

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Lansia**

##### **1. Definisi**

Menurut UU RI No. 4 tahun 1965 usia lanjut adalah mereka yang berusia 55 tahun keatas. Menurut dokumen yang dicanangkan pada tanggal 29 mei 1996 oleh Presiden RI, batas usia lanjut adalah 60 tahun.

Penggolongan lansia:

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

(Wahyunita VD, Fitrah.2010 )

UU No 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukan lah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Untari I, 2018)

Lansia merupakan tahap akhir dalam kehidupan manusia. Pada tahap ini manusia akan mengalami penurunan kemampuan kerja tubuh akibat penurunan dan fungsi organ tubuh. Proses menua adalah perubahan yang

terkait waktu bersifat universal, progresif dan detrimental. Kemudian menyebabkan kemampuan beradaptasi dengan lingkungan dan kemampuan bertahan hidup berkurang (Kurnianto D, 2015)

## **2. Batasan Usia Lanjut**

- a. Pra usia lanjut (*praisenilis*): 45-59 tahun
- b. Usia lanjut: 60 tahun keatas
- c. Usia lanjut risiko tinggi: 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Usia lanjut potensial: usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
- e. Usia lanjut tidak potensial: usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

(Maryam RS, DKK., 2010)

## **3. Teori Sosialogis Dalam Proses Penuaan**

- a. Teori interaksi sosial: kemampuan untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuan bersosialisasi.
  - b. Teori aktivitas atau kegiatan:
    - 1) lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial
    - 2) Lansia akan merasa puas jika beraktivitas selama mungkin
    - 3) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup lansia
    - 4) Mempertahankan hubungan antara usia pertengahan dengan lansia
- (Untari I, 2018)

#### 4. Masalah Kesehatan Pada Lansia

##### a. Aktivitas Yang Berkurang

Masalah yang muncul pada lansia disebabkan oleh faktor internal atau dalam tubuh individu itu sendiri dan faktor eksternal yang berasal dari lingkungan. Kemudian mengakibatkan aktivitas tidak berjalan maksimal dan dipengaruhi oleh gangguan tulang karena osteoposis, sendi dan otot tubuh, penyakit kardiovaskuler, dan pembuluh darah (Fatimah, 2010)

##### b. Ketidakseimbangan Tubuh

Keluhan pada lansia muncul karena menurunnya fungsi organ tubuh didalam dirinya maupun karena faktor dari luar tubuh, seperti faktor lingkungan, sehingga menyebabkan lansia akan mudah jatuh (Fatimah, 2010)

##### c. *Inkontinence Urin* dan *Inkontinence Alvi*

*Inkontinence urin* adalah masalah umum yang sering muncul pada lansia yaitu ketidakmampuan menahan air kencing atau sering disebut dengan besar. Menimbulkan terjadinya masalah kesehatan yaitu berupa batu ginjal. Dan untuk mencegahnya biasanya meminimalisir asupan cairan, tanpa disadari itu akan membuat tubuh mereka menjadi dhidrasi dan berkurangnya kemampuan kandung kemih. Selain itu masalah yang sering muncul adalah bak disertai dengan buang air besar atau sering disebut *inkontinence alvi* yaitu suatu keadaan feses

yang keluar tidak disadari karena ketidakmampuan mengendalikan fungsi eksketoriknya (Fatimah, 2010)

d. Gangguan Saraf Dan Otot

Gangguan saraf dan otot pada lansia akan menyebabkan gangguan dalam berkomunikasi secara verbal, gangguan kulit berupa berkurangnya elastisitas kulit maupun berurangnya hormon kolagen yang menyebabkan kulit kering, rapuh dan rusak (Fatimah, 2010)

e. Sulit Buang Air Besar (*Konstipasi*)

Disebabkan karena menurunnya motilitas usus dan disebabkan karena pengaruh makanan, kurangnya aktivitas, dehidrasi atau karena pengaruh obat (Fatimah, 2010)

f. Penurunan Imunitas Tubuh (Kekebalan Tubuh)

Terjadi karena penurunan fungsi organ tubuh, kekurangan gizi yang seimbang, penyakit yang menahun, ataupun penggunaan obat (Fatimah, 2010)

g. Impoten

Terjadi karena kurangnya aliran darah kedalam alat kelamin karena kekakuan dinding pembuluh darah serta berkurangnya kepekaan terhadap rangsangan dari luar (Fatimah, 2010)

h. Penuaan Kulit

Terjadi karena makin tipisnya kulit disertai makin meningkatnya jumlah umur serta semakin longgarnya lapisan lemak dibawah kulit (Fatimah, 2010)

i. Mudah Lelah

Disebabkan oleh faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan, atau depresi), gangguan organis misalnya anemia, kurang vitamin, perubahan tulang (osteomalasia), gangguan pencernaan, kelainan metabolisme (DM, Hipertiroid), uremia, gangguan hati, darah dan jantung, dan pengaruh dari obat-obatan (Untari I, 2018)

j. Gangguan Kardiovaskuler

Terjadi seperti nyeri dada, sesak nafas, palpitasi / berdebar-debar.  
(Untari I, 2018)

k. Nyeri atau Ketidaknyamanan

Biasanya terjadi nyeri pada pinggang dan punggung akibat gangguan sendi pinggul, kelainan tulang sendi, kelainan pada saraf punggung.  
(Untari I, 2018)

l. Kesemutan Pada Anggota Badan

Disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah lokal, gangguan persarafan umum (gangguan pada kontrol), gangguan persarafan lokal pada anggota badan (Untari I, 2018)

## **B. Konsep Penyakit Diabetes Mellitus**

### **1. Definisi**

- a. Diabetes mellitus adalah penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin. Insulin dibutuhkan dalam tubuh untuk metabolisme dan pertumbuhan sel (Tarwoto, 2016)
- b. Diabetes mellitus adalah keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen). Ditandai berbagai kelainan metabolik yaitu kelainan metabolik akibat gangguan hormonal