuk dilakukan proses keperawatan yakni, pengkajian, perumuan diagnosis keperawatan , rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan menilai perkembangan yang terjadi (evaluasi), sedangkan seorang perawat yang berperan buruk beranggapan tidak begitu penting dilakukan proses penilaian perkembangan (evaluasi), *discharge planning* dan tidak

adanya motivasi serta kepedulian terhadap perannya sebagai *care giver*. Sehingga ini menjadi suatu masalah yang mungkin terjadi pada seorang perawat dalam melaksanakan peran *care giver*, maka dari itu pentingnya seorang perawat dapat meningkatkan perannya dalam melaksanakan asuhan keperawatan, khususnya pada perawat yang mengaplikasikan praktik keperawatan pada Lansia.

4.2.2 Peran Perawat Sebagai Educator

Educator dapat didefinisikan sebagai pendidik. Bertujuan untuk memberikan informasi, membimbing, dan melatih. Dalam hal ini peran yang dilakukan seorang perawat yaitu sebagai pendidik serta memiliki tanggung jawab dalam menjelaskan informasi status kesehatan kepada pada lansia serta keluarga dan membantu lansia mencapai perawatan diri sesuai kemampuan yang dimiliki, sebagai seseorang yang memiliki tugas sebagai pendidik, perawat harus dapat membantu pasien mengetahui kesehatan dan tahapan asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan yang bertujuan untuk memperbaiki atau memelihara kesehatan. (Kozier, 2010)

Perawat sebagai educator dapat dilakukan dengan membantu klien untuk meningkatkan pengetahuannya tentang kesehatan, gejala penyakit bahkan cara untuk mengobati penyakit, sehingga terjadi perubahan perilaku klien setelah dilakukan edukasi (Aziz, 2013)

Adanya informasi yang benar yang di berikan oleh perawat pada lansia maupun keluarga dapat meningkatkan pengetahuan lansia dan keluarga untuk melaksanakan cara hidup sehat, cara yang dapat dilakukan ialah dengan menunjukan prinsip, prosedur, dan teknik dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan pada lansia, perawat sebagai educator juga sangat bermanfaat dalam mengajarkan ilmu kepada masyarakat, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Manfaat pemberian informasi salah satunya yaitu mengurangi tingkat kecemasan, kecemasan ini sering menjadi masalah pada lansia maupun keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan, biasanya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang masalah yang dialami oleh lansia dan keluarga, ketidaktahuan dalam merawat lansia yang mengalami masalah kesehatan, maka dari itu pentingnya peran perawat sebagai pendidik untuk mengurangi atau mengatasi kecemasan yang dialami oleh lansia dan keluarga, salah satu penelitian manfaat edukasi berpengaruh signifikan dengan dilakukannya peran perawat sebagai pemberi edukasi terhadap kecemasan keluarga pasien yang mengalami penyakit stroke di ruang unit perawatan stroke Rs Panti Waluya Malang Sulistyoningsih, T., Mudayatiningsih, S., & Metrikayanto, W. D. (2018).

Memberikan edukasi pada lansia akan menjadi tantangan tersendiri bagi seseorang perawat. Hal ini berkaitan dengan *cognitive aging* yang dialami oleh lansia yang sangat mempengaruhi proses belajar lansia, sehingga sorang perawat perlu menyesuaikan metode dan bahan dalam penyampaian edukasi agar edukasi dapat dimengerti baik oleh lansia. Hal yang perlu diajarkan pada sesorang yang memasuki lanjut usia yaitu pentingnya menjaga berat badan dalam kategori ideal, menjelaskan beberapa keterlibatan jenis kegiatan contohnya latihan fisik dan cara mengatasi stress untuk menghadapi usia tua dengan perasaan gembira dan bahagia.

Apabila lansia tidak dapat diberi edukasi sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami maka edukasi dapat dilakukan pada keluarganya, Menurut Miller (2012), Jika lansia masih memiliki kognitif yang baik, ada 5 hal yang perlu dilakukan agar edukasi yang dijelaskan dapat mudah dimengerti, yakni :

1. Memberikan waktu cukup untuk lansia menyerap informasi, artinya dalam pemberian informasi tidak terburu buru

2. Memberikan sejumlah kecil informasi dalam beberapa sesi, dalam artian tidak memberikan informasi dalam jumlah yang banyak pada satu pertemuan
3. Membuat rujukan kepada perawat agar perawat melakukan perawatan di rumah dengan salah satunya *follow up* pengajaran yang diberikan
4. Membuat lingkungan pembelajaran yang nyaman dengan menghilangkan berbagai hal yang dapat menyebabkan distraksi
5. Mengaitkan informasi yang diberikan dengan pengalaman masa lalu klien agar mudah di serap.

4.2.3 Peran Perawat Sebagai Advokat

Advokat ialah salah satu peran profesional seorang perawat dalam melaksanakan pembelaan dan perlindungan kepada klien yang mengalami lanjut usia, perawat merupakan salah satu profesi yang selalu dekat berada di samping klien sehingga mempunyai peluang besar untuk melaksanakan advokasi pada klien (Nicool 2012), klien lansia sangat memerlukan perlindungan dari seorang Perawat pada saat lansia mengalami masalah kesehatan dimana dalam hal ini terjadi penurunan kekuatan fisik maupun mental, lansia yang mengalami kondisi yang kritis, lemah dan memiliki gangguan, maka dari itu lansia membutuhkan seorang pembela untuk melindungi dan memperhatikan kesejahteraannya, advokat bukan hanya untuk mereka para lansia tidak mampu melindungi dirinya sendiri, tetapi dapat ditujukan pada pasien yang membutuhkan perlindungan dan pembelaan dalam hal penyediaan data yang berpengaruh dalam mengambil keputusan tentang perawatan dalam terapi yang akan dijalankan.

Advokasi adalah tindakan yang dilakukan perawat dalam melakukan pembelaan terhadap hak-hak pasien dan bertindak atas nama pasien. Perawat memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa hak-hak pasien harus diakui, advokat dapat juga diartikan

upaya untuk melindungi, berbicara atau melakukan tindakan untuk kepentingan klien seutuhnya serta memberikan perlindungan yang mencakup kesejahteraannya (vaartio, 2005), peran perawat sebagai advokasi juga mengharapkan perawat mampu melakukan tanggung jawab dalam melakukan bantuan kepada pasien maupun keluarga dalam menjelaskan informasi dari beberapa sumber tentang pelayanan yang dibutuhkan atas pengambilan persetujuan tentang tindakan praktik keperawatan yang dilakukan kepadanya serta mempertahankan dan menjaga hak hak pasien, dan ini harus dapat dilakukan seorang perawat karena klien yang sedang dirawat di lingkungan rumah sakit maupun di lingkungan rumah kemungkinan akan melakukan inetraksi dengan petugas kesehatan lainnya.

Perawat ialah mitra antara pasien dan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan upaya untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, didalam hal ini bertindak, memihak, atau memastikan lansia bahwa lansia harus mendapatkan haknya, pelayanan kesehatan yang layak, memperkuat Autonomy lansia dalam hal mengambil keputusan, dan melakukan pendidikan kepada orang lain yang memiliki prespsi setereotip negatif dari penuaan (Miller, 2012)

Dalam peran ini mungkin saja perawat mengalami dilema dalam melaksanakan peran sebagai advokasi karena sebagian perawat meyakini bahwa kepemimpinan profesi dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia adalah faktor terpenting dalam menghambat advokasi, bahkan perawat merasa sangat sulit dalam membicarakan tentang status pasien dengan prfokasi seorang dokter yang lebih dominan, walaupun perawat memiliki pengetahuan yang baik terhadap suatu masalah (Wardalina, (A., Setiawan, H., & Rizany, I. 2022). Faktor lainnya menjadi penghambat dapat terlaksananya peran sebagai pembela dan pelindung yaitu kurangnya jumlah tenaga profesi perawat dalam merawat pasien terutama dalam pelayanan rumah sakit

Untuk itu perlu ditekankan pengoptimalan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang adekuat dan akurat dalam pelaksanaannya terdapat peran perawat sebagai advokat, dapat diatasi apabila beban kerja yang diterima oleh perawat yang ada memiliki proposi yang normal, sehingga pelaksanaan peran advokasi terutama pada lansia dapat dipertahankan. Hal yang perlu diingat juga apapun situasinya peran advokator bukan berarti membuat keputusan untuk lansia, akan tetapi memberdayakan lansia maupun keluarga untuk tetap independen dan bermartabat bahkan dalam situasi sulit sekalipun (Stanly & Beare, 2006)

4.2.4 Peran Perawat Sebagai Konselor

Perawat gerontik selaku menjadi konselor memiliki tugas membantu lansia dalam mengidentifikasi masalah kesehatan dan menentukan tindakan yang akurat untuk menyelesaikan masalah yang dialami (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Seorang perawat diharapkan dapat mengetahui kondisi dan kebutuhan lansia, Peran perawat konselor sangat diperlukan oleh pasien lansia yang bertujuan dalam menyediakan solusi dari setiap permasalahan kesehatan yang dialami oleh lansia serta mencegah kemarahan didalam diri lansia, dengan menyediakan informasi yang cukup tentang penyakit, perawatan dan pengobatan yang akan dijalankan.

Pada saat lansia mengalami masalah kesehatan tentu lansia cenderung akan mengalami kecemasan, untuk itu peran perawat konselor akan memberikan konseling. Konseling yakni merupakan pemaparan informasi secara objektif dan terpadu yang dilaksanakan secara sistematis berdasarkan kemampuan dalam melakukan komunikasi interpersonal, dengan cara mengajari, melakukan bimbingan dan penguasaan pengetahuan, yang memiliki tujuan untuk mendukung lansia maupun keluarga mengenali kondisinya saat ini.

Konseling kesehatan yaitu salah satu peran perawat yang dilakukan secara mandiri dan dapat dipergunakan dalam melakukan bantuan untuk menunjang proses kesembuhan pada lansia, konseling kesehatan ialah metode pelaksanaan yang dapat menolong pasien dalam menyelesaikan masalah untuk mengetahui dan mengatasi stress maupun kecemasan, dan memberikan kemudahan dalam melakukan hubungan interpersonal di antara klien, keluarga, dan kelompok pemberi perawatan kesehatan (Projo Angkasa *et al.*, 2018), Konseling keperawatan dapat dikatakan sebagai salah satu bentuk dari pelayanan keperawatan untuk mengatasi dan mengurangi atau menyelesaikan masalah kesehatan klien, dalam masalah psikis dan intelektual (Mundaki, 2006). Konseling yang dilakukan perawat dapat membantu lansia maupun keluarga untuk mampu mengatasi masalah yang sedang dihadapi pada dalam waktu kedepan sehingga lansia maupun keluarga dapat menerima keadaan sakitnya.

Konseling diberikan pada lansia berguna untuk mengartikan pengalaman kesehatan terhadap pengalaman masa lalu, untuk penyelesaian masalah fokus terhadap pada masalah keperawatan, mengolah perilaku hidup ke perilaku adaptif, contoh perawat konselor yaitu, perawat membantu mengenali dan memecahkan masalah kesehatan lansia melalui konsultasi kesehatan secara berkelanjutan, membantu keluarga lansia dalam memutuskan apakah perlu dirawat ke panti lain, perlu diingat oleh seorang perawat bahwa konselor bukan untuk membuat keputusan untuk lansia namun membiarkan lansia maupun keluarga memilih keputusan terbaiknya.

4.2.5 Peran Perawat Sebagai Koordinator.

Koordinator yaitu seseorang yang bertanggung jawab mengkoordinasikan seluruh kegiatan dalam pelayanan untuk mencapai tujuan tertentu, menciptakan sistem pelayanan melalui kemitraan dengan tim kesehatan lainnya (Effendy, 200),

koordinator diharapkan mampu mengarahkan, mengintervensikan, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu unsur dari perawat profesional. Koordinator bertanggung jawab untuk menerapkan konsep praktis, prinsip dan teori manajemen keperawatan dan mengelola lingkungan organisasi untuk menciptakan iklim yang optimal dan memastikan perawatan yang dilakukan oleh perawat klinis untuk terciptanya keberhasilan pelayanan keperawatan (Potter, 2010)

Perawat selaku koordinator adalah berperan dalam membimbing, melakukan intervensi, serta melakukan pembentukan organisasi pelayanan kesehatan dalam kelompok tim kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan keperawatan dapat terarah sesuai dengan kebutuhan lansia, perawat mampu mengeksplorasi seluruh sumber daya dan kapasitas yang ada baik dari segi substansi maupun keterampilan lansia secara terkoordinasi sehingga tidak terjadi program kesehatan tumpang tindih dan terlewatkan.

4.2.6 Peran Perawat Sebagai Kolaborator

Kolaborasi atau bekerja dalam kelompok gabungan dengan semua pihak yang terlibat dalam pemberian pelayanan kesehatan pada lansia perlu meningkatkan perencanaan yang dapat diterima bersama demi tercapainya tujuan bersama (Potter, Perry, & Hall, 2013). Kolaborasi membentuk salah satu peran utama perawat, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada lansia, seorang perawat diharapkan dapat menjalin kerjasama dengan profesi kesehatan lainnya.

Untuk menjalin kolaborasi yang efektif terhadap tim kesehatan lainnya yang berkaitan dengan status kesehatan maupun perawatan lansia, perlu seorang perawat meningkatkan komunikasi antar profesi kesehatan. Maka dari itu pentingnya seorang perawat mengetahui *interprofessional education* (IPE) yang merupakan salah satu metode pembelajaran antara profesi

kesehatan lainnya dari berbagai teori ilmu disiplin termasuk disiplin ilmu keperawatan maupun ilmu disiplin profesi kesehatan lainnya dalam proses belajar bersama menjadikan sebuah upaya untuk meningkatkan kolaborasi yang baik antara profesi perawat dan profesi tenaga kesehatan yang lain dan meningkatkan interaksi yang baik serta dapat memahami ruang lingkup peran masing masing. Sehingga terjalinya kolaborasi yang efektif melalui *interprofessional education* dapat mendorong kepuasan lansia maupun keluarga dalam menerima perawatan.

Kolaborator sangat berpengaruh terhadap asuhan keperawatan yang diterima dikarenakan sesuai dengan definisi lansia dikaitkan dengan penurunan fungsi tubuh yang dapat dilihat dari segi fisik, social, ekonomi maupun sexual, Sehingga rentannya lansia mengalami masalah kesehatan. Untuk mengatasi atau meringankan masalah kesehatan yang dialami oleh lansia perlu seorang perawat melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, yang dapat memberikan perubahan yang sangat penting terhadap kesembuhan pasien, kepuasan dalam menerima asuhan keperawatan, bahkan mempercepat proses kesembuhan pasien lansia pada saat mengalami masalah kesehatan, salah satu contoh yang sering dilakukan yaitu praktisi perawat berada pada tim perawatan kesehatan berbasis rumah yang akan berkolaborasi dengan dokter dalam memberikan pelayanan perawatan primer kepada lansia yang beresiko tinggi mengalami masalah kesehatan (Touhy & jett, 2014).

5.2.7 Peran Perawat Sebagai *Change Agent*.

Perawat memiliki Peranaan yang sangat berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan khususnya pelayanan keperawatan pada lansia salah satunya adalah peran perawat sebagai pembaharu yang dapat memberikan perubahan terarah yang lebih baik terhadap pelayanan keperawatan yang telah ditetapkan, dimana perubahan yang diharapkan ialah salah satunya perubahan perilaku lansia mengarah ke arah pola hidup

yang adaptif, sehingga lansia maupun keluarga dapat mempertahankan status kesehatannya. Sebagai seorang profesi perawat wajib memiliki keahlian dalam melakukan proses perubahan, keahlian yang pertama yaitu melakukan proses keperawatan, proses keperawatan ini merupakan metode pendekatan dalam menuntaskan masalah yang dimiliki klien secara sistematis dan konsisten dengan perencanaan perubahan, keahlian yang kedua yaitu ilmu teoritis dan pengalaman dalam pelaksanaan praktik. Seorang perawat wajib diajarkan ilmu teoritis ketika jenjang pendidikan keperawatan dan mempunyai pengalaman praktik untuk bekerja secara efektif terhadap orang lain (Nursalam, 2014).

Change agent atau dianggap juga menjadi pembaharu, yaitu seorang perawat melakukan inovasi menggunakan berfikir, bertindak laku serta mengupayakan untuk meningkatkan keterampilan lansia maupun keluarga supaya dapat menjadi hidup yang sehat, komponen dalam pencapaian peran ini meliputi intervensi, kerjasama, perubahan yang teratur dalam melakukan hubungan dengan lansia serta cara memberikan perawatan pada lansia.

Menjadi seorang *change agent*, perawat berperan dalam melakukan intervensi dan membuat perubahan secara terarah dengan melakukan kerja sama sesuai dengan kebutuhan pasien lansia dan situasi. Perawat yang menjalankan perannya sebagai *change agent* harus dituntut secara berkualitas dalam pemberian pelayanan keperawatan pada lansia sesuai dengan standart profesi keperawatan serta dapat diterima oleh lansia. dalam mencapai tujuan perawat sebagai pembaharu diharapkan seorang perawat harus berpikir secara *kritis*, dalam berpikir kritis perawat diharapkan mampu beradaptasi dengan lingkungan dengan baik, melaksanakan dan menyelesaikan setiap tanggung jawab dengan baik, juga dapat membuat hal yang baru menjadi lebih nyata dan dapat digunakan dalam pelayanan (Lingga, 2019).

Perawat sebagai *change agent* diharapkan dapat mampu meleakukan intervensi dam membuat perubahan secara terarah, dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungan, melaksanakan dan memenuhi tanggung jawab dengan baik, menciptakan hal hal baru menjadi lebih dapat diterapkan secara nyata dan dapat digunakan dalam pelayanan, dan dapat berpikir kritis dalam memberikan pelayanan keperawatan.

4.2.8 Peran Perawat Sebagai *Consultant*

Seorang perawat harus mampu memberikan konsultasi keperawatan kepada lansia untuk mendorong lansia maupun keluarga dapat melakukan perawatan diri, sehingga dapat meningkatkan harga diri dan akuntabilitas mereka sebagai pasien lansia, peran konsultan juga bertujuan mengelola kesehatan lansia lebih baik, konsultan keperawatan bekerja dengan pasien lansia untuk melakukan evaluasi masalah kesehatan yang dialaminya dan memberikan solusi yang tepat agar lansia dapat menyelesaikan masalah mereka dengan benar. Peran konsultan ini juga memberikan edukasi dan dukungan terhadap lansia dan keluarga, serta bekerja sama dengan profesi kesehatan lainnya untuk dapat memastikan bahwasanya pasien lansia menerima perawatan terbaik.

Perawat sebagai konsultan juga membantu dalam mengembangkan intervensi perawatan yang disesuaikan sesuai kebutuhan individu pasien dan membantu mereka mencapai tujuan kesehatan mereka. Perawat dapat memberikan konsultasi kepada pasien tentang bagaimana perawatan kesehatan yang akan dilakukan, seperti tentang pengobatan, status nutrisi, dan manajemen gejala masalah kesehatan yang dialami, selain dari pada itu perawat juga dapat memberikan saran dan dukungan kepada pasien dalam memahami dan mengelola efek samping dari pengobatan yang dilakukan dan memberikan dukungan secara emosional kepada pasien khususnya lansia dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Muhith, A., & Siyoto, S. 2016. *Pendidikan keperawatan gerontik*. Penerbit Andi.
- Yuniarti, S. 2014. Peran Perawat Sebagai Care Giver. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 13-17.
- Wirentanus, L. 2019. Peran Dan Wewenang Perawat Dalam Menjalankan Tugasnya Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. *Media Keadilan: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(2), 148-164.
- Masi, G. M., & Silolonga, W. 2018. Hubungan peran perawat sebagai edukator dengan kepatuhan penatalaksanaan hipertensi di Puskesmas Tahuna Timur. *Jurnal keperawatan*, 6(1).
- Sulistyoningsih, T., Mudayatiningsih, S., & Metrikayanto, W. D. 2018. Pengaruh peran perawat sebagai edukator terhadap kecemasan keluarga pasien stroke di unit stroke Rumah Sakit Panti Waluya Malang. *Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(1).
- Afidah, E. N., & Sulisno, M. 2013. Gambaran Pelaksanaan Peran Advokat Perawat di Rumah Sakit Negeri di Kabupaten Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2).
- Irawan, H. 2017. Pengaruh konseling kesehatan terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien tbc paru di puskesmas campurejo kota Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(1), 87-94.
- Angkasa, M. P., Isrofah, I., & Rustono, R. 2018. Efektivitas Pemberian Konseling Keperawatan terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Mayor di Ruang Mawar RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1), 8-16.

BAB 5

PENDEKATAN PROSES PENGUMPULAN DATA PADA LANJUT USIA

Oleh Haris

5.1 Definisi Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahapan penting dalam pengkajian keperawatan. Keberhasilan dalam melakukan asuhan keperawatan, tidak terlepas dari proses pengumpulan data. Pengumpulan data harus dilakukan secara sistematis dan terstruktur melalui format pengkajian. Menurut Debora (2017) pengumpulan data digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menemukan masalah aktual atau potensial atau yang berisiko dan sebagai acuan dalam memberikan edukasi. Demikian pula pengumpulan data pada lanjut usia, diarahkan untuk mengidentifikasi permasalahan kesehatan yang dialami lanjut usia, melihat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*activity daily living*), kondisi kognitif, psikologis dan memory serta spiritual.

Pentingnya pengumpulan data dalam pemberian asuhan keperawatan ini karena sebagai kunci untuk ke tahap proses keperawatan. Ketika salah dalam proses pengumpulan data maka akan salah menentukan masalah kesehatan. Jika perawat tidak jeli dan detail dalam melakukan proses pengumpulan data ini maka akan salah memberikan intervensi keperawatan dan perawat tidak akan maksimal dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebutuhan dasar utama lanjut usia tidak terpenuhi. Sebaliknya jika perawat teliti dan cekatan dalam melakukan pengumpulan data

maka perawat akan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dan kebutuhan dasar lanjut usia yang bermasalah akan terpenuhi.

Pengumpulan data lanjut usia harus dilakukan secara komprehensif, akurat dan sistematis. Pengumpulan data pada lanjut usia harus melibatkan keluarga sebagai orang terdekat, jika lansia berada di panti lanjut usia maka harus melibatkan pengusuh, jika lanjut usia berada di posyandu lanjut usia maka perawat perlu melibatkan kader kesehatan lanjut usia. Keterlibatan keluarga atau orang terdekat lanjut usia dapat membantu perawat mendapatkan data yang lebih detail dan menghindari kesalahan selama proses pengumpulan data.

5.2 Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengumpulan Data

Maryam et al., (2010) hal yang harus diperhatikan perawat dalam pengumpulan data pada lanjut usia adalah

1. Perlu kontrak waktu dan persetujuan lanjut usia dalam pengumpulan data
2. Menjelaskan tujuan dan manfaat pengumpulan data bagi lanjut usia
3. Menyadari bahwa ada mitos yang diyakini lanjut usia yang harus disampaikan secara hati-hati dan jelas
4. Merencanakan secara bersama dengan lanjut usia untuk rencana pengumpulan data dan kegiatan setelahnya
5. Tidak kaku saat melakukan pengumpulan data dengan menggunakan metode atau teknik yang fleksibel dan membuat lanjut usia nyaman
6. Ramah dan penuh perhatian kepada lanjut usia
7. Menggunakan sentuhan
8. Melihat situasi dan kondisi lanjut usia selama pengumpulan data

Kushariyadi (2011) Hal yang perlu diperhatikan saat pengumpulan data agar mendapatkan data yang maksimal :

1. Mengkaji lebih dari satu kali dan di waktu yang berbeda dalam setiap harinya
2. Lanjut usia dalam kondisi nyaman dan menyenangkan
3. Ambil keuntungan dari moment yang sangat disukai milsanya memuji lanjut usia karena berdandan atau saat klien beraktifitas mandiri
4. Meyakinkan lanjut usia bahwa alat bantu yang digunakan dalam kondisi bagus dan siap digunakan
5. Melakukan anamnesis keluarga, teman atau orang terdekat klien yang terlibat dalam perawatan klien untuk memvalidasi pengkajian yang telah didapatkan sebelumnya
6. Gunakan bahasa tubuh, sentuhan, kontak mata, dan berbicara untuk meningkatkan keterlibatan lanjut usia selama perawatan
7. Kenali dan sadari keadaan dan perhatian emosional lanjut usia, agar mendapatkan pengumpulan data yang sehat dan akurat sesuai keluhan lanjut usia.

Jarvis (2023) mengungkapkan bahwa terdapat lingkungan fisik yang harus diperhatikan ketika melakukan pengumpulan data :

1. Atur suhu ruangan pada level yang nyaman
2. Sediakan pengcahayaan yang cukup
3. Kurangi kebisingan
4. Singkirkan barang-barang yang tidak dibutuhkan
5. Jarak anda dengan klien sekitar 2 langkah kecil kaki
6. Atur agar posisi duduk Anda sama tinggi dengan klien
7. Pasien harus duduk nyaman setinggi pandangan Anda, hindari duduk dibalik meja atau di samping tempat tidur
8. Sebaiknya jangan berdiri saat melakukan pengumpulan data

5.3 Karakteristik Pengumpulan data

Nursalam (2008) mengungkapkan bahwa dalam pengumpulan data harus memiliki karakteristik lengkap, akurat, actual, nyata dan relevan

1. **Lengkap**

Data yang terkumpul dari lanjut usia haruslah lengkap sesuai dengan format pengkajian. Saat pengumpulan data tidak boleh ada data yang terlewatkan dan terabaikan terlebih data yang menjurus pada keluhan klien. Data yang terkumpul harus menguraikan secara detail mengenai kondisi kesehatan klien

2. **Akurat, Aktual dan nyata**

Pengumpulan data harus akurat yang berarti bahwa tidak ada keraguan dari data yang dikaji, data benar-benar sesuai dengan kondisi klien. Data harus actual yang berarti bahwa data bahwa data yang diperoleh adalah data terbaru dari kondisi klien, data yang benar-benar dikeluhkan klien saat dikaji yang didukung dengan data hasil observasi dan pemeriksaan fisik. Data yang ditemukan harus nyata, yang berarti data benar-benar ada pada lanjut usia.

3. **Relevan**

Data juga harus relevan yang berarti bahwa sumber data yang bersifat primer dan sekunder saling terkait, tidak ada perbedaan yang mencolak dan kontradiktif. Pada umumnya setiap keluhan lanjut usia harus disertai dengan data objektif yang didapatkan setelah pemeriksaan fisik.

5.4 Jenis Pembagian Data

Budiono & Pertamina (2017) jenis pembagian data dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. **Data Dasar**

Data dasar merupakan data yang wajib dikumpulkan. Adapun data dasar meliputi identitas klien lanjut usia,

riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, pola aktifitas keseharian. Data dasar umumnya menjadi format baku dalam melakukan pengkajian. Data dasar ini menunjukkan pola kesehatan yang efektif/ optimal untuk menentukan masalah keperawatan.

2. Data Fokus

Data fokus merupakan data yang menjadi perhatian perawat karena berkaitan dengan keluhan dan masalah kesehatan yang dialami lanjut usia. Data fokus merupakan data lanjut usia yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus ditetapkan dan dikumpulkan setelah perawat melakukan serangkaian pengkajian dan memilah menjadi data tersendiri sesuai dengan keluhan klien dan data yang diperoleh tersebut harus tervalidasi dan sinkron dengan hasil observasi dan pemeriksaan fisik. Berdasarkan data fokus ini akan mengarahkan ketahap penentuan masalah keperawatan dan tindakan yang akan diberikan kepada lanjut usia.

3. Data Subjektif

Data subjektif adalah informasi verbal yang didapatkan dari klien atau keluarga mengenai kondisi kesehatan atau keluhan yang dirasakan. Data subjektif berupa ungkapan atau pandangan klien mengenai apa yang dirasakan atau dikeluhkan klien yang disampaikan kepada perawat saat anamnesis.

4. Data Objektif

Data objektif merupakan data yang akurat yang dapat terukur yang merupakan hasil observasi dan pemeriksaan fisik pada lanjut usia dan data yang bermasalah yang diperoleh merujuk pada kondisi normal lanjut usia, misalnya hasil pemeriksaan tekanan darah lanjut usia ditemukan 140/90 mmHg, walaupun hasil pemeriksaan

tekanan darah tersebut lumrah ditemukan pada lanjut usia namun merujuk pada tekanan darah normal, hasil tersebut termasuk dalam kategori hipertensi *grade I*.

5.5 Sumber data

Perdasarkan sumber data diperoleh, data dibagi menjadi

1. Data primer

Data primer merupakan data yang langsung bersumber dari lanjut usia atau data mengenai kondisi langsung dari lanjut usia. Perolehan data primer ini melalui wawancara, jika tidak memungkinkan maka sumber data primer berasal hasil observasi dan pemeriksaan fisik langsung pada lanjut usia dan jika tidak memungkinkan maka keluarga dapat menjadi sumber informasi primer

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh melalui catatan medis atau dari sumber informasi yang tidak bersumber langsung dari klien seperti teman klien atau atau tetangga, hal ini dilakukan karena kondisi klien yang tidak sadarkan diri atau kondisi klien masih bayi/balita. Data sekunder ini dapat berupa riwayat kesehatan terdahulu, hasil pemeriksaan diagnostik

Dalam beberapa kondisi sumber data bisa berasal dari bahan referensi, hasil konferensi, hasil ronde keperawatan, konsultasi antardisiplin dan penggunaan literatur yang relevan. Sumber data ini menjadi panduan atau rujukan dalam pengambilan data pada klien. Data yang harus ada dan relevan ketika menentukan masalah keperawatan / kesehatan klien, misalnya ketika perawat akan menentukan masalah keperawatan lansia, perawat telah memiliki data yang mendukung yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi dan hasil pemeriksaan fisik maka perawat harus melihat buku rujukan referensi apakah data

tersebut sudah cukup untuk menentukan masalah keperawatan atau harus mengkaji lebih detail hal-hal yang berkaitan dengan keluhan lanjut usia tersebut.

5.6 Metode Pengumpulan data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan tahapan anamnesis, observasi dan pemeriksaan fisik

1. Anamnesis

Anamnesis merupakan proses wawancara klien mengenai kesehatan saat ini yang dirasakan juga riwayat kesehatan sebelumnya di masa lalu. Bentuk wawancara sebagai dasar hubungan terapeutik antara perawat-klien. Melalui anamnesis ini diharapkan proses pengumpulan data mendapatkan data yang akurat dan bermakna. Selama proses anamnesis dibutuhkan teknik komunikasi yang terapeutik agar lanjut usia dan keluarga atau teman terdekat dapat bertukar pikiran dan perasaan mengenai kondisi kesehatan lanjut usia yang saat ini dikeluhkan.

Selama anamnesis, kemampuan berkomunikasi tidak hanya secara verbal namun juga tetap memperhatikan komunikasi non verbal yang meliputi kemampuan mendengarkan secara aktif mengenai keluhan lanjut usia, peka dengan kondisi klien dengan memberikan sentuhan atau memahami lanjut usia jika tiba-tiba terdiam dan selama interaksi memperhatikan kontak mata lanjut usia.

Tahapan wawancara saat anamnesis klien diuraikan sebagai berikut :

a. Persiapan

Tahap persiapan dilakukan dengan cara mencari informasi tentang klien melalui catatan medik. Perawat tidak boleh berprasangka buruk kepada lanjut usia, pada tahap ini perawat harus peka dengan kebutuhan dasar lanjut usia yang bermasalah atau tidak dapat

dipenuhi. Jika perawat belum siap berkomunikasi maka perawat menunda sebentar wawancara dan tidak memaksakan diri untuk melakukan anamnesis.

b. Pembukaan / pengenalan

Perawat mulai mengembangkan hubungan terapeutik . Perawat harus mampu menciptakan hubungan kekeluargaan dengan respek terhadap lanjut usia agar komunikasi dapat berjalan lancar. Perawat perlu menyampaikan informasi untuk lanjut usia mengenai data yang didapatkan dan untuk keperluan apa data tersebut.

c. Tahap kerja / isi

Perawat fokus pada tujuan apa yang ingin dicapai pada lanjut usia. Pada tahapan anamnesis ini data yang dikaji adalah riwayat kesehatan, riwayat penyakit, riwayat kesehatan keluarga dan data mengenai pola kesehatan atau pengkajian khusus untuk lanjut usia misalnya fungsi kognitif, fungsi psikologis, tingkat kemandirian beraktifitas dan data yang berkaitan dengan pemeriksaan fisik lanjut usia, penurunan fungsi tubuh yang dapat diamati atau diobservasi.

d. Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap penutupan dari wawancara / anamnesis. Perawat dan lanjut usia harus mampu menilai keberhasilan tahap-tahap sebelumnya dan mampu menyimpulkan hasil pertemuan kali ini. Pada tahap ini perlu juga mengontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya dan tujuan yang ingin dicapai.

2. Observasi

Observasi merupakan pengamatan perilaku dan keadaan lanjut usia untuk memperoleh data tentang kesehatan. Observasi menggunakan pendekatan *2S HFT : Sight* (melihat: keadaan klien secara umum, kelaian tubuh, perdarahan, luka,

ekspresi wajah), *Smell* (mencium : aroma mulut, luka ganggren, urin, feses), *Hearing* (mendengarkan : suara napas, adanya batuk, tekanan darah, adanya menangis, rasa kesakitan), *Feeling* (yang dirasakan) dan *taste* (cita rasa)

Observasi harus dilakukan dengan cekatan dan teliti. Observasi bisa dilakukan jika sudah melakukan kontrak waktu dengan klien. Observasi dapat dilakukan dengan melakukan pengamatan pada respon fisik (rasa sakit, muntah, mual, luka dll) dan respon mental (cemas, rasa sedih, stres, putus asa, depresi, marah). Dengan mengamati secara seksama, perawat dapat mengetahui kondisi klien secara keseluruhan.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan data objektif dari lanjut usia. Teknik pemeriksaan fisik terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Jarvis (2023) menguraikan sebagai berikut :

a. Inspeksi

Inspeksi merupakan pengamatan atau observasi secara langsung dan cermat. Inspeksi dilakukan ketika pertama kali berjumpa dengan klien yang dilakukan secara keseluruhan kemudian secara bertahap pada bagian tubuh. Inspeksi dilakukan dengan membandingkan sisi badan kiri dengan kanan, apakah simetris atau ada kelainan?, Inspeksi juga dilakukan untuk melihat kondisi ril lanjut usia, keadaan umum, kemampuan beraktifitas, adanya perdarahan. Saat melakukan inspeksi dibutuhkan instrumen tambahan seperti otoskop, penlight, spekulum, lensa pembesar misalnya untuk melihat kondisi gigi dan kondisi dalam rongga mulut.

Inspeksi dapat menilai penampilan lanjut usia, ekspresi wajah, kemampuan berbicara, artikulasi dari

kata yang diucapkan, kesadaran (status mental), kemampuan berpikir dan isi pikir.

b. Palpasi

Palpasi dilakukan dengan menggunakan sensasi perabaan terutama penggunaan jari-jari tangan untuk menilai, tekstur, suhu, kelembaban, lokasi, ukuran organ, pembekakan, vibrasi atau pulsasi, denyutan, adanya benjolan atau massa, adanya nyeri tekan. Palpasi dilakukan secara perlahan dan sistematis. Palpasi dimulai dengan palpasi ringan untuk mendeteksi karakteristik permukaan, hingga melakukan palpasi dalam yang membutuhkan tekanan intermiten. Hindari penggunaan palpasi dalam dengan lama dan berkelanjutan. Palpasi dengan menggunakan kedua tangan dibutuhkan untuk mengetahui kondisi organ tertentu seperti ginjal, dan uterus.

Variasi palpasi yang ditemukan pada lanjut usia seperti sensasi saraf morotik menurun pada lanjut usia, pengkajian turgor kulit didapatkan penurunan elastisitas kulit dan peningkatan keriput. Penebalan dinding arteri dan penurunan elastisitas pembuluh darah mengakibatkan penurunan nadi saat palpasi.

c. Perkusi

Perkusi dengan melakukan ketukan ke kulit lanjut usia dengan ketukan yang pendek dan cukup tajam untuk mengetahui kondisi organ di dalamnya. Ketukan menghasilkan vibrasi dan suara khas yang menggambarkan lokasi, ukuran, dan kepadatan organ di dalamnya. Perkusi dilakukan dua kali di setiap lokasi menggunakan ketukan yang sama. Suara yang dihasilkan dari perkusi ini adalah sonor (suara pada organ yang lebih padat namun tidak berongga; paru-paru), tympani (suara

pada organ yang berongga; usus), pekak (suara tinggi pada hepart),

d. Auskultasi

Auskultasi merupakan proses mendengarkan suara yang diproduksi oleh tubuh seperti jantung, pembuluh darah dan paru-paru melalui stetoskop. Penggunaan diafragma stetoskop (bagian yang lebar) digunakan untuk mendengarkan suara bernada tinggi seperti suara napas, usus, dan suara jantung normal. Sementara bagian bel yang berbentuk seperti cangkir (belakang bagian yang lebar) digunakan untuk mendengarkan suara bernada rendah yang pelan seperti suara jantung tambahan atau murmur. Menekan bel lebih keras akan membuat kulit bertindak sebagai diafragma sehingga merubah nada bernada rendah.

Nursalam (2008) Metode pemeriksaan fisik berupa pemeriksaan *head to toe*, pengkajian sistem tubuh dan pengkajian sistem kesehatan Gordon.

1. Pengkajian *head to toe*

Pendekatan pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga ke kaki

2. Pengkajian sistem tubuh (*review of sistem*)

Pengkajian fisik ini dilakukan pada *mayor body sistem*; sistem pernapasan, sistem jantung dan pembuluh darah tubuh, sistem endokrin, perkemihan, otot dan tulang, pernapasan, kulit dan reproduksi.

3. Pengkajian fungsi kesehatan Gordon

Fungsi kesehatan Gordon meliputi persepsi kesehatan, penatalaksanaan kesehatan, Nutrisi-pola metabolisme, pola eliminasi, pola tidur- instrahat, kognitif- pola persepsi , peran- pola hubungan, pola latihan, koping dan nilai-nilai keyaninan.

5.7 Masalah dalam pengumpulan Data

Nursalam (2008) masalah yang terjadi dalam pengumpulan data adalah

1. Ketidakmampuan perawat dalam mengorganisir data
2. Data tercecer
3. Data yang tidak sesuai dan tidak relevan
4. Data duplikat
5. Salah menerjemahkan data
6. Data yang terkumpul tidak sesuai
7. Data tidak lengkap
8. Salah memahami dan menginterpretasi data objektif
9. Gagal dalam memperbarui data perkembangan klien
10. Melakukan pengkajian tidak sesuai keluhan klien

DAFTAR PUSTAKA

- Budiono and Pertami, S. B. 2017. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Debora, O. 2017. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Jarvis, C. 2023. *Pemeriksaan Fisik dan Penilaian Kesehatan*. 8th edn. Edited by S. A. Soelistijo. Jakarta: Elsevier Indonesia.
- Kushariyadi. 2011. *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Maryam, S. *et al.* 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Lansia*. 1st edn. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 6

DATA PERUBAHAN FISIK, PSIKOLOGIS DAN PSIKOSOSIAL

Oleh Uji Kawuryan

6.1 Pendahuluan

Menua atau menjadi tua merupakan proses alami yang dialami setiap makhluk hidup di dunia ini. Seseorang yang menua seyogyanya mengalami proses penuaan didalam tubuhnya, hal ini bukan penyakit tetapi perubahan yang terjadi secara perlahan-lahan seiring bertambahnya usia yang pada akhirnya terakumulasi selain itu juga dipengaruhi oleh stimulus baik dari dalam tubuh maupun dari luar tubuh manusia. Tidak sedikit seorang lanjut usia tetap produktif dan masih berperan aktif dalam aktivitas sehari-hari di masyarakat. Proses menua terjadi sepanjang hidup seseorang, mulai sejak dimulai nya kehidupan dan terus berlanjut (Nugroho, 2008).

Seiring terjadinya proses menua pada diri lanjut usia (lansia) tentunya disertai dengan adanya perubahan didalam dirinya seperti perubahan fisik atau biologi, perubahan psikologis dan perubahan psikososial. Kemunduran yang terjadi pada lanjut usia sebagian besar berasal dari perubahan fisik atau biologis dan perubahan psikologis. Perubahan ini berpengaruh pada kehidupan lansia, oleh sebab itu penting bagi kita mengetahui apa saja perubahan tersebut (Kholifah, 2016).

6.2 Perubahan Fisik Pada Lansia

Lansia sering mengeluh tentang kondisi badannya yang kian hari mulai dirasakan melemah, terutama akibat munculnya penyakit degeneratif. Perubahan fisik lansia secara umum menunjukkan tanda dan gejala seperti: kulit mulai kendur dan muncul garis keriput yang sifatnya menetap, muncul uban pada rambut, gigi ompong akibat terlepas sendiri, berkurangnya fungsi pendengaran dan penglihatan, mudah jatuh dan lelah, mudah terkena penyakit, penurunan nafsu makan, berkurangnya fungsi indra penciuman, mobilisasi lamban dilihat dari pergerakan aktivitas menjadi kurang lincah, serta adanya perubahan pola tidur. Selain terjadi perubahan secara umum, perubahan fisik pada lanjut usia bisa terjadi pada sistem tubuh manusia.

6.2.1 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Kardiovaskuler

Perubahan yang dialami lansia pada sistem kardiovaskuler diantaranya: penurunan elastisitas dinding aorta, perubahan miokard ditandai dengan atrofi, penurunan lemak sub endokardium ditandai dengan adanya fibrosis, penebalan, sklerosis. Selain itu terjadi fibrosis pada katup jantung, peningkatan jaringan ikat, denyut jantung menurun ketika beraktivitas, penurunan kardiak output dan jumlah sel pace maker, berkurangnya elastisitas jaringan disertai dengan kolagen yang bertambah pada otot jantung, serta terjadinya penurunan elastisitas dinding vena dan respon baro reseptor.

6.2.2 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Pencernaan

Perubahan fisik yang dialami oleh lansia pada sistem pencernaan diantaranya: ukuran lambung menjadi mengecil sehingga lansia tidak bisa makan dalam porsi besar dalam sekali makan, perubahan lainnya terjadi atrofi pada mukosa, sel kelenjar, sel parietal dan sel chief sehingga penurunan sekresi asam lambung, pepsin dan faktor instrinsik.

6.2.3 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Pernafasan

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia khususnya sistem pernafasan adalah penurunan reflek batuk dan muntah, hilangnya silia, atrofi otot pernafasan disertai penurunan kekuatan otot pernafasan, berkurangnya elastisitas alveoli, serta menurunnya komplians paru dan dinding dada yang berpengaruh terhadap kapasitas difusi paru.

6.2.4 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia diantaranya adalah atrofi otot, menurunnya massa otot, pengecilan ukuran otot disertai penurunan massa otot yang sering terjadi pada kaki, kekuatan otot juga turut menurun seiring dengan bertambahnya usia terlebih pada kaki dimulai sejak usia 30 – 80 tahun. Kematian sel otot yang terjadi pada lansia digantikan oleh jaringan ikat dan lemak.

6.2.5 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Endokrin

Penurunan produksi hormon hampir terjadi pada semua hormon ketika seseorang mulai memasuki usia dewasa lanjut atau lansia, akan tetapi fungsi paratiroid dan sekresinya tidak mengalami perubahan.

6.2.6 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Integumen

Perubahan yang terlihat pada sistem integumen ketika memasuki lansia ialah munculnya keriput yang diakibatkan oleh jaringan lemak yang menghilang, elastisitas berkurang dan kulit kering. Selain itu, kelenjar keringat mulai tak bekerja dengan baik, kulit terlihat pucat dan mulai terlihat bintik hitam yang disebabkan oleh penurunan aliran darah produksi pigmen. Penyembuhan luka pada lansia juga tidak sebaik pada usia muda dikarenakan perubahan pada aliran darah. Penurunan kecepatan metabolisme

pada lansia juga berdampak pada sistem integumen seperti terjadi penebalan dan rapuh pada kuku jari tangan serta jari kaki lansia.

6.2.7 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Persarafan

Perubahan yang terjadi pada sistem persarafan lansia diantaranya menurunnya berat otak, hubungan signal sistem persarafan menurun, respon lambat, membutuhkan waktu ketika berpikir, lebih sensitif terhadap perubahan suhu terlebih suhu dingin, kurang sensitif ketika disentuh, berkurangnya reflek tubuh dan koordinasi tubuh sehingga membuat lansia cepat pikun terlebih dalam mengingat sesuatu. Begitu pula pada panca indera lansia juga mengalami penurunan seperti penurunan kemampuan mendengar, penurunan pada fokus objek ketika melihat, penurunan sensitivitas pada indra pengecap, perasa dan penciuman.

6.2.8 Perubahan Fisik Lansia Pada Sistem Perkemihan

Ketika seseorang menjadi lansia maka akan disertai dengan penurunan kontrol pada vesica urinaria atau yang dikenal dengan istilah *urinary incontinence*. Perubahan lain yang terjadi pada sistem perkemihan adalah kelemahan pada otot pengatur fungsi saluran kemih, peningkatan frekuensi berkemih, mengompol pada kondisi tertentu dan terjadi penurunan aliran darah ke ginjal sampai dengan 50%. Fungsi tubulus juga mengalami penurunan akibat dari penurunan kemampuan konsentrasi urine (Padila, 2013).

6.2.9 Peran Perawat dalam Perubahan Fisik Lansia

Dalam menjalankan peran pemberi asuhan keperawatan pada lansia khususnya lansia dengan perubahan fisik, perawat hendaknya melakukan pendekatan secara fisik yang dapat dilakukan dengan memberikan perhatian pada lansia terlebih pada kesehatan lansia dan kebutuhan lansia. Selain itu pendekatan

secara fisik dapat dilakukan dengan melihat sejauh mana keaktifan lansia dalam melakukan mobilisasi, apakah lansia dapat melakukan secara mandiri atau memerlukan bantuan baik bantuan secara total maupun sebagian. Jika lansia memerlukan bantuan total akibat suatu penyakit, maka perawat memperhatikan pula *personal hygiene* lansia untuk dapat memperhatikan kesehatan lansia.

6.3 Perubahan Psikologis Pada Lansia

Perubahan dalam psikologis yang dialami oleh lansia dipengaruhi oleh perkembangan emosional dimana ketika memasuki usia lanjut, lansia dihadapkan berbagai kondisi yang berhubungan dengan kondisi psikologis seperti kondisi sudah tidak bekerja lagi dikarenakan sudah memasuki masa pensiun, takut akan kematian, lansia merasa kesepian akibat ditinggal pasangan hidup, rasa ingin berkumpul kembali dengan anggota keluarga lain yang telah hidup mandiri dan terpisah, perasaan tidak diperhatikan oleh anggota keluarga lain ditambah lagi kondisi fisik yang menurun sehingga mempengaruhi kesehatan lansia tersebut membuat lansia cenderung mudah emosi dan marah. Ditambah lagi terkadang dibebani permasalahan ekonomi keluarga sehingga menjadi beban bagi lansia dan muncul stres pada lansia. Berbagai stressor yang muncul pada lansia dapat menimbulkan stres dan jika kondisi ini tidak diberi tindakan segera maka dapat beresiko munculnya depresi pada lansia (Kholifah, 2016).

Penting bagi perawat memperhatikan ada tidaknya perubahan psikologis yang terjadi pada lansia, untuk itu perawat dapat melakukan pendekatan dengan memberikan edukasi pada lansia. Dalam hal ini perawat memberikan motivasi dan dukungan pada lansia pada saat konseling pada lansia, siap menjadi pendengar yang baik sekaligus menjadi tempat curhat bagi lansia sehingga lansia merasa mempunyai teman dekat dan tidak merasa kesepian. Kesabaran dan ketelatenan diperlukan oleh perawat selama memberi asuhan keperawatan pada lansia, selain itu

memberikan kesempatan dan waktu ekstra pada lansia untuk mendengarkan segala keluhan yang diungkapkan oleh lansia sehingga lansia dapat mencurahkan apa yang dirasakannya. Prinsip 3S juga perlu dijunjung tinggi oleh perawat yaitu sabar, simpatik dan service (pelayanan). Perubahan perilaku dan pandangan lansia terhadap kesehatan, memerlukan waktu panjang sehingga perlu dilakukan secara perlahan dan bertahap (Mujiadi&Rachmah, 2022).

Perubahan psikologis pada lansia dapat mempengaruhi perubahan pola tidur atau dikenal dengan istilah insomnia. Insomnia mempengaruhi kesegaran tubuh lansia ketika bangun tidur dikarenakan oleh berkurangnya jam tidur pada lansia. Gejala insomnia dapat dilihat dari kurangnya jam tidur bahkan tidak bisa tidur sama sekali, bisa tidur tapi suka terbangun (tidak nyenyak tidur), kesulitan untuk tidur karena sedang dipikirkan, tidur akan tetapi merasa tidak tidur, muncul gelisah, mimpi yang tidak menyenangkan, terjadi perubahan pola tidur dimana siang hari tidur akan tetapi malam terjaga tidak bisa tidur. Cara untuk deteksi ada tidaknya insomnia pada lansia dapat dilakukan dengan mengkaji keluhan lansia, informasi teman tidur/orang serumah, memeriksa kebiasaan tidur dan kegiatan di siang hari, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat penyakit fisik, kondisi ruang tidur, aktivitas sebelum tidur dan peristiwa yang membuat stres atau khawatir. Berikut adalah penatalaksanaan insomnia, diantaranya mencari tahu penyebab insomnia, konseling lansia dan keluarga, perhatikan kesehatan tidur/sleep hygiene, jika belum bisa tidur setelah berbaring 20 menit untuk tidur, lebih baik bangkit dan mencoba kembali untuk tidur jika merasa kantuk, melakukan aktivitas fisik pada siang hari dapat membantu untuk tidur, hindari pemberian obat tidur, pemakaian harus sesuai dengan izin dokter. Jika insomnia berlangsung terus-menerus dan menyebabkan gangguan fisik lain maka lansia perlu dirujuk agar

mendapatkan penanganan yang tepat. Edukasi dan konseling pada lansia dan keluarga wajib dilakukan (Kemenkes RI, 2018).

6.4 Perubahan Psikososial Pada Lansia

Perubahan psikososial pada lansia dipengaruhi oleh berbagai peristiwa yang sering terjadi pada masa lansia seperti kondisi sudah tidak bekerja lagi, perpindahan domisili, perubahan status akibat ditinggal pasangan hidup, kenyataan akan kematian yang sering dilihat pada teman ataupun keluarga, kehilangan hubungan pertemanan, ketidakmampuan dikarenakan penyakit kronis yang diderita, perubahan gambaran diri dan konsep diri serta perasaan kesepian. Adapun faktor resiko terjadinya masalah psikososial adalah kurangnya sumber finansial, manajemen stres yang kurang tepat, kejadian yang tak terduga, kejadian tidak menyenangkan yang muncul secara berturut-turut dan dukungan sosial kurang (Padila, 2013).

Perubahan psikososial dapat dipengaruhi oleh munculnya gejala gangguan depresi yang mungkin dialami oleh lansia selama lebih dari 2 minggu, adapun gejala nya berupa suasana perasaan sedih, mood menurun, mudah tersinggung, tidak ada minat, ekspresi datar, merasa letih lelah dan tak bertenaga, merasa bersalah berlebihan, kesulitan dalam berkonsentrasi, cemas dan khawatir berlebihan, muncul perasaan pesimis, serta psikomotor melambat/agitatif. Deteksi ada tidak nya gejala depresi pada lansia dapat diukur dengan menggunakan instrumen GDS (*Geriatric Depression Scale*), jika hasil pengukuran skor 5 – 9 maka kemungkinan terjadi depresi pada lansia. Penatalaksanaan gangguan depresi pada lansia dapat dilakukan dengan bersikap empatik, suportif, akomodatif, beri informasi yang benar tentang gangguan depresi pada lansia dan keluarga, lakukan konseling untuk masalah yang dihadapi, berikan psikoterapi untuk mengubah cara pandang/persepsi yang kurang tepat, merencanakan aktivitas sesuai dengan hobi, menelusuri isi pikir lansia ada tidaknya ide

untuk bunuh diri, berikan antidepresi jika diperlukan, obat antidepresi diberikan pada depresi berat sedangkan untuk depresi sedang dapat diberikan konseling dan psikoterapi, memberikan reinforcement positif terhadap kemajuan/perbaikan yang ditunjukkan (Kemenkes RI, 2018).

Ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya depresi : mempertahankan aktivitas fisik dan mental, bergaul dengan teman sebaya atau lebih muda, meningkatkan minat dan kegiatan untuk menolong orang lain agar merasa berguna dan bermanfaat, mensyukuri segala nya yang terjadi, dan memiliki sikap positif. Jika tidak ada perubahan setelah diberi tindakan maka perlu dilakukan tindakan rujukan dengan indikasi sebagai berikut : tidak ada perbaikan dalam 2 bulan, ada kecenderungan untuk bunuh diri, mengalami depresi berat dengan halusinasi dan delusi, kondisi fisik memburuk dan tidak mau makan ataupun minum. Perubahan tingkat depresi dapat diukur dengan instrumen indek ukur baeck dengan klasifikasi tidak ada depresi atau normal (skor 0-4), depresi ringan (skor 5-7), depresi sedang (skor 8-15) dan depresi berat (skor > 15) (Padila, 2013).

Selain gejala depresi, perubahan dalam peran sosial di masyarakat juga mempengaruhi perubahan psikososial pada lansia. Terjadinya perubahan fisik yang dialami oleh lansia menyebabkan munculnya gangguan fungsional sehingga membuat lansia merasa terasing dan memilih untuk hanya berdiam diri di rumah. Jika terjadi kondisi seperti ini seharusnya dapat dicegah dengan sering mengajak lansia berkomunikasi dan melibatkan lansia dalam aktivitas sehari-hari sesuai dengan kemampuan lansia. Dengan aktivitas rutin yang dilakukan oleh lansia dalam kehidupan sehari-hari akan membuat lansia merasa berharga dan tidak merasa asing dengan lingkungannya. Dampak yang mungkin muncul jika tidak berikan tindakan pada lansia maka akan terjadi perubahan perilaku seperti mudah menangis, mengisolasi diri, timbul ide untuk bunuh diri dan kadang bersikap seperti anak kecil.

Dalam menyikapi masalah psikososial ini, hendaknya anggota keluarga dapat meluangkan waktu untuk berkumpul bersama-sama lansia secara rutin, memberikan perhatian dengan rasa sabar dan lebih banyak menemani lansia. Kemampuan lansia dalam beradaptasi dengan menghadapi perubahan yang dialami selama menua seperti perubahan fisik, psikologis-sosial sangat diperlukan agar dapat mencapai keselarasan antara tuntutan dari dalam diri lansia dengan tuntutan dari lingkungan dimana lansia berada, kemampuan ini harus juga disertai dengan kemampuan mengembangkan mekanisme koping psikologis yang tepat sehingga lansia dapat memenuhi kebutuhan dirinya tanpa munculnya permasalahan baru (Padila, 2013).

Peran perawat dalam merawat lansia dengan perubahan psikososial dapat dilakukan dengan upaya pendekatan sosial yaitu dengan melakukan diskusi dan bertukar pikiran serta saling bercerita. Ketika perawat memberikan kesempatan untuk berkumpul bersama-sama dengan sesama lansia secara tidak langsung dapat menciptakan sosialisasi atau hubungan sosial antar lansia. Dasar dari pendekatan ini berlandaskan prinsip pada hakikatnya kita adalah makhluk sosial yang saling membutuhkan dengan orang lain. untuk itu penting bagi perawat untuk menumbuhkan hubungan sosial, baik dengan sesama lansia maupun hubungan lansia dengan perawat. Hendaknya perawat memberikan kesempatan yang luas pada lansia untuk berkomunikasi dengan orang lain atau orang di sekitarnya dan melakukan rekreasi untuk saling menghibur. Selain itu perawat juga perlu memotivasi lansia untuk melakukan hobi dalam rangka rekreasi walaupun sifatnya sederhana seperti dengan membaca surat kabar atau koran, majalah, ataupun menonton televisi, mendengarkan radio, mendengarkan musik atau murotal bagi lansia muslim (Mujiadi&Rachmah, 2022). Pengukuran perubahan psikososial pada lansia dapat menggunakan instrumen yang sudah baku sebagai berikut :

- 1) Instrumen perubahan fungsi sosial
 - a. Skor 0 – 3 : disfungsi sosial berat
 - b. Skor 4 – 6 : disfungsi sosial menengah
 - c. Skor 7 – 10 : disfungsi sosial ringan
- 2) Instrumen perubahan peran
 - a. Skor 10 – 12 : sesuai dengan tugas perkembangan
 - b. Skor 4 – 9 : kurang sesuai dengan tugas perkembangan
 - c. Skor 0 – 3 : tidak sesuai dengan tugas perkembangan
- 3) Instrumen Beck Depression Inventory
 - a. Skor 0 – 4 : tidak depresi atau normal
 - b. Skor 5 – 7 : depresi ringan
 - c. Skor 8 – 15 : depresi sedang
 - d. Skor > 15 : depresi berat

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2018. *Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Intelegensia Pada Lanjut Usia*. Jakarta.
- Kholifah. 2016. *Keperawatan Gerontik: Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Depkes RI.
- Mujiadi&Rachmah, S. 2022. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edited by Eka Diah Kartiningrum. STIKes Majapahit Mojokerto.
- Nugroho. 2008. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik; dilengkapi aplikasi kasus asuhan keperawatan gerontik, terapi modalitas dan sesuai kompetensi standar*. Yogyakarta: Nuha Medika.

BAB 7

DIAGNOSIS KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Darni

Diagnosis keperawatan terdapat beberapa referensi yang saat ini digunakan dalam ilmu asuhan keperawatan seperti : SDKI, NANDA dan DOENGES. Berikut akan dibahas tentang diagnosis keperawatan dari beberapa referensi

7.1 Diagnosis Keperawatan Berdasarkan SDKI

7.1.1 Defenisi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan yang diambil saat pelaksanaan klinis dilakukan tentang respon pasien mengenai masalah kesehatan yang dialaminya. Tujuan dari diagnosis tersebut untuk mengetahui reaksi pasien bisa dilihat dari individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan terkait dengan masalah kesehatan.

Tim medis terutama perawat harus memiliki perhatian penuh pada pasien baik yang sakit maupun sehat. Perhatian tersebut merupakan bentuk peduli terhadap pasien yang mengalami masalah kesehatan. Kesehatan memiliki masalah tertuju pada reaksi pasien terhadap keadaan sehat sakit sedangkan proses Kehidupan manusia mengalami rentang respon Kehidupan mulai dari bayi sampai menjelang ajal membutuhkan diagnosis keperawatan dimana diagnosis ini ditegakkan berdasarkan pengkajina setelah diagnosis pasien terbentuk maka dilanjutkan dengan intervensi, implementasi dan evaluasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Christensen & Kenney, 2009).

7.1.2 Pengelompokan diagnosa Keperawatan

Tahun 1991 *Internasional Council of Nurse* (INC) sejak tahun 1991 adanya suatu struktur sebut (INCP). Pengelompokan diagnosis keperawatan tindakan dan tujuan keperawatan.

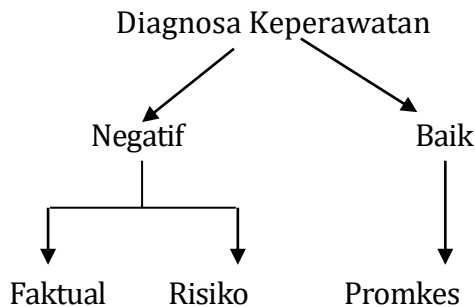
Pengelompokan dibuat menyesuaikan *terminology* yang dipakai di beberapa dunia seperti negara cina disingkat (CC), Amerika Serikat disingkat (NANDA). Diagnosa dibagi dalam lima bagian: Fisiologi, Mental, Sikap, Tim dan Lingkungan. (Ackley, Ladwing and Makiic, 2017)

Diagnosis Keperawatan dijabarkan menjadi lima kategori diambil dari Internasional klasifikasi dalam keperawatan yang praktis-diagnosa diklasifikasikan dalam buku dungus diagnosis (Carpenito-Monyet 2015) yaitu:

1. Fisiologi:
 - a. Respirasi
 - b. Peredaran
 - c. Makanan dan senyawa
 - d. Pengeluaran
 - e. Kegiatan dan berhenti
 - f. Saraf
 - g. Reprodukdi
2. Mental:
 - a. Sakit dan nyamanan
 - b. Perilaku
 - c. Pertumbuhan dan perkembangan
3. Tingkalaku:
 - a. Mandi
 - b. Penjelasan
4. Relasional:
 - a. Reaksi lingkungan
5. Lingkunga:
 - a. Keamanan dan proteksi

7.1.3 Macam-macam Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ada dua macam yaitu diagnosis kurang baik dan diagnosa baik (gambar 7.1). Diagnosa kurang baik pasien dalam keadaan risiko bermasalah sehingga diagnosa menuju pelaksanaan tindakan seperti pengobatan dan cara menghindar dari suatu penyakit. Diagnosa tidak baik ada dua yaitu diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis baik keadaan sehat dan maksimal. Diagnosis positif terdiri dari Diagnosis promosi kesehatan (Newfield *et al.*, 2012), (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia- PPNI, 2015).



Gambar 7.1. Macam-macam Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dijabarkan seperti:

1. Diagnosa Faktual

Diagnosa merupakan reaksi pasien kepada keadaan sehat mengakibatkan klien menderita keadaan sehat. Tanda mayor dan minor didapatkan dari pasien.

2. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini memperlihatkan reaksi klien dalam keadaan sehat mengakibatkan klien menjadi sakit. Bukti mayor dan minor didapatkan pada klien.

3. Diagnosa Peningkatan Kesehatan

Diagnosa menceritakan tekak, inisiatif klien dalam mempertahankan keadaan kesehatan ke kondisi yang lebih maksimal (membaik).

7.1.4 Bagian Diagnosa Perawatan

Diagnosa perawatan mempunyai beberapa bagian seperti: pembahasan atau nama diagnosa dan penyebab diagnostic. Tiap diagnostic dibahas adalah:

1. Masalah.

Adalah nama diagnostic keperawatan menceritakan masalah dari reaksi pasien terhadap keadaan kesehatan atau perjalanan kehidupan. Label diagnostik ada beberapa macam yaitu Deskriptor atau informasi dan Fokus Diagnostik (Lihat Tabel 7.1).

Tabel 7.1. Descriptor fokus doagnostik terhadap diagnosa keperawatan

No	Elemen	Pokok Diagnosa
a	Tidak Efektif	Bersihkan Jalan Napas
b	Gangguan	Pertukaran Gas
c	Penurunan	Curah Jantung
d	Intoleransi	Aktivitas
e	Defisit	Pengetahuan

Deskriptor adalah pendapat yang membahas tentang suatu diagnosa. Ada descriptor dipakai pada diagnosa perawatan tabel sebagai berikut:

Tabel 7.2. Deskriptor dan Pengertian Diagnosa Perawatan.

No	Elemen	Definisi
a	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat
b	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal
c	Efektif	Menimbulkan efek yang diinginkan
d	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan
e	Lebih	Berada diatas nilai normal atau yang diperlukan
f	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat
g	Rendah	Berada dibawah nilai normal atau yang diperlukan
h	Tidak Efektif	Tidak menimbulkan efek yang diinginkan.

2. Parameter Diagnostic

Parameter diagnostic ada beberapa akibat, gejala, dan faktor resiko:

- Etiologi adalah masalah yang berhubungan dengan adanya perubahan kondisi kesehatan. Penyebab terbagi atas empat bagian: 1) Biologis atau mental. 2) Akibat Pengobatan, 3) Situasi (individu), 4) Maturasional.
- Tanda (Sign) dan gejala (Symptom). Tanda yaitu data faktual diperoleh hasil pengkajian fisik, dan hasil laboratorium dan diagnostic, gejala yaitu data subjektif yang didapatkan dari hasil anamnese.

Tanda atau gejala terbagi atas dua yaitu:

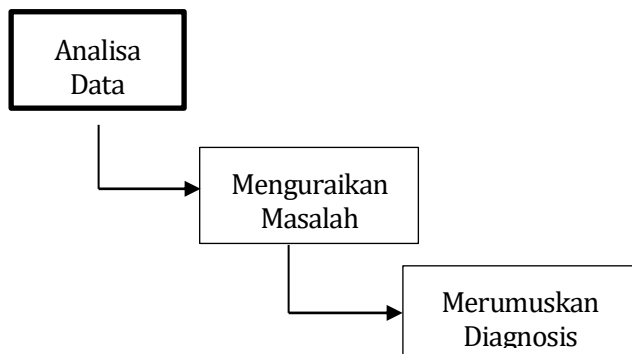
- Mayor: tanda hasilnya sampai 100% untuk kesesuaian diagnosa.

- 2) Minor: tanda tidak penting, tetapi dapat membantu penegakkan diagnosa.
- c. Faktor Resiko adalah keadaan yang bisa menambah kerentanan pasien mengalami masalah kesehatan.

Bagian diagnosa paktual, indikator diagnosanya ada beberapa tanda atau gejalanya. Diagnosa risiko tidak mempunyai tanda tetapi mempunyai faktor resiko. Diagnosis promkes, memilihiki bukti pasien untuk menerima keadaan yang lebih baik (V.E.C. de Seosa, M.V. de Oliveira Lopers and V.M. da Silva, 2014).

7.1.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakan diagnosis adalah keadaan reaksi yang aktual yang terjadi dalam tiga bagian seperti: analisa data, menguraikan masalah dan merumuskan diagnosa.



Gambar 7.2. Proses penegakkan Diagnosa diambil oleh : Potter & Perry (2013); Berman, Snyder & Fradsen (2015); Ackley, Ladwing & Makic (2017).

Perawat berpengalaman, proses diatas dapat digunakan, tetapi perawatan yang belum pengalaman yang maksimal harus dilatih atau belajar lagi dan membiasakan dirinya melaksanakan proses penentuan diagnosa secara sistematis.

Penegakan diagnosa adalah:

1. Analisis Data

a. Bandingkan data dengan nilai normal

Data yang diterima dari pengkajian dibandingkan dengan nilai normal pastikan tanda dan gejala yang memiliki arti.

b. Kekompakan data

Tanda dan gejala yang memiliki arti disatukan sesuai ketentuan dasar seperti: Pernapasan, pertukaran, makanan, BAB, kegiatan, neurosensory, seksual, sakit, kepribadian, peningkatan, mandi, belajar, lingkungan dan nyaman. Pelaksanaan menyatukan informasi dilaksanakan secara induktif. Induktif memilih informasi yang sesuai dan memiliki makna, sedangkan deduktif cara memilih kategori pola dan menyatukan informasi sesuai kategorinya.

2. Pengetahuan masalah

Masalah dianalisa maka bisa ditentukan masalah yang terdapat dalam kasus tersebut sesuai dengan yang terjadi. Masala yang biasa muncul aktual, resiko dan potensial.

3. Menentukan masala keperawatan yang muncul.

Masalah yang ditentukan sesuai dengan diagnosa yang akan muncul Berdasarkan penakjian. Cara merumuskan masalah:

a. Berdasarkan tiga bagian

Tiga bagian yang dimaksud dalam hal ini yaitu ada masalah, penyebab dan gejala. Bagian masalah ini dilakukan untuk masalah diagnosa aktual yaitu :

Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**.

Fase 'berhubungan dengan' dapat disingkat **b.d** dan 'dibuktikan dengan' disingkat **d.d**.

Masalah b.d Penyebab d.d Tanda/Gejala

b. Berdasarkan dua bagian

Dua bagian dari masalah ini adalah sebagai berikut:

1) Diagnosa resiko

Masalah dibuktikan dengan **Faktor Risiko**

2) Diagnosa promkes

Masalah dibuktikan dengan **Tanda/ gejala**

Komponen diagnosis tiap jenis diagnosis keperawatan dan cara penulisan masalah ada di tabel 7.3

Tabel 7.3. jenis diagnosis keperawatan dan cara penulisan masalah

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1	Diagnosis Aktual	Masalah b.d penyebab d.d Tanda/Gejala
2	Diagnosis resiko	Masalah d.d Faktor Risiko
3	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d Tanda/Gejala

*Keterangan; **b.d.:** berhubungan dengan; **d.d.:** Dibuktikan dengan*

7.1.6 Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi (SDKI)

Diagnosis yang sesuai dengan ketentuan SDKI dikategorikan dalam dan subkategori diagnosis keperawatan. Diagnosis tersebut dijelaskan secara berurutan sesuai dengan alfabetis untuk lebih memudahkan.

Diagnosis keperawatan dalam SDKI pada pasien lanjut usia (Pascoal, L.M *et al.*, 2016) sebagai berikut:

1. Kategori: Fisiologis

Subkategori: Sirkulasi

D.0014 Risiko perfusi miocard tidak efektif

D.0015 Risiko perfusi perifer tidak efektif

D.0016 Risiko perfusi renal tidak efektif

D.0017 Risiko perfusi serebral tidak efektif

Subkategori: Nutrisi dan cairan

D.0019 Defisit Nutrisi

D.0026 Kesiapan peningkatan nutrisi

D.0027 Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Subkategori: Eliminasi

D.0050 Retensi urin

D.0052 Risiko kostipasi

Subkategori: Aktifitas dan istirahat

D.0054 Gangguan mobilitas fisik

D.0055 Gangguan pola tidur

D.0056 Intoleransi aktifitas

D.0057 Keletihan

2. Kategori: Psikologi

Sugkategori: Nyeri dan Kenyamanan

D.0077 Nyeri akut

Subkategori: Integritas Ego

D.0080 Ansietas

D.0083 Gangguan citra tubuh

D.0085 Gangguan persepsi sensori

3. Kategori Prilaku

Subkategori: Penyuluhan dan pembelajaran

D.00111 Defisit pengetahuan

4. Kategori Lingkungan

Subkategori: Keamanan dan proteksi

D.0129 Gangguan Integritas kulit/jaringan

D.0136 Risiko cedera

D.0142 Risiko infeksi

D.0143 Risiko jatuh

7.1.7 Diagnosis keperawatan pada lansia.

Diagnosis keperawatan yang muncul pada lanjut usia berdasarkan penyakit yang dialami. Penyakit yang biasa muncul pada pasien lanjut usia sebagai berikut:

1. Penyakit hipertensi
2. Diabeter melitus
3. Remathoid atritis
4. Gout Atritis
5. Katarak
6. Penurunan Pendenagran
7. Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)

Diagnosis keperawatan Berdasarkan penyakit yang terjadi pada pasien lanjut usia sebagai berikut:

Tabel 7.4. Tabel pembagian diagnosis keperawatan pada pasien lanjut usia (gerontik) SDKI PPNI, 2017).

No	Penyakit	Diagnosis
1	Hipertensi	1. Nyeri
		2. Gangguan pola tidur
		3. Risiko perfusi serebral tidak efektif
		4. Risiko perfusi renal tidak efektif
		5. Risiko perfusi miocard tidak efektif
		6. Defisit Pengetahuan
2	Diabetes Melitus	1. Ketidak stabilan kadar glukosa darah
		2. Gangguan integritas kulit dan jaringan
		3. Keletihan
		4. Gangguan pola tidur
		5. Risiko infeksi
		6. Defisit nutrisi
		7. Ansietas
		8. Kesiapan peningkatan nutrisi
3	Remathoid atritis	1. Hambatan mobilitas
		2. Risiko jatuh
		3. Nyeri
		4. Risiko cidera
		5. Intoleransi aktifitas

No	Penyakit	Diagnosis
4	Gout Atritis	1. Nyeri
		2. Gangguan pola tidur
		3. Defisit pengetahuan
5	Katarak	1. Gangguan persepsi sensori
		2. Resiko jatuh
		3. Cemas
		4. Hambatan mobilitas
6	Penurunan pendengaran	1. Gangguan persepsi sensori
		2. Gangguan citra tubuh
		3. Cemas
7	Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)	1. Nyeri
		2. Retensi urin
		3. Cemas
		4. Gangguan pola tidur
		5. Resiko konstipasi

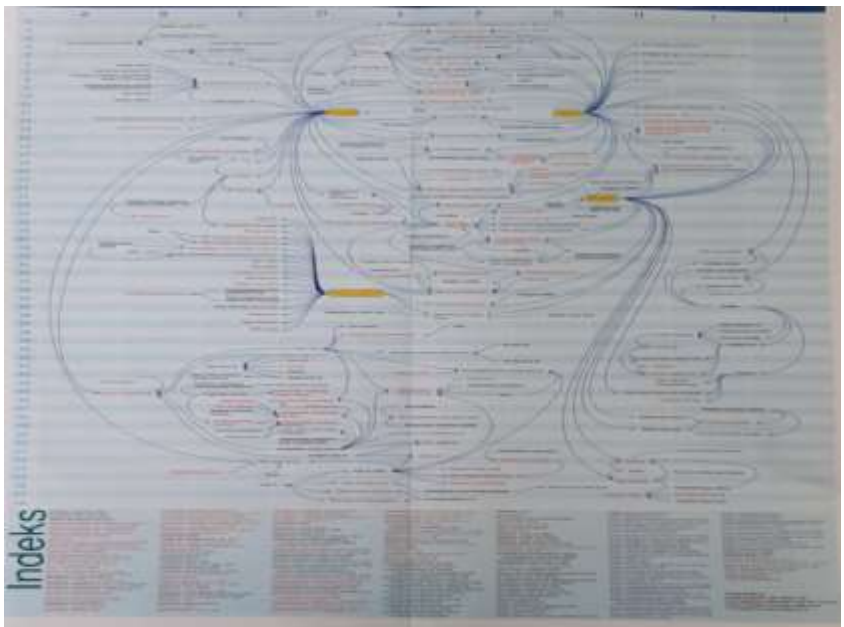
7.2 Diagnosis Keperawatan Berdasarkan NANDA

7.2.1 Peta Diagnosis Keperawatan

Penentuan diagnosis menurut nanda menggunakan peta yang telah dibuat yang menjadi acuan dan panduan dalam melihat dan menentukan diagnosis keperawatan yang terjadi dalam asuhan keperawatan. Peta diagnosis keperawatan adalah peta yang memiliki diagnosa keperawatan yang terdiri label diagnosis keperawatan atau istilah yang memiliki arti yang sama dengan diagnosis dalam NANDA 2015-2017 bahasa Indonesia. Label yang terdapat dalam peta ini label yang memiliki kaitan dengan

diagnosis keperawatan yang lainnya. Label yang terdapat dalam diagnosis keperawatan ini ada empat yang paling banyak menjadi penyebab dari diagnosis keperawatan yang lain. Label tersebut diantaranya: Ansietas, Nyeri, Pengetahuan dan Obesitas. Keempat label ini berguna sebagai Problem (P), Etiologi (E) dalam format pernyataan diagnosis keperawatan (P-E) (Carpenito, 2010).

Cara menggunakan peta tersebut adalah menemukan tabel yang sesuai di bagian peta yang telah disediakan. Indeks Berdasarkan alfabet yang menjadi patokan dimana posisi dari diagnosis tersebut. Terdapat kode alfabet (horizontal) dan kode angka (vertikal). Peta ini membantu perawat untuk bisa melihat etiologi dan diagnosis keperawatan (Herdman and Kamitsuru, 2015) sebagai berikut:

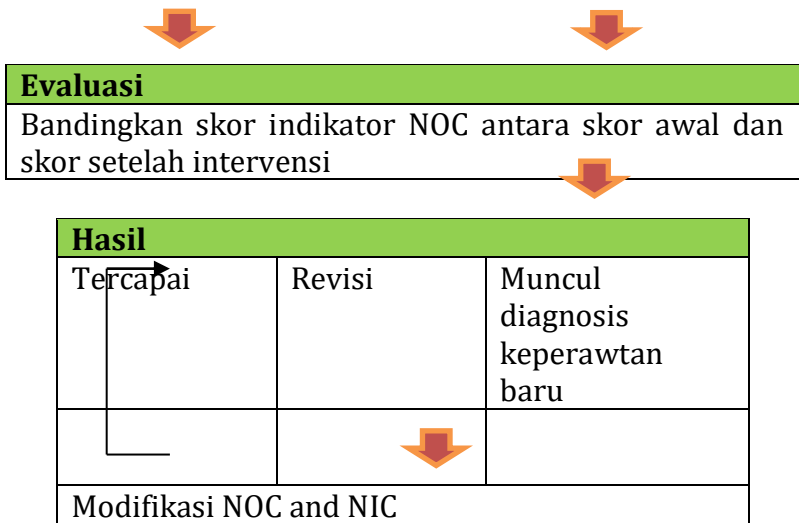


Gambar 7.3. Gambar Peta Diagnosis Keperawatan menurut NANDA (Intansari Nurjannah 2015).

7.2.2 ICM (Intan's Clinical Reasoning Model)

Tabel 7.5. ICM *Intan's Clinical Reasoning Model* NANDA (Intansari Nurjannah 2015)

TIPE PERNYATAAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN	
Diagnosis keperawatan dengan etiologi tidak diketahui (sementara atau permanen).	Diagnosis keperawatan dengan etiologi yang telah teridentifikasi
	
TIPE PERENCANAAN	
Rencana secara umum/awal (BOC and NIC by default).	Rencana spesifik
	
EVALUASI	
NOC (dapat merujuk ke "P" atau "S") Tentukan label NOC dan indikatornya Tentukan skor indikator awal dan target. NIC (dapat menunjuk "P" atau "S") Tentukan label NIC and akt Implementasi aktifitas	NOC (dapat merujuk ke "P" or "E" or "S") Tentukan label NOC dan indikatornya Tentukan skor indikator awal dan target. NIC (dapat menunjuk "E" or "S") Tentukan label NIC and akt Implementasi aktifitas



7.2.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan

Menurut NANDA diagnosa keperawatan adalah kesimpulan yang diambil terhadap pasien tentang masa yang dialami baik secara aktual maupun potensial sebagai dasar untuk merencanakan intervensi untuk melakukan tujuan asuhan keperawatan yang sesuai dengan keputusan perawat (Panjaitan, 2018).

1. Proses Penyusunan masalah keperawatan yang ditemukan yaitu:
 - a. Melakukan klasifikasi dan analisis data.
 - b. identifiikasi kelebihan dan masalah klien
 - c. Memvalidasi diagnosa keperawatan
 - d. Menyusun diagnosa keperawatan sesuai prioritasnya
2. Bagian diagnosa keperawatan yang biasa muncul :
 - a. Masalah Keperawatan Aktual.

Nanda diagnosis keperawatan aktual adalah membahas keadaan klinis yang sudah valid berdasarkan karakteristik mayor yang sesuai. Diagosa

ada empat label yaitu: penertian, batasan, karakteristik dan faktor yang berkaitan.

b. Masalah Keperawatan Risiko

Adalah kesepakatan pasien terhadap dirinya dan keluarga yang sangat beresiko untuk mengalami masalah. Pemeriksaan sebagai faktor diagnosa resiko adalah mudah meningkat terhadap pasien yang tidak memiliki batasan karakteri.

c. Masalah Keperawatan Kemungkinan muncul

Adalah kesepakatan/tindakan yang disetujui secara bersama sesuai dengan data yang diperoleh dimana data tersebut dipengaruhi adanya penyebab terjadinya risiko.

d. Masalah Keperawatan Sejahtera yang sering muncul.

Adalah keputusan terhadap pasien keluarga masalah yang dialami dari tingkat kesehatan yang lebih maksimal. Diagnosa ini dibuat dengan menggabungkan pikiran positif dalam kepribadian sebagai hasil pengkajian yang sesuai dan maksimal.

e. Masalah Keperawatan Sindrom yang biasa terjadi.

Adalah masalah keperawatan terjadi oleh sekelompok diagnosis aktual dan potensial karena masalah dan kejadian tertentu.

3. Bagian masalah Keperawatan

Bagian dari masalah keperawatan terbagi dalam tiga bagian yaitu: "P" masalah /problem kesehatan, "E" Etiologi "S" Tanda dan gejala (batasan karakteristik). Dari masalah diatas saling berhubungan dan membentuk kata berupa problem yang berhubungan dengan etiologi dan dibuktikan dengan adanya batasan karakteristik.

4. Rumusan diagnosis keperawatan mengandung tiga komponen utama yaitu:

a. Problem (P/masalah)

- b. Etiologi (E/prnyebab)
- c. Sign & symptom (S/tanda & gejala)

7.2.4 Diagnosis keperawatan pada lansia (NANDA).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada lanjut usia berdasarkan penyakit yang dialami. Penyakit yang biasa muncul pada pasien lanjut usia (Nurarif and Kusuma, 2015) sebagai berikut:

1. Penyakit hipertensi
2. Diabeter melitus
3. Remathoid atritis
4. Gout Atritis
5. Katarak
6. Penurunan Pendengaran
7. Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)

Diagnosis keperawatan berdasarkan penyakit yang terjadi pada pasien lanjut usia (Nurarif Amin Huda and Kusuma Hardhi, 2015) sebagai berikut:

Tabel 7.6. Pembagian diagnosis keperawatan pada pasien lanjut usia NANDA, 2015.

No	Penyakit	Diagnosis
1	Hipertensi	a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload, vasokonstruksi, hipertrofi, iskemia miocard
		b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia
		c. Kelebihan volume cairan
		d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan, ketidakseimbangan

No	Penyakit	Diagnosis
		suplai darah kebutuhan oksigen
		e. Koping individu tidak efektif
		f. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak
		g. Resiko cedera
		h. Defisiensi pengetahuan
		i. Ansietas
2	Diabetes Melitus	a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktifitas jasmani.
		b. Hiperglikemia berat yang disertai ketosis
		c. Ketoasidosis diabetic (KAD) atau hiperglikemia hyperosmolar non ketotik (HONK)
		d. Hiperglikemia dengan asidosis laktat
		e. Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
		f. Stress berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA dan stroke)
		g. Kehamilan dengan DM/diabetes melitus gestasional yang tidak terkendali dengan perencanaan makan.
		h. Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
		i. Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO.

No	Penyakit	Diagnosis
3	Remathoid atritis	a. Gangguan citra tubuh b.d perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas.
		b. Nyeri b.d perubahan patologis oleh artritis rheumatoid.
		c. Resiko cidera b.d hilangnya kekuatan otot, rasa nyeri
		d. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang, kekakuan sendi
		e. Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal (penurunan kekuatan sendi).
		f. Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi.
		g. Ansietas b.d kurangnya informasi tentang penyakit, penurunan produktifitas (status kesehatan dan fungsi peran).
4	Gout Atritis	a. Nyeri akut b.d agen cidera biologis pembengkakan sendi, melaporkan nyeri secara verbal pada area sendi.
		b. Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri persendian (kaku sendi)
		c. Resiko ketidak seimbangan volume cairan b.d perubahan kadar elektrolit pada ginjal (disfungsi ginjal).
		d. Hipertermia b.d proses penyakit (peradangan sendi)

No	Penyakit	Diagnosis
		e. Gangguan rasa nyaman b.d gejala terkait penyakit (nyeri pada sendi). f. Gangguan pola tidur b.d nyeri pada pembengkakan g. Kerusakan integritas jaringan b.d kelebihan cairan (peradangan krinik akibat adanya Kristal urat).
5	Katarak	a. Ketakutan b.d kehilangan pandangan kompli, jadwal pembedahan atau ketidakmampuan mendapatkan pandangan. b. Resiko infeksi b.d pertahanan primer dan prosedur invasi (bedah pengangkatan katarak). c. Resiko cidera b.d peningkatan tekanan intra orbital (TIO). d. Resiko jatuh e. Defisiensi pengetahuan b.d terbatasnya informasi atau kesalahan interpretasi informasi yang sudah didapat sebelumnya.
6	Penurunan pendengaran	a. Resiko cidera b.d disfungsi imun-autoimun (peningkatan produksi serosa). b. Gangguan citra tubuh b.d perubahan pada penampilan

No	Penyakit	Diagnosis
		tubuh. c. Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang pengobatan dan tindak lanjut terapi.
7	Benigna Prostat Hiperplasia (BPH).	a. Gangguan eliminasi urin b.d sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih: Benigna Prostat Hiperplasia. b. Nyeri akut b.d agent injuri fisik (spasme kandung kemih). c. Resiko infeksi b.d kerusakan jaringan sebagai efek sekunder dari prosedur pembedahan. d. Resiko perdarahan d.d trauma efek samping pembedahan. e. Resiko ketidak efektifas perfusi jaringan. f. Retensi urine g. Ansietas b.d perasaan takut terhadap tindakan pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. ., Ladwing, G. . and Makiic, M. B. . 2017. 'Nursing diagnosis handbook, an evidence-based guide to panning care.', *Ed. St. Louis*, 5(8), pp. 5–14. Available at: Elseiver.
- Carpenito, L. J. M. 2010. *Nursing Diagnosissn Aplicattion To Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Herdman, T. H. and Kamitsuru, E. 2015. *Nanda Internasional Nursing Diagnoses*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Newfield, S. . *et al*. 2012. *Cox's Clinical Application of Nursing Diagnosis Adult, Child, Women's Mental Healt, Gerontic, and Home Healt Considerations., F.A Davis Company*. Philadelphia.
- Nurarif, A. H. and Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Jilid 3*. Jogjakarta: Mediaction.
- Nurarif Amin Huda and Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 1*. Jogjakarta: Mediaction.
- Panjaitan, S. K. A. 2018. 'Perumusan Diagnosa Keperawatan', *Keperawatan*, 3(5), pp. 13–19. Available at: Jurnal Keperawatan .
- Pascoal, LM *et al*. 2016. 'Clinical Indicators Of Ineffective Aiway Clearance In Chidren With Acute Respiratory Infection.', *Journal Of Child Health Care*, 20(3), pp. 324–332. doi: 10.1177/1367493515598648.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: PPNI. Available at: Edisi 1. Cetakan III.
- V.E.C. de Seosa, M.V. de Oliveira Lopers and V.M. da Silva. 2014. 'Systematic Review and Meta-Analysis of Accuracy of Clinical Indicators of Ineffective Airway Clearance.', *Jan*, 3(5), pp. 498–513.

BAB 8

PERENCANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Oleh Isymiarni Syarif

8.1 Pengertian Keperawatan Gerontik

Keperawatan gerontik adalah cabang keperawatan yang fokus pada pelayanan kesehatan kepada individu lanjut usia (geriatri) dengan memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Keperawatan gerontik berfokus pada pengelolaan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kualitas hidup, serta perawatan pasien lanjut usia dalam berbagai tahap penuaan.

Populasi geriatri terdiri dari individu yang berusia 65 tahun ke atas (usia ini dapat bervariasi berdasarkan negara atau wilayah). Lansia mengalami keterbatasan Fisik dan Fungsional yang dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Serta banyak geriatri memiliki penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan osteoarthritis. Selain itu, lansia juga mengalami perubahan Psikososial seperti depresi, kecemasan, dan isolasi sosial seringkali mempengaruhi kesejahteraan geriatri.

Lansia adalah seseorang yang berusia di atas 60 tahun. Penuaan bukanlah penyakit, melainkan proses yang menyebabkan perubahan bertahap dan kumulatif yang menurunkan kemampuan tubuh untuk mengatasi rangsangan eksternal dan internal (Rattan, 2014). Banyak lansia yang bisa lebih produktif dengan berperan aktif dalam bermasyarakat, bernegara, dan bernegara (UU RI No. 13 Tahun 1998).

Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakekatnya adalah menjaga budaya bangsa dan nilai-nilai agama.

1. Pembatasan usia Lansia

- a. Menurut (WHO, 2021), batas usia lansia adalah:
 - 1) Lansia (elderly) usia 60–74 tahun
 - 2) Lansia tua (old) usia 75–90 tahun
 - 3) Usia sangat tua (very old) usia > 90 tahun.
- b. Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2015, lansia digolongkan sebagai lanjut usia (60-69 tahun) dan berisiko tinggi (70 tahun ke atas dengan gangguan kesehatan).
- c. Menurut Depkes RI tahun 2019, lanjut usia terdiri dari:
 - 1) Lansia dini adalah orang yang berusia antara 45 dan 59 tahun.
 - 2) Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
 - 3) Lansia berisiko tinggi adalah orang yang berusia di atas 60 tahun yang memiliki masalah kesehatan.
 - 4) Lansia potensial adalah mereka yang dapat terlibat dalam pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa.
 - 5) Lanjut usia penyandang disabilitas adalah orang yang tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri dan bergantung pada bantuan orang lain untuk bertahan hidup.

Dalam keperawatan gerontik, perencanaan tindakan keperawatan adalah langkah awal yang penting untuk memberikan perawatan yang optimal kepada pasien lanjut usia. Ini membantu perawat untuk mengatasi tantangan unik yang dihadapi oleh geriatri dan memastikan bahwa semua aspek kesehatan pasien terpenuhi dengan baik.

8.2 Pentingnya Perencanaan Tindakan

Keperawatan dalam Keperawatan Gerontik

Perencanaan tindakan keperawatan memiliki peran yang sangat penting dalam praktik keperawatan gerontik. Kehadirannya membantu perawat dalam merancang pendekatan yang tepat dan efektif dalam merawat individu lanjut usia (geriatri). Perencanaan yang matang akan memastikan bahwa aspek fisik, psikososial, dan spiritual geriatri terpenuhi dengan baik. Perencanaan Tindakan Keperawatan Penting dalam Keperawatan Gerontik karena sebagai berikut :

1. **Kepentingan Pendekatan Holistik:** Perencanaan tindakan keperawatan memungkinkan perawat untuk melihat geriatri sebagai individu yang kompleks dengan berbagai aspek kesehatan yang saling terkait. Ini memungkinkan perawat merancang intervensi yang mencakup seluruh spektrum kesehatan pasien.
2. **Pemahaman yang Lebih Dalam:** Melalui perencanaan, perawat akan lebih memahami sejarah medis, kondisi kesehatan saat ini, dan preferensi pasien. Hal ini membantu mengidentifikasi masalah dan risiko potensial yang perlu diberikan perhatian.
3. **Penentuan Prioritas:** Dalam perawatan geriatri, terkadang ada beberapa masalah kesehatan yang harus diatasi secara bersamaan. Perencanaan membantu perawat menentukan prioritas intervensi dan mengatasi masalah yang paling mendesak terlebih dahulu.
4. **Efisiensi dan Efektivitas:** Dengan perencanaan yang terstruktur, perawat dapat mengatur langkah-langkah yang harus diambil dengan lebih efisien dan efektif. Ini menghindari redundansi dalam tindakan dan meminimalkan risiko kesalahan.
5. **Pengukuran dan Evaluasi:** Perencanaan yang jelas memungkinkan perawat untuk mengukur perkembangan

pasien dari waktu ke waktu. Evaluasi rutin membantu dalam mengubah rencana perawatan jika diperlukan berdasarkan respons pasien.

6. Kolaborasi Tim Medis: Dalam perawatan geriatri, kolaborasi dengan berbagai profesional medis seringkali diperlukan. Perencanaan tindakan keperawatan membantu mengarahkan bagaimana setiap anggota tim dapat berkontribusi sesuai dengan peran dan keahliannya.
7. Keterlibatan Pasien dan Keluarga: Perencanaan yang melibatkan pasien dan keluarga memastikan bahwa preferensi, keyakinan, dan nilai-nilai pasien dihormati. Ini juga menciptakan kerjasama yang lebih baik dalam proses perawatan.
8. Pengelolaan Keterbatasan: Pasien geriatri sering memiliki keterbatasan fisik, kognitif, atau sensoris. Dengan perencanaan yang baik, perawat dapat merancang intervensi yang mempertimbangkan keterbatasan tersebut.

Dalam keperawatan gerontik, perencanaan tindakan keperawatan adalah langkah awal yang penting untuk memberikan perawatan yang optimal kepada pasien lanjut usia. Ini membantu perawat untuk mengatasi tantangan unik yang dihadapi oleh geriatri dan memastikan bahwa semua aspek kesehatan pasien terpenuhi dengan baik.

8.3 Tujuan Perencanaan Tindakan Keperawatan pada Pasien Lanjut Usia

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan langkah krusial dalam merawat pasien lanjut usia (geriatri). Tujuan perencanaan ini adalah untuk memberikan perawatan yang komprehensif, terkoordinasi, dan tepat sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik unik geriatric secara medis dan psikososial. Dengan tujuan yang jelas, perawat dapat merancang intervensi

yang komprehensif dan efektif, serta meningkatkan kualitas hidup pasien lanjut usia. Tujuan perencanaan tindakan keperawatan pada lanjut usia adalah sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan Kesehatan Optimal: Tujuan utama perencanaan adalah menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial geriatri agar tetap optimal. Ini melibatkan pencegahan penyakit, manajemen penyakit kronis, dan upaya untuk meningkatkan kualitas hidup.
- b. Pengelolaan Penyakit Kronis: Tujuan ini mencakup upaya untuk mengelola penyakit kronis yang sering dialami oleh geriatri, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Perencanaan akan merinci rencana diet, obat, dan tindakan lain yang diperlukan untuk mengendalikan kondisi kesehatan.
- c. Pencegahan dan Penanganan Komplikasi: Perencanaan tindakan keperawatan akan mempertimbangkan risiko komplikasi yang lebih tinggi pada geriatri, seperti risiko jatuh, infeksi, atau dekubitus (luka tekan). Tujuannya adalah mengidentifikasi langkah-langkah preventif dan respons cepat terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
- d. Pengelolaan Nyeri: Tujuan ini melibatkan identifikasi, evaluasi, dan pengelolaan nyeri yang sering terjadi pada geriatri, baik akibat kondisi medis, penyakit kronis, atau prosedur medis. Perencanaan akan merinci pemberian obat nyeri dan intervensi non-farmakologis.
- e. Pendampingan Psikososial: Mengatasi aspek psikologis dan sosial yang terkait dengan penuaan, seperti depresi, kecemasan, dan perasaan kesepian. Tujuan perencanaan adalah memberikan dukungan emosional, menciptakan interaksi sosial, dan meningkatkan kesejahteraan psikososial.
- f. Palliatif dan Perawatan Akhir Hidup: Bagi geriatri dengan penyakit terminal atau kondisi yang tidak dapat

disembuhkan, tujuan perencanaan adalah untuk memberikan perawatan paliatif yang berfokus pada kenyamanan, kualitas hidup, dan pendekatan holistik.

- g. Edukasi dan Pemberdayaan Pasien: Perencanaan tindakan keperawatan juga mencakup penyampaian informasi yang diperlukan kepada geriatri dan keluarganya. Tujuannya adalah agar pasien dan keluarga memiliki pengetahuan yang cukup untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan.

8.4 Langkah-Langkah Perencanaan Tindakan Keperawatan dalam Keperawatan Gerontik

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan langkah kritis dalam memberikan perawatan yang efektif dan terkoordinasi kepada pasien lanjut usia (geriatri). Dalam keperawatan gerontik, perencanaan yang matang memastikan bahwa perawatan yang diberikan mencakup semua aspek fisik, psikososial, dan spiritual pasien. Adapun Langkah-Langkah Perencanaan Tindakan Keperawatan dalam Keperawatan Gerontik adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data (*Assessment*)
 - a. Identifikasi Masalah Kesehatan: Evaluasi kondisi medis dan masalah kesehatan yang dihadapi oleh geriatri.
 - b. Evaluasi Psikososial: Pemahaman tentang kondisi mental, emosi, dan aspek sosial pasien.
 - c. Riwayat Medis dan Kesehatan: Menyusun riwayat penyakit sebelumnya dan saat ini, serta obat-obatan yang dikonsumsi.
2. Diagnosa Keperawatan
 - a. Identifikasi Diagnosis Keperawatan: Berdasarkan hasil *assessment*, pilih diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.
 - b. Prioritaskan Diagnosa: Tentukan prioritas diagnosis berdasarkan urgensi dan dampaknya terhadap pasien.

3. Penetapan Tujuan dan Tujuan Kesehatan
 - a. Rancang Tujuan Kesehatan: Tetapkan tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatasan waktu
 - b. Tujuan Jangka Pendek dan Panjang: Buat tujuan jangka pendek untuk perbaikan cepat dan tujuan jangka panjang untuk pencapaian jangka lebih luas.
4. Perencanaan Intervensi Keperawatan
 - a. Rencanakan Intervensi: Tentukan tindakan konkret yang diperlukan untuk mencapai tujuan kesehatan. Ini dapat berupa tindakan fisik, edukasi, intervensi psikososial, atau pengelolaan obat.
 - b. Personalisasi Perawatan: Sesuaikan intervensi dengan karakteristik pasien, termasuk preferensi, keyakinan, dan kondisi fisik.
5. Implementasi Intervensi Keperawatan
 - a. Lakukan Intervensi: Jalankan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - b. Kolaborasi Tim Medis: Jika diperlukan, berkolaborasi dengan dokter, terapis, ahli gizi, dan tenaga medis lainnya.
6. Evaluasi Hasil Tindakan Keperawatan
 - a. Monitor Perkembangan: Pantau respons pasien terhadap intervensi. Catat perkembangan yang positif atau masalah yang muncul.
 - b. Evaluasi Tujuan Kesehatan: Bandingkan hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Lakukan penyesuaian jika diperlukan.
7. Dokumentasi Perencanaan dan Evaluasi
 - a. Catat Informasi: Dokumentasikan setiap langkah perencanaan, intervensi, dan hasil evaluasi secara akurat.
 - b. Komunikasi dengan Tim: Pastikan informasi yang direkam dapat diakses dan dipahami oleh anggota tim medis lainnya.

Langkah-langkah perencanaan tindakan keperawatan dalam keperawatan gerontik membantu perawat merancang perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien lanjut usia. Dengan pendekatan sistematis ini, perawat dapat memberikan perawatan yang efektif, holistik, dan terkoordinasi, serta meningkatkan kualitas hidup geriatri.

8.5 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Perencanaan Keperawatan Gerontik

Dalam merencanakan perawatan bagi pasien lanjut usia (geriatri), perawat harus mempertimbangkan berbagai faktor yang unik terkait dengan penuaan. Faktor-faktor ini akan memengaruhi perencanaan keperawatan yang efektif dan terpadu. Adapun faktor-faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Perencanaan Keperawatan Gerontik yaitu sebagai berikut :

1. Keunikan Pasien Lanjut Usia:

Setiap pasien geriatri memiliki keunikan dalam kondisi fisik, sosial, dan emosional. Perawat perlu memahami latar belakang dan preferensi pasien untuk merancang perawatan yang sesuai.

2. Faktor Fisiologis:

- a. Perubahan Fisiologis: Penuaan membawa perubahan fisik seperti penurunan massa otot, penurunan fungsi organ, dan perubahan hormonal. Perawatan harus mengakomodasi perubahan ini.
- b. Respons Tubuh: Respon tubuh terhadap obat-obatan, intervensi, dan penyakit dapat berbeda dengan usia muda.

3. Faktor Psikososial:

- a. Kesejahteraan Psikologis: Banyak geriatri menghadapi perubahan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan gangguan kognitif. Perawatan harus mencakup dukungan psikososial.

- b. Isolasi Sosial: Geriatri mungkin menghadapi risiko isolasi sosial. Perencanaan harus mencakup aktivitas yang mendorong interaksi dan keterlibatan sosial.
- 4. Keterbatasan Fisik dan Kognitif:
 - a. Mobilitas Terbatas: Beberapa geriatri mungkin memiliki keterbatasan dalam bergerak atau melakukan aktivitas fisik. Perencanaan harus mempertimbangkan kebutuhan mereka.
 - b. Gangguan Kognitif: Pasien dengan gangguan kognitif seperti demensia memerlukan perawatan yang berfokus pada keselamatan dan pemenuhan kebutuhan.
- 5. Keterlibatan Keluarga dan Dukungan Sosial:
 - a. Peran Keluarga: Banyak geriatri memiliki dukungan dari keluarga atau caregiver. Perawatan harus melibatkan dan bekerja sama dengan mereka.
 - b. Dukungan Sosial: Faktor ini dapat memengaruhi keberhasilan perawatan dan pemeliharaan kesehatan geriatri.
- 6. Ketidakpatuhan Terhadap Perawatan:

Beberapa geriatri mungkin menghadapi kesulitan dalam mengikuti perawatan yang direkomendasikan. Perawat harus mencari solusi yang memudahkan keterlibatan pasien dalam perawatan.
- 7. Aspek Spiritual dan Nilai-nilai:

Keyakinan dan Nilai: Aspek spiritual dan keyakinan dapat memengaruhi pandangan terhadap kesehatan dan perawatan. Perawat harus menghormati nilai-nilai pasien dalam perencanaan.
- 8. Kondisi Kesehatan yang Kompleks:

Banyak geriatri memiliki penyakit kronis dan multiple kondisi kesehatan. Perawat harus merencanakan perawatan yang koordinatif dan sesuai.

Dalam perencanaan keperawatan gerontik, faktor-faktor ini harus diperhitungkan secara holistik. Mengakomodasi keunikan, keterbatasan, dan aspek sosial dan emosional geriatri akan membantu perawat merancang perawatan yang efektif dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

8.6 Penentuan Tujuan Dan Hasil Yang Di Harapkan

Sasarannya adalah perubahan perilaku pasien yang diharapkan perawat setelah tindakan berhasil dilakukan. Tujuan ini juga merupakan keluaran yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan.

Rumusan : SPHKT

S (subjek) **P** (predikat) **H** (Hasil) **K** (kriteria) **T** (Time), dengan penjabaran sebagai berikut:

S : Subyek, orang yang akan mencapai tujuan dalam hal ini keluarga lansia, perilaku lansia yang diamati.

P : Predikat, kata kerja yang dapat diukur, kondisi yang melengkapi lansia.

H : Hasil, respon yang diharapkan dari perilaku lansia terhadap intervensi.

K : Kriteria, mengukur kemajuan klien dalam mencapai hasil

T : Time, target waktu yang ingin dicapai.

Rumusan : SMART

S (*spesifik*) **M** (*Measurable*) **A** (*achievable*) **R** (*reasionable*) **T** (*Time*), dengan penjabaran sebagai berikut:

S : Spesifik, berfokus pada perilaku lansia yang diamati, singkat dan jelas

M : Measurable, perilaku yang diinginkan berubah dari lansia yang dapat diukur

A : Achievable, realistis. Penetapan kriteria harus realistis berdasarkan kondisi lansia

- R : Reasonable, ditentukan oleh perawat dan lansia serta relevan dengan situasi pendukung yang lain
- T : Time, target waktu untuk mencapai kriteria hasil.

Kriteria kinerja (hasil yang diharapkan) adalah indikator bahwa tujuan telah tercapai. Kriteria hasil ini digunakan untuk pengambilan keputusan dengan karakteristik sebagai berikut: Setiap kriteria hasil terkait dengan tujuan tertentu, kemungkinan untuk mencapai hasil tertentu. Setiap kriteria hasil menyatakan satu hal spesifik dan harus sespesifik mungkin untuk memudahkan pengukuran. Jika kriterianya cukup besar atau terukur, hasilnya dilihat dan didengar, dan kriterianya positif, bukan negatif.

Contoh: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 x 3, bila malnutrisi lansia turun dibawah kebutuhan tubuh maka defisit makanan melebihi kriteria hasil berat badan seimbang.

8.7 Rencana Tindakan Keperawatan

Setelah menetapkan tujuan, kegiatan selanjutnya adalah membuat rencana aksi. Rencana tindakan keperawatan adalah rencana khusus untuk membantu pasien mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan. Rencana tindakan keperawatan yang baik mengikuti standar keperawatan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Berbasis tujuan
2. Apa tindakan alternatif terbaik?
3. Libatkan pasien dan keluarga
4. Pertimbangkan konteks budaya
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas.
6. Menjamin keamanan dan kenyamanan pasien
7. Uraianya ringkas, padat, dan ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami.
8. Penggunaan formulir standar

Jenis rencana tindakan keperawatan saat menyusun rencana keperawatan adalah sebagai berikut.

1. Diagnostic/observasi

Diagnosa/Observasi Rencana Tindakan Keperawatan merupakan tindakan untuk mengkaji atau mengamati kemajuan klien melalui pemantauan langsung secara terus menerus. Diharapkan pengamatan ini akan memungkinkan kita untuk terus memantau apa yang tercantum dalam kriteria hasil sampai tujuan tercapai..

Contoh :

- a. Pantau tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan pernapasan Anda setiap 8 jam.
- b. Amati intake dan ekskresi lansia setiap 24 jam
- c. Amati tingkat kesadaran dan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (sakit kepala), muntah, proyektil, tekanan darah naik, nadi cepat dan lemah) tiap 4 jam

2. Terapeutik/nursing treatment

Rencana tindakan keperawatan terapeutik adalah rencana tindakan untuk mengurangi, memperbaiki, atau mencegah penyebaran suatu masalah. Rencana tindakan ini merupakan intervensi sukarela oleh perawat yang mengacu pada pengetahuan, keterampilan dan keterampilan keperawatan. Masalah keperawatan memiliki banyak (multiple) alternatif pemecahan masalah, dan perawat harus dapat memilih solusi yang paling tepat yang ditawarkan kepada pasien geriatri.

Contoh :

- a. Lakukan ROM pasif pada kaki klien 4 kali sehari
- b. Lakukan manajemen perawatan luka gangren setiap hari
- c. Latih lansia untuk pindah dari tempat tidur ke kursi.
- d. Anjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan.

3. *Health education* / penyuluhan / pendidikan kesehatan

Rencana tindakan keperawatan berupa pendidikan kesehatan merupakan rencana tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan perawatan diri pada lansia dengan menekankan peran serta dari mereka yang bertanggung jawab untuk perawatan diri terutama di rumah..

Contoh :

- a. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan lansia stroke di rumah
- b. Jelaskan diet diabetes kepada orang tua dan keluarga mereka.
- c. Mendidik orang tua dan keluarga mereka tentang penyakit dan perawatannya.

4. Rujukan, kerjasama, medical treatment

Rencana tindakan bersama adalah praktik medis yang didelegasikan kepada perawat. Rencana kerjasama ini disesuaikan dengan permasalahan yang muncul bagi orang tua. Masalah geriatri yang berkaitan dengan perubahan fungsional seringkali membutuhkan perencanaan bersama. Inti dari rencana tindakan keperawatan kooperatif adalah tugas penting yang dilakukan di bawah arahan pemimpin. Perawat harus waspada dalam mengkoordinasikan praktik pendidikan, mencegah kesalahan dalam praktik pendidikan, dan memberikan saran konstruktif untuk pemulihan lansia.

Contoh :

- a. Hasil penelitian kolaboratif parasetamol 500 mg/hari 3 dosis
- b. Laksanakan hasil kolaborasi infus D5 2000 cc/hari, O2 3 liter/menit
- c. Laksanakan hasil kolaborasi pemberian reserpin 3 x 5 mg per oral

DAFTAR PUSTAKA

- Craven, R.F & Hirnle, C.J. 2003. Fundamental of nursing: Human health ang function. (4th ed.), Philadelphia: Lippincott.
- Eliopoulos, C.E. 2005. Gerontological nursing. (6 th ed.), Philadelphia; Lippincott.
- Kemenkes RI. 2019. Apa komplikasi berbahaya dari hipertensi? P2PTM Kemenkes RI. [https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/ hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluhdarah/page/5/apa-komplikasi-berbahaya-darihipertensi](https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluhdarah/page/5/apa-komplikasi-berbahaya-darihipertensi)
- NANDA, 2014. North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Diagnosis, Definition dan Classification 2015-2017. Pondicherry, India.
- Padila. 2013. Buku ajar keperawatan gerontik. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Saiful W & Nikmatur R. 2012. Proses Keperawatan : Teori & Aplikasi. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Sarif La Ode. 2012. Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandar Nanda, NIC, NOC, Dilengkapi dengan Teori dan Contoh Kasus Askep. Jakarta: Nuha Medika.
- WHO. 2021. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. American Family Physician., 103(12), 763–765

BAB 9

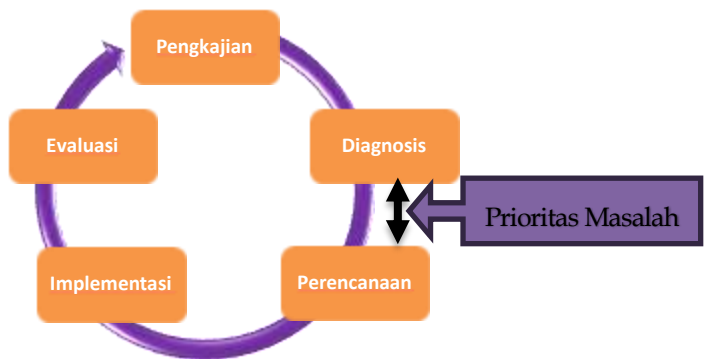
PRIORITAS MASALAH

KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Lukman Nulhakim

9.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan secara sistematis yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan keperawatan, melakukan implementasi dari rencana yang dibuat dan melakukan evaluasi. Selain itu proses keperawatan juga merupakan suatu siklus yang terus berputar hingga masalah keperawatan klien/pasien teratasi.



Gambar 9.1. Siklus tahapan proses keperawatan

Keperawatan gerontik membahas kebutuhan fisiologis, perkembangan, psikologis, sosio-ekonomi, budaya, dan spiritual pada individu yang menua. Seiring dengan bertambahnya usia, mereka membutuhkan perawatan dan perhatian yang lebih khusus

untuk mengelola berbagai tantangan kesehatan yang mereka hadapi (Phurailatpam, Clement and Clement, 2019). Pemberian asuhan keperawatan untuk klien lanjut usia sebaiknya tidak hanya dititikberatkan pada satu bidang tetapi paling baik diberikan melalui upaya kolaboratif yang mencakup keluarga, komunitas, dan tim perawatan kesehatan lainnya. Melalui hal ini, perawat mungkin dapat menggunakan keahlian dan sumber daya masing-masing tim untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup lansia (Martin, Paul, BSN, 2023).

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan (*Nursing Process*), setelah menentukan diagnosa keperawatan dan sebelum perencanaan perlu dilakukan analisa prioritas masalah. Perawat harus berpikir kritis dalam menentukan prioritas masalah dengan membuat peringkat masalah. Hal ini bertujuan untuk menentukan masalah keperawatan yang mana yang harus diutamakan atau didahulukan. Kegiatan ini dilakukan jika masalah keperawatan yang ditemukan lebih dari satu masalah.

Penentuan prioritas masalah sangat dibutuhkan dasar keilmuan yang tepat, pemahaman yang baik dan analisa yang tepat agar masalah keperawatan yang beresiko atau mengancam jiwa pasien/klien dapat ditangani dengan segera. Berikut ini beberapa teknik atau cara dalam menentukan prioritas masalah keperawatan.

9.2 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan

Penentuan prioritas masalah keperawatan dapat dilakukan dengan beberapa cara atau metode dengan menggunakan beberapa rujukan teori dan kadang menyesuaikan dengan kondisi klien. Prioritas pertama diartikan bahwa masalah perlu mendapat perhatian perawat, karena dapat mempengaruhi status kesehatan klien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain (Budiono, 2016). Di beberapa kasus langkah-langkah dalam

penyusunan prioritas dibagi menjadi masalah prioritas level pertama, level kedua, dan level ketiga. Masalah prioritas tingkat pertama, biasanya mengarah kepada masalah *Airway, Breathing* dan *Circulation* (ABC) atau jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, yang muncul dan mengancam jiwa. Selanjutnya, fokus pada masalah prioritas tingkat kedua, yang meliputi perubahan status mental, nyeri akut, risiko infeksi, nilai laboratorium abnormal, dan masalah eliminasi. Terakhir yaitu masalah prioritas tingkat ketiga, seperti kurangnya pengetahuan, mobilitas, koping keluarga, aktivitas, dan istirahat.

Di dalam Bab 9 ini akan diuraikan beberapa pedoman rujukan atau pendekatan dalam menentukan prioritas masalah yaitu berdasarkan :

1. Standar V yaitu Standar Asuhan Keperawatan
2. Pedoman Asuhan Keperawatan (Depkes RI tahun 1992)
3. Kebutuhan dasar menurut Hierarki Maslow
4. Pendekatan *Body System* (B1 sd B6)

9.2.1 Standar V: Standar asuhan keperawatan

Dalam standar V asuhan keperawatan, prioritas dititikberatkan pada masalah yang mengancam kehidupan. Skala prioritasnya dapat ditentukan dengan konsep berikut (Yanmed, 1993).

1. Prioritas pertama masalah yang mengancam kehidupan.
2. Prioritas kedua masalah yang mengancam kesehatan.
3. Prioritas ketiga masalah yang mempengaruhi perilaku manusia.

Prioritas masalah yang merujuk pada standar ini adalah dimana masalah yang dapat mengancam jiwa atau kehidupan klien atau pasien akan dijadikan prioritas utama/pertama dalam asuhan keperawatan.

9.2.2 Depkes RI, 1992 : Pedoman Asuhan Keperawatan

Pedoman asuhan keperawatan menetapkan hal sebagai berikut :

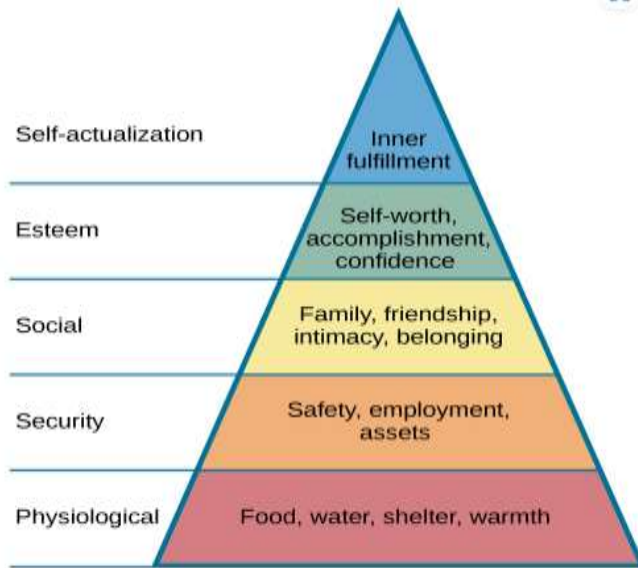
1. Prioritas pertama diberikan pada masalah aktual
2. Prioritas kedua pada masalah potensial

Dalam praktiknya, ternyata tidak selalu yang aktual menjadi prioritas yang lebih tinggi atau utama dibandingkan dengan masalah potensial. Beberapa kasus jika dihadapkan pada dua masalah yang aktual dan potensial, masalah beresiko yang diduga akan terjadi bersifat mengancam jiwa dapat menjadi prioritas dibanding dengan masalah aktual yang beresiko rendah (Saroh, 2019).

9.2.3 Hierarki Maslow

Prioritas perawatan dapat ditentukan dengan menggunakan beberapa kerangka kerja seperti Hierarki Kebutuhan Maslow. Misalnya, pada tingkat yang paling dasar, kehidupan membutuhkan jalan napas yang terbuka untuk bernapas, proses fisiologis pernapasan, serta sirkulasi darah dan oksigen ke seluruh tubuh. (Dr. Jennifer Lapum, Michelle Hughes, Dr. Oona St-Amant, Dr. Lisa Seto Nielsen, Mahidhar Pemasani, 2021)

Maslow telah membuat lima hierarki kebutuhan dasar manusia. Hierarki yang menjadi prioritas pemenuhan terletak pada kebutuhan dasar yang bersifat fisiologis. (Bouzenita, A. I. & Wood Boulanouar, 2016)



Gambar 9.2. Hierarki Kebutuhan Maslow
Sumber : Toronto Metropolitan University Pressbooks

Berdasarkan gambar 9.2, seorang perawat dapat menggunakan penilaian kesehatan untuk mengeksplorasi lima tingkat kebutuhan berdasarkan hierarki kebutuhan Maslow (McLeod, 2014), (Dr. Jennifer Lapum, Michelle Hughes, Dr. Oona St-Amant, Dr. Lisa Seto Nielsen, Mahidhar Pemasani, 2021):

1. Kebutuhan fisiologis

kebutuhan fisik mendasar yang dibutuhkan untuk bertahan hidup seperti udara, makanan/minuman, tidur, kehangatan/pakaian.

- a. Apakah kebutuhan fisiologis dasar ini terpenuhi?
- b. Apakah pernapasan dan sirkulasi klien mendukung?

2. Keamanan

Kebutuhan yang berkaitan dengan keamanan lingkungan fisik dan emosional.

- a. Apakah klien merasa aman dan terjamin secara umum dalam hidup?
- b. Apakah klien merasa aman dan tenteram dalam pelayanan kesehatan lingkungan?
- c. Apakah tempat tidur diturunkan ke posisi terendah?
- d. Apakah bel panggilan dalam jangkauan klien?

3. Cinta dan rasa memiliki

Kebutuhan yang berhubungan dengan hubungan termasuk persahabatan dan keluarga, keintiman dan kasih sayang, pekerjaan, dan kepercayaan dan penerimaan.

- a. Apakah klien merasakan cinta dan rasa memiliki secara umum dalam hubungan mereka?
- b. Lebih khusus lagi, apakah klien merasa diperhatikan oleh perawat dan penyedia layanan kesehatan lainnya?

4. Penghargaan

Perasaan yang berkaitan dengan harga diri, martabat, rasa hormat, dan pencapaian.

- a. Apakah klien merasa dihormati dan dihargai secara umum oleh yang lain?
- b. Apakah klien merasa dihormati dan dihargai dalam lingkungan perawatan kesehatan?

5. Aktualisasi diri

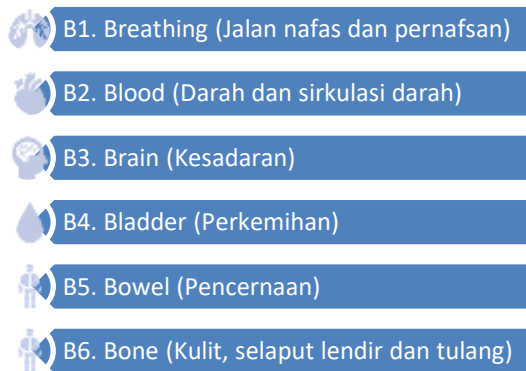
Suatu proses atau tindakan untuk mencapai potensi penuh dan pemenuhan diri seseorang.

- a. Apa yang penting bagi klien terkait dengan apa yang ingin mereka capai dalam kehidupan secara umum?

- b. Apa tujuan klien yang mungkin mereka miliki untuk diri mereka sendiri dalam perjalanan kesehatan dan penyembuhan mereka sendiri?
- c. Apakah klien merasa puas, percaya diri, dan berprestasi?

9.2.4 Pendekatan Body System (B1 - B6)

Penentuan prioritas masalah dapat juga melalui pendekatan *body system* yaitu pendekatan yang menitikberatkan pada fungsi sistem tubuh dari B1 atau Breathing sampai B6 atau Bone seperti pada gambar 9.3. Dalam pendekatan ini, fungsi pernapasan menjadi prioritas pertama karena gangguan pada fungsi ini dapat mengancam jiwa klien.



Gambar 9.3. Pendekatan *Body System* B1-B6

Dalam pendekatan ini, fungsi pernapasan mejadi prioritas pertama karena gangguan pada fungsi ini dapat mengancam jiwa klien. Fungsi pernapasan ini terdiri dari jalan napas dan pernapasan. Prioritas terakhir pada sistem kulit, selaput lendir, dan tulang.

9.3 Prioritas masalah untuk menentukan asuhan keperawatan

Pentingnya mengenali perubahan klinis pada klien kearah yang memburuk, seorang perawat harus selalu selaras dengan serangkaian kebutuhan fisiologis yang penting untuk mempertahankan hidup dan mencegah kematian. Prioritas perawatan ini terkait dengan ABC atau jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, prioritas perawatan ini seringkali dikategorikan sebagai tingkat pertama, kedua, atau prioritas ketiga. Berikut ini dapat digambarkan beberapa contoh dan kesimpulan dalam penentuan prioritas masalah pada klien.

Tabel 9.1. Prioritas masalah dalam perawatan berdasarkan kondisi klinis atau keluhan klien

Prioritas Perawatan	Contoh
Prioritas perawatan tingkat pertama adalah masalah yang mencerminkan temuan kritis, kemunduran klinis dan/atau mengancam jiwa, dan oleh karena itu memerlukan tindakan segera (<i>urgent</i>). Mendesak artinya harus segera diambil tindakan.	Seorang klien dengan gangguan pernapasan yang dibuktikan dengan takipnea, pernafasan dengan cuping hidung, sesak napas, retraksi interkostal, dan penurunan kadar oksigen atau klien dengan ketidakstabilan hemodinamik seperti nyeri dada atau tidak adanya atau penurunan denyut nadi atau tekanan darah.
Prioritas perawatan tingkat kedua Adalah masalah yang dapat menyebabkan kemunduran klinis dan	Klien dengan tanda dan gejala seperti: perubahan tingkat orientasi, penurunan tingkat kesadaran/ Prioritas perawatan.

Prioritas Perawatan	Contoh
dapat mengancam jiwa tanpa intervensi – oleh karena itu memerlukan tindakan segera. Berarti bahwa tindakan harus diambil dengan cepat.	Contoh kebingungan, peningkatan suhu, peningkatan tingkat nyeri, dan ekstremitas dingin. Ini mungkin termasuk klien dengan cedera kepala yang dapat memburuk dengan cepat dalam beberapa kasus. Perawat harus menilai apakah mereka mengalami kehilangan kesadaran dan memiliki gejala yang terkait dengan geger otak.
Prioritas perawatan tingkat ketiga adalah masalah yang biasanya difokuskan pada kesehatan fungsional, pendidikan klien, dan konseling. Ini harus ditangani, tetapi tidak mendesak dan dapat menunggu hingga klien stabil. Masalah tidak bersifat akut, tetapi diperlukan intervensi untuk mendukung aktivitas hidup sehari-hari klien, tingkat pengetahuannya, dan kesehatan mental serta kesejahteraannya	Seorang klien pasca operasi dan membutuhkan bantuan untuk kebersihan dan mobilitas, klien yang melaporkan peningkatan tingkat stres dan masalah tidur, atau klien yang baru didiagnosis menderita diabetes dan membutuhkan pendidikan seputar nutrisi dan pemantauan kadar glukosa darahnya.

9.4 Prioritas perawatan yang *Urgent* pada lansia dengan masalah Kesehatan Mental

Kesehatan mental biasanya tidak dikategorikan sebagai prioritas perawatan tingkat pertama atau kedua kecuali klien menunjukkan tanda-tanda perubahan kearah memburuknya kondisi klinis berdasarkan contoh yang tercantum dalam Tabel 9.1. Dalam beberapa situasi, kesehatan mental dapat diposisikan sebagai prioritas perawatan tingkat ketiga, misalnya saat klien mengalami kecemasan, depresi, kesedihan, tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda ide bunuh diri. Tetapi dibeberapa situasi, kesehatan mental mungkin lebih diutamakan. Misalnya, klien yang mencoba bunuh diri atau baru saja overdosis mungkin akan mengalami gejala fisik lain sebagai akibatnya dan oleh karena itu memerlukan intervensi segera dan observasi konstan sesuai Tabel 9.1. Namun, gejala-gejala ini harus ditangani, tetapi menurut beberapa pendekatan ini, masalah ini dianggap kurang mendesak dibandingkan dengan prioritas perawatan tingkat pertama dan kedua. Namun, terkadang, perawat harus berpikir berbeda tentang bagaimana kesehatan mental menjadi prioritas perawatan, khususnya pada klien yang ada mengindikasikan akan mecelakai diri sendiri atau orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Bouzenita, A. I. & Wood Boulanouar, A. 2016. 'Maslow's hierarchy of needs: An Islamic critique.', *Intellectual Discourse*, 24(1), pp. 59–81.
- Budiono. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Dr. Jennifer Lapum, Michelle Hughes, Dr. Oona St-Amant, Dr. Lisa Seto Nielsen, Mahidhar Pemasani, and R.C. 2021. 'Introduction to Health Assessment for the Nursing Professional', in *Ryerson University Library*. Campus Ontario. Available at: <https://pressbooks.library.ryerson.ca/assessmentnursing/>.
- Martin, Paul, BSN, R.N. 2023. *10 Geriatric Nursing Care Plans (Older Adult)*. Available at: <https://nurseslabs.com/geriatric-nursing-care-plans/#h-nursing-diagnosis>.
- McLeod, S. 2014. 'Maslow's Hierarchy of Needs. A Theory of Human Motivation. Psychological', *Psychological Review*, 7(38), p. 2014. Available at: <http://kalyan-city.blogspot.com/2010/06/maslow-hierarchy-of-needs-theory-of.html>.
- Phurailatpam, J.S., Clement, I. and Clement, N. 2019. 'Trends, Issues and Practice in Geriatric Nursing Care', *Research & Review: Journal of Geriatric Nursing and Health Sciences*, 1(2), pp. 1–9.
- Saroh, A.M. 2019. 'Perencanaan Keperawatan Sebagai Strategi Untuk Mencegah atau Mengatasi Masalah-Masalah yang Telah Diidentifikasi Dalam Diagnosis Keperawatan'.
- Yanmed, D. 1993. 'Standar Asuhan Keperawatan No. YM.00.03.2.6.7637.'

BAB 10

KEMAMPUAN ADL, KONSEP LANSIA DAN PROSES MENUA

Oleh Solehudin

10.1 Pendahuluan

Manusia terus menua sepanjang hidup mereka. Seiring bertambahnya usia semua makhluk hidup, proses yang disebut penuaan terjadi yang tidak dapat diubah atau tidak berulang. Penuaan adalah proses alami yang terjadi sejak awal kehidupan dan berlanjut melalui tahapan dari bayi hingga usia lanjut seiring bertambahnya usia (Nugrahani, 2014).

Seiring bertambahnya usia, kita menghadapi banyak masalah karena faktor yang berkaitan dengan usia. Akibat proses degeneratif ini, lansia mengalami penurunan anatomi dan fungsional. Orang tua akan menderita cacat fisik dan mental. Salah satu masalah yang kita hadapi adalah keseimbangan tubuh. Lansia berisiko lebih tinggi untuk jatuh karena ketidakseimbangan postural terkait usia, yang dapat menyebabkan kelemahan otot dan, tentu saja, kelemahan otot (Yuliana et al., 2014). Pada orang tua, kelemahan pada ekstremitas bawah dapat menyebabkan gerakan lebih lambat, langkah lebih pendek, ketidakmampuan untuk menginjak ayunan yang kuat, dan penurunan mobilitas. Orang tua menderita cacat fisik dan mental. Keseimbangan yang baik mengurangi risiko jatuh pada orang tua (Prasetyo & Indardi, 2014).

Jatuh adalah ancaman nomor satu bagi kesehatan dan kemandirian orang yang melebihi usia 60 tahun dan pencetus utama kematian. Kelemahan ekstremitas bawah, basal ganglia dan kerusakan saraf cerebellar, diabetes dan neuropati perifer adalah

beberapa faktor risiko jatuh yang lebih sering. Oleh karena itu, sangat diperlukan intervensi dalam meningkatkan keseimbangan tubuh dan mencegah risiko jatuh pada lansia. Mengatasi jatuh pada orang dewasa yang lebih tua membutuhkan pendekatan multi-sistem yang terstruktur (Siregar *et al.*, 2020).

10.2 Kemampuan *Activity Daily Living*

Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh faktor degeneratif mempengaruhi kinerja fisik, sehingga terjadi penurunan kinerja seiring bertambahnya usia. Di usia ini, banyak keterbatasan yang otomatis muncul dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Aktivitas manusia dapat mempengaruhi kekuatan otot, kelenturan otot, keseimbangan dan daya tahan tubuh, termasuk orang lanjut usia. Orang dianggap sehat jika mampu melakukan aktivitas yang memenuhi kebutuhan sehari-hari. Performa seseorang dipengaruhi oleh kebugaran sistem dalam tubuh, terutama saraf, otot, tulang, persendian, dan elemen pendukung tubuh lainnya, seperti sistem kardiovaskular, pernapasan, dan metabolisme yang baik (Prasetyo & Indardi, 2014).

Penurunan aktivitas hidup sehari-hari pada lansia disebabkan oleh kekakuan sendi, gerakan terbatas, waktu reaksi lambat, keseimbangan tubuh buruk, sirkulasi buruk, gaya berjalan tidak stabil, penglihatan kabur, dan gangguan pendengaran. Kegagalan untuk mengatasi kecanduan pada orang dewasa yang lebih tua dengan cepat dapat menimbulkan berbagai konsekuensi, termasuk gangguan sistem tubuh, penyakit, dan penurunan aktivitas hidup sehari-hari (Darsini & Arifin, 2018).

Kemandirian adalah keadaan mampu merawat diri sendiri tanpa bergantung pada orang lain (Katmini & Syakur, 2020). Menurut UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, kesejahteraan lansia dapat tercermin dari status kesehatannya. Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental, mental, dan sosial yang

memungkinkan setiap orang menjalani kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi (Girsang et al., 2021).

Motivasi dan kemampuan melakukan ADL ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain usia dan tahap perkembangan, status kesehatan fisiologis, tingkat kognitif, fungsi psikososial, stres, kondisi mental, layanan medis, dan kesejahteraan sosial. Peringkat ADL dimodifikasi oleh penyidik menggunakan indeks Katz dari ADL. Hal ini didasarkan pada penilaian kemandirian atau ketergantungan klien pada pemberian makan, mandi, toileting, inkontinensia (BAC/BAB), olahraga, dan berpakaian (Widyantoro et al., 2021).

10.2.1 Pengertian Activity Daily Living

Aktivitas kehidupan sehari-hari disebut aktivitas atau tugas rutin sehari-hari atau aktivitas perawatan diri utama. Anda dapat mengukur aktivitas sehari-hari melalui pengukuran ADL dan kemandirian penilaian diri pada orang dewasa yang lebih tua. Orang lanjut usia yang aktif secara fisik bergerak lebih banyak untuk memicu kontraksi otot, menghasilkan sintesis protein kontraktil yang lebih cepat. Ini meningkatkan filamen aktin dan miosin di dalam miofibril, yang menyebabkan peningkatan massa otot. ATP, komponen metabolisme otot, juga meningkat, menyebabkan peningkatan kekuatan otot. Kekuatan otot yang baik membantu menjaga keseimbangan tubuh (Singal et al., 2022).

Penurunan ADL aktivitas fisik pada lansia disebabkan oleh kekakuan sendi, rentang gerak yang terbatas, cara berjalan yang tidak stabil, dan gangguan keseimbangan tubuh akibat penurunan kemampuan fisik sehingga menghambat aktivitas fisik. *Physical activities of daily living* yaitu yang berkaitan dengan aktivitas sehari-hari seseorang. Misalnya makan, minum, berpakaian, mandi, buang air besar atau kecil, bangun, berjalan, atau berlari (Singal et al., 2022).

10.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Activity Daily Living

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas hidup sehari-hari. Di bawah ini adalah beberapa faktor umum yang diketahui mempengaruhi ADL.

1. Faktor Fisik

Kondisi fisik seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor fisik meliputi kekuatan otot, fleksibilitas sendi, daya tahan fisik, tingkat energi, keseimbangan, koordinasi dan kelincahan fisik. Penurunan kemampuan fisik, cedera, kondisi kronis seperti artritis dan neuropati, serta penuaan merupakan faktor-faktor yang dapat memengaruhi ADL (Catherine & Latham, 2014).

2. Faktor Kognitif

Kemampuan kognitif seseorang, seperti daya ingat, pemahaman, pemecahan masalah, dan konsentrasi, juga dapat memengaruhi ADL. Gangguan kognitif seperti demensia, penyakit Alzheimer, cedera otak traumatis, dan cacat perkembangan dapat memengaruhi kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

3. Faktor Psikososial

Faktor psikososial menyangkut aspek emosional dan sosial dari kehidupan seseorang. Kesejahteraan mental, dukungan sosial, tingkat stres, depresi, kecemasan, dan motivasi dapat memengaruhi motivasi dan kemampuan seseorang untuk melakukan ADL.

4. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik seseorang juga dapat mempengaruhi ADL. Faktor-faktor seperti aksesibilitas, desain rumah untuk lansia dan penyandang disabilitas, ketersediaan fasilitas pendukung, keamanan, dan adanya hambatan atau hambatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan

seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari. (McIntyre & Atwal, 2013).

10.2.3 Cara Mempertahankan Kemampuan Activity Daily Living

Karena manfaat kesehatan dari aktivitas fisik pada lansia adalah peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, maka salah satu cara untuk meningkatkan kapasitas fungsional lansia adalah melalui aktivitas fisik pada lansia. Manfaat ini telah divalidasi secara fisik, psikologis dan sosial. Manfaat fisik aktivitas fisik pada lansia antara lain menjaga kestabilan tekanan darah, meningkatkan daya tahan tubuh, menjaga berat badan ideal, menguatkan tulang dan otot, meningkatkan kelenturan tubuh, dan meningkatkan kebugaran (Darsini & Arifin, 2018).

Berikut adalah beberapa cara umum untuk mempertahankan kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL):

1. Latihan Fisik

Aktivitas fisik secara teratur membantu menjaga kekuatan otot, kelenturan sendi, dan keseimbangan. Latihan yang berfokus pada kekuatan inti, stabilitas, dan mobilitas mendukung keterampilan ADL (*American College of Sports Medicine*, 2018).

2. Pemeliharaan Kesehatan Mental

Mengelola stres, menjaga kesehatan mental, dan menangani aspek psikososial sangat penting dalam mempertahankan keterampilan ADL (Rowles & Bernard, 2013).

3. Pengaturan Lingkungan

Mengubah lingkungan fisik agar lebih aman, lebih mudah diakses, dan lebih mendukung membuat lebih mudah untuk melakukan ADL

4. Bantuan Teknologi

Penggunaan teknologi bantu, seperti alat bantu gerak, peralatan dapur adaptif, dan peralatan pembersih adaptif, dapat membantu mempertahankan keterampilan ADL

10.3 Konsep Lanjut Usia

Laju perkembangan penduduk di dunia, termasuk Indonesia, saat ini sedang mengalami proses menua yang ditandai dengan peningkatan jumlah dan proporsi penduduk lanjut usia. Proses menua pada lansia tidak hanya mempengaruhi aspek kehidupan, tetapi juga melibatkan penurunan fisik dan mental (Damayanti *et al.*, 2020). Jumlah lansia terus meningkat seiring dengan kemajuan di bidang medis, ditandai dengan usia harapan hidup yang lebih panjang dan angka kematian yang lebih rendah. Perkembangan demografis ini dapat memiliki implikasi kesehatan, ekonomi dan sosial (Racmawati *et al.*, 2020).

Populasi lanjut usia terus tumbuh dalam jumlah dan proporsi seiring dengan peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan, fertilitas dikelola, harapan hidup meningkat, dan angka kematian menurun. Pada tahun 2020, kemungkinan terdapat 727 juta orang berusia lebih dari 65 tahun di dunia (PBB, 2020). Proyeksi memperkirakan bahwa jumlah ini akan berlipat ganda menjadi 1,5 miliar pada tahun 2050. Selama 50 tahun terakhir, proporsi lansia di Indonesia meningkat dari 4,5 persen pada tahun 1971 menjadi sekitar 10,7 persen pada tahun 2020. Nilai ini diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2045, mencapai 19,9 persen (Girsang *et al.*, 2021).

Seiring bertambahnya usia, kemampuan fisik menurun, dan fungsi organ mungkin menurun. Berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADLs) dapat mengurangi kemandirian orang lanjut usia dan, akibatnya, membuat mereka rentan terhadap gangguan depresi. Keterbatasan

akibat proses penuaan dan kurangnya pengetahuan tentang aktivitas hidup sehari-hari (ADL). *Activities of daily living* (ADL) secara umum, khususnya mempengaruhi pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari (ADL) itu sendiri, yang diperkirakan akan meningkat menjadi 19,9% pada tahun 2045 (Damayanti et al., 2020).

10.3.1 Pengertian Lanjut Usia

World Health Organization (WHO) telah mengungkapkan definisi lansia, yaitu orang yang berusia di atas 60 tahun. Senior ini adalah sekelompok orang yang telah memasuki tahap akhir kehidupan manusia. Pada umumnya lansia sering mengalami proses penuaan. Pada umumnya lansia mengalami penurunan struktur dan fungsi organ sehingga sangat rentan terhadap cedera dan penyakit (Savitri *et al.*, 2022). Undang-undang Perawatan Lansia No. 13 Tahun 1998 mendefinisikan penduduk lanjut usia adalah mereka yang berusia 60 tahun ke atas (Girsang *et al.*, 2021).

10.3.2 Klasifikasi Lanjut Usia

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, klasifikasi usia dikelompokkan menjadi 4 kriteria (Damanik & Hasian, 2019), yaitu:

1. *Middle age* (45-59 tahun usia pertengahan).
2. *Elderly* (60-74 tahun lanjut usia).
3. *Old* (75-90 tahun lanjut usia tua).
4. *Very old* (>90 tahun keatas usia sangat tua)

Menurut Prof. DR. Koesoemanto Setyonegoro, SpKJ, lanjut usia dikelompokkan (Nasrullah, 2016), sebagai berikut:

1. *Eldery Adulthood* (Usia dewasa muda; usia 18/20 - 15 tahun

2. *Middle Years* (Usia dewasa penuh) atau maturitas; usia 25 - 60/65 tahun).
3. (*Geriatric age*) Lanjut usia: usia lebih dari 65/70 tahun), terbagi:
 - a. *Young Old*; Usia 70 - 75 tahun
 - b. *Old*; Usia 75 - 80 tahun
 - c. *Very Old*; Usia > 80 tahun

Menurut Hurlock (1979), perbedaan lanjut usia terbagi dalam dua tahap (Nasrullah, 2016), yakni:

1. *Early Old Age*; usia 60 - 70 tahun
2. *Advanced Old Age*; usia > 70 tahun

Menurut Burnside (1979), ada empat tahap lanjut usia (Nasrullah, 2016), yakni:

1. Usia 60 - 69 tahun *Young Old (Young Old)*
2. Usia 70 - 79 tahun (*Middle Age Old*)
3. Usia 80 - 89 tahun (*Old-Old*)
4. Usia 90 tahun ke atas (*Very Old-Old*)

10.3.3 Tipe Lanjut Usia

1. Arif bijaksana

Orang lanjut usia bijaksana dan berpengalaman, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, sibuk, baik hati, rendah hati, rendah hati dan murah hati, taat hukum, dan memimpin dengan teladan

2. Mandiri

Orang dewasa yang lebih tua ini lebih suka mengganti aktivitas sebelumnya dengan yang baru, pilih-pilih dalam mencari pekerjaan dan teman sosial, serta menanggapi undangan

3. Tidak puas

Terus-menerus menghadapi konflik internal dan eksternal, lansia menolak proses penuaan, mengakibatkan hilangnya kecantikan, kehilangan daya tarik fisik, kekuasaan, status, sahabat, lekas marah, tidak sabar, lekas marah, menuntut, sulit digunakan, kritis kritis

4. Pasrah

Lansia selalu menerima dan menunggu kebahagiaan, memiliki pola pikir akhir (terang setelah gelap), mengikuti kegiatan ibadahnya, ringan berdiri dan menyelesaikan semua tugas

5. Bingung

Usia tua yang menakutkan, kehilangan individualitas, kesepian, rasa rendah diri, penyesalan, kenegatifan, ketidakpedulian

10.3.4 Kebijakan Kesejahteraan Lanjut Usia

Pemerintah telah memperhatikan kesejahteraan lanjut usia baik melalui peraturan tertulis maupun kebijakan dan program pembangunan. Pasal 28(2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa setiap orang adalah hak atas fasilitas dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama serta untuk mencapai persamaan dan keadilan. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 mewajibkan pemerintah untuk menjaga kesehatan lanjut usia agar dapat hidup sehat dan produktif secara sosial dan ekonomi. Negara memiliki kewajiban untuk memastikan ketersediaan layanan kesehatan dan memungkinkan lansia menjalani kehidupan sosial dan ekonomi yang mandiri dan produktif. Peraturan Pemerintah No. 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Inisiatif Peningkatan Perlindungan Sosial Bagi Calon Lansia memuat berbagai langkah (Girsang et al., 2021):

1. Pelayanan keagamaan dan kerohanian
2. Layanan medis
3. Layanan ketenagakerjaan
4. Jasa pendidikan dan pelatihan
5. Layanan untuk kenyamanan saat menggunakan fasilitas, sarana, dan prasarana umum
6. Memberikan kemudahan pelayanan dan dukungan hukum
7. Bantuan sosial

10.4 Proses Menua

Penuaan bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu proses yang menghasilkan perubahan bertahap dan kumulatif, yaitu proses yang menurunkan daya tahan tubuh terhadap rangsangan internal dan eksternal (Wulandari, 2014). Penuaan adalah proses alami yang membawa perubahan fisik dan mental yang dialami setiap orang tanpa kecuali secara perlahan tapi pasti. Penuaan juga dikatakan sebagai proses dimana jaringan secara bertahap kehilangan kemampuan dalam perbaikan atau penggantian untuk mempertahankan fungsi yang tepat, membuat orang lanjut usia tidak dapat mengatasi perubahan tersebut (Widyantoro et al., 2021). Proses penuaan juga dapat menyebabkan berbagai macam perubahan, seperti penurunan kognitif. Penurunan kognitif sebenarnya merupakan proses alami yang menyertai proses penuaan. Penurunan kognitif yang terjadi pada demensia bisa sangat parah dan ditandai dengan berkurangnya atau hilang ingatan, penilaian (kecerdasan), keterampilan sosial, dan respons emosional (Kholifah, 2016).

10.4.1 Teori Menua

1. Teori Biologi
 - a. Teori Genetik Clock
Teori ini menyatakan bahwa proses penuaan didasarkan pada adanya program genetik di dalam inti sel. Jam ini

berputar untuk jangka waktu tertentu, dan proses miosis berakhir ketika jam ini habis

b. Teori Error

Proses penuaan disebabkan oleh akumulasi berbagai jenis cacat selama hidup manusia. Kesalahan ini dapat menyebabkan kerusakan metabolisme, menyebabkan kerusakan sel dan penurunan fungsi sel

c. Teori Autoimun

Proses penuaan dapat disebabkan oleh perubahan protein pasca translasi yang dapat mengganggu kemampuan sistem imun untuk mengenali dirinya sendiri (*self-recognition*). Ketika mutasi somatik dapat menyebabkan kelainan permukaan sel, sel yang berubah diperlakukan sebagai benda asing dan dihancurkan. Di sisi lain, sistem kekebalan tubuh sendiri melemah selama proses penuaan, membuatnya kurang mampu menyerang antigen, sehingga terjadi peningkatan sel yang sakit seiring bertambahnya usia

d. Teori Free Radikal

Penuaan dapat terjadi melalui interaksi komponen radikal bebas, dalam tubuh manusia. Radikal bebas termasuk O_2 , radikal hidroksil, dan H_2O_2 . Radikal bebas sangat berbahaya karena sangat reaktif dan dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh. Seiring bertambahnya usia, semakin banyak radikal bebas yang dihasilkan, sehingga proses destruktif berlanjut, meningkatkan kerusakan organel dan akhirnya kematian sel.

e. Teori Kolagen

Olahraga dan stres yang berlebihan menyebabkan kerusakan sel-sel tubuh. Peningkatan kolagen dalam jaringan mempercepat kerusakan, dan menghambat perbaikan sel jaringan

2. Teori Psikososial

- a. *Activity*, proses menua secara langsung terkait dengan penurunan aktivitas
- b. *Continuitas*, adanya ciri-ciri kepribadian yang persisten yang menimbulkan pola perilaku yang meningkatkan stres
- c. *Dissaggregation*, pemutusan hubungan dengan pihak eksternal seperti masyarakat dan hubungan dengan individu
- d. *Strafikasi Usia*, karena orang jatuh ke usia tua dan proses penuaan dipercepat
- e. *Kebutuhan Manusia*, beberapa orang dapat melakukannya, tetapi tidak semua orang dapat mencapai kebutuhan sempurna mereka
- f. *Jung*, ada tingkatan dalam kehidupan di mana ada tantangan dalam perkembangan kehidupan
- g. *Course Of Human Life*, tingkat hubungan manusia dengan lingkungan memiliki derajat terbesar
- h. *Development Task*, Setiap tahap kehidupan menghadirkan tantangan perkembangan yang sesuai dengan usia

3. Teori Sosiologis

Teori sosiologis, tentang proses menua yang dianut selama ini (Nasrullah, 2016), antara lain:

a. Interaksi Sosial

Teori ini menjelaskan mengapa orang lanjut usia berperilaku dalam situasi tertentu, sesuai dengan prinsip dasar nilai-nilai masyarakat. Kemampuan lansia untuk mempertahankan interaksi sosial merupakan kunci untuk mempertahankan status sosial, dan hal ini didasarkan pada kemampuan sosialnya.

b. Aktivitas atau Kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif berpartisipasi dalam kegiatan sosial. Lansia merasa puas jika dapat berpartisipasi dalam suatu kegiatan dan melanjutkan kegiatan tersebut selama mungkin

c. *Continuity Theory* (Kepribadian Berlanjut)

Teorinya adalah bahwa perubahan yang terjadi pada orang tua sangat dipengaruhi oleh sifat kepribadian mereka. Teori ini menunjukkan bahwa ada kontinum dalam siklus hidup orang tua.

d. *Disengagement Theory* (Pembebasan/Penarikan Diri)

Teori ini membahas tentang disintegrasi ikatan dan hubungan sosial, dan kebencian individu terhadap individu lain. Teorinya adalah bahwa seiring bertambahnya usia orang tua, terutama dalam kombinasi dengan kemiskinan, mereka secara bertahap terputus dari kehidupan sosial atau mulai menarik diri dari masyarakat sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Sports Medicine. 2018. *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Wolters Kluwer.
- Catherine, M. V. R., & Latham, T. 2014. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (7th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Damanik, S. M., & Hasian. 2019. Buku Keperawatan Gerontik. *Universitas Kristen Indonesia*, 26–127.
- Damayanti, R., Irawan, E., Tania, M., Rahmawati, R., & Khasanah, U. 2020. Hubungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan BSI*, 8(2), 247–255. <http://ejurnal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/422>
- Darsini, D., & Arifin, M. Z. 2018. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Kemandirian Activity Daily Living (Adl) Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan*, 6, 31–39.
- Girsang, A. P. L., Ramadani, K. dewi, Nugroho, S. W., Sulistyowati, N. P., Putrianti, R., & Wilson, H. 2021. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Badan Pusat Statistik.
- Katmini, & Syakur, A. 2020. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada Anak Retardasi Mental di Sekolah SLB B C Kepanjen The Relationship of Parenting Parents with the Independence of Activity Daily Living (ADL) in Mental Retard. *Jurnal Riset Dan Konseptual*, 9(1), 23–32. <https://jurnal.unublitar.ac.id/index.php/briliant/article/view/444>
- Kholifah, S. N. 2016. *Keperawatan Gerontik* (Vol. 21, Issue 1). <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- McIntyre, A., & Atwal, A. 2013. *Occupational Therapy and Older People*. 235.

- Nasrullah, D. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (Edisi 1). Trans Info Media. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
- Nugrahani, P. 2014. Latihan Jalan Tandem Lebih Baik Daripada Latihan Dengan Menggunakan Swiss Ball Terhadap Peningkatan Keseimbangan Untuk Mengurangi Resiko Jatuh Pada Lanjut Usia (Lansia). *Jurnal Fisioterapi*, 14(2), 87-96
- Nugrahani, P. 2014. Latihan Jalan Tandem Le. <http://caonline.amcanceroc.org/cgi/content/full/53/3/141>
- Prasetyo, A., & Indardi, N. 2014. Peningkatan Keseimbangan Postural Menggunakan Pengukuran Berg Balance Scale (BBS) Pada Lansia. *Journal of Sport Sciences and Fitness*, 4(1), 1-10.
- Racmawati, Y., Maylasari, I., Wilson, H., Nugroho, S. W., Sulistyowati, N. P., & Dewi, F. W. R. 2020. *Statistik Penduduk Lanjut usia*. Badan Pusat Statistik.
- Rowles, G. D., & Bernard, M. 2013. *Environmental Gerontology: Making Meaningful Places in Old Age* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Savitri, N. A., Sukmaningtyas, W., & Wibowo, T. H. 2022. Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia dengan Rheumatoid Arthritis dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL). *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(2), 155-159. <https://doi.org/10.26699/jnk.v1i2.art.p155-159>
- Singal, C. P., Jaata, J., Hamzah, H., & Amir, E. E. S. 2022. Hubungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Keseimbangan Tubuh Pada Lansia Diposyandu Lansia. *Journal Nursing Inside Community*, 5, 43. <https://eprints.umm.ac.id/46117/>

- Siregar, R., Gultom, R., & Sirait, I. I. 2020. Pengaruh Latihan Jalan Tandem terhadap Keseimbangan Tubuh Lansia untuk mengurangi Resiko Jatuh di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai Sumatera Utara Effects of Tandem Walking Exercise on Elderly Body Balance to Reduce Falling Risk at UPT Binjai Elderl. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(1), 2615–109. <http://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/697>
- Widyantoro, W., Widhiastuti, R., & Atlantika, A. P. 2021. Hubungan Antara Demensia Dengan Activity of Daily Living (Adl) Pada Lanjut Usia. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 5(2), 77–85. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v5i2.3698>
- Wulandari, R. 2014. Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan ADL (Activity Daily Living). *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 1(2), 155–159. <https://doi.org/10.26699/jnkv1i2.art.p155-159>
- Yuliana, S., Adiatmika, I. P. G., Irfan, M., & Al Hazmi, D. F. D. I. 2014. Pelatihan Kombinasi Core Stability Exercise dan Ankel Strategy Exercise Tidak Lebih Meningkatkan Keseimbangan Statis Pada Mahasiswa S1 Fisioterapi STIKES Aisyiyah Yogyakarta. *Sport and Fitnes Journal*, 2(2), 63–73.

BIODATA PENULIS



Dewi Rury Arindari, S.Kep., Ners., MNS

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang

Penulis lahir pada 12 Oktober 1987 di Talang Ubi, Kabupaten Muara Enim, Sumatera Selatan. Pendidikan tinggi diselesaikan tahun 2009 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan profesi Ners (2010) di PSIK FK Universitas Sriwijaya dan pada tahun 2016 berhasil memperoleh gelar Master of Nursing Science (MNS) di Kasetsart University, Thailand, major field “Family and Community Health Nursing”. Penulis aktif melakukan kegiatan tri dharma perguruan tinggi, meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Prestasi yang pernah diraih antara lain sebagai 1). Presenter International Conference di Bangkok, Thailand; 2). Lulus Beasiswa Luar Negeri (BLN) dari Kemenristekdikti; 3). Sertifikat hipnoterapist (CH dan CHt); 4). Lulus sertifikasi dosen professional; 5). Pemenang hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) oleh kemenristekdikti pada tahun 2019 dan 2020; 6). Terbaik ke-III Perawat Pendidik berprestasi Kota Palembang.

Email penulis: dewirury2018@gmail.com

dewirury@stikes-sitikhadijah.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Suprpto, S.Kep., M.Kes
Dosen Politeknik Sandi Karsa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan profesi Ners dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2012. Kemudian penulis menyelesaikan studi Magister Kesehatan pada tahun 2013 dan pada tahun 2021 penulis menyelesaikan Program Doktorat. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu penulis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif sebagai editor in chief, review jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi serta menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menekuni menjadi Dosen, LLDIKTI 9 memberikan penghargaan sebagai salah satu Dosen Tetap Yayasan dengan masa pengabdian 10 tahun pada

tahun 2022. Email; atoenurse@gmail.com,
<https://www.researchgate.net/profile/Suprpto-Suprpto-10>

BIODATA PENULIS



Ns. Rentawati Purba, S.Kep, M.Kes

Dosen Tetap Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua

Penulis lahir di Sibutuon Kabupaten Tapanuli Utara Provinsi Sumatera Utara pada tanggal 30 November 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua.

BIODATA PENULIS



Ns. Uji Kawuryan, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalbar

Penulis lahir di Sungai Pinyuh pada tanggal 28 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat Sejak tahun 2010 sampai dengan sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada jurusan keperawatan pada tahun 2008, kemudian menyelesaikan pendidikan Profesi Ners pada tahun 2010 di Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. Penulis adalah dosen keperawatan dengan departemen keilmuan Jiwa Komunitas, aktif menjadi anggota IPKJI Kalimantan Barat dan menjadi pengurus DPD PPNI KKR sejak tahun 2021 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Isymiarni Syarif, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar

Penulis lahir di Somba tanggal 25 Januari 1985. Penulis adalah dosen DPK pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Makassar (UIM). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIK GIA Makassar serta S2 pada Jurusan Epidemiologi, Universitas Hasanuddin. saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan di jenjang Doctoral Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Aktivitas lainnya penulis adalah menekuni bidang Menulis serta penulis aktif dalam berorganisasi baik organisasi formal maupun non formal yang merupakan bagian dari hobi penulis. Untuk bersilaturahmi dengan penulis, bisa mengirim email ke alamat isymiarnisyarif@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Penyinggahan tanggal 20 April 1978. Penulis adalah dosen tetap di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Penulis memulai pendidikan keperawatan sejak tahun 1997 di Akademi Keperawatan (AKPER) Depkes Samarinda dan berhasil lulus pada tahun 2000. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan Profesi Ners pada tahun 2007. Melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan di tahun 2011 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), dan berhasil menyelesaikan studi S2 pada tahun 2014 dengan peminatan/keilmuan keperawatan komunitas. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan komunitas, keluarga dan gerontik. Selain peneliti, penulis juga menulis buku chapter tentang Keperawatan Transkultural, Asuhan Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

BIODATA PENULIS



Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep
Dosen Program Studi Keperawatan
Universitas Indonesia Maju Jakarta

Lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Cirebon, Diploma III Keperawatan di Poltekkes Bogor, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994–1995, di RS PMI Bogor tahun 1995-2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017–2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.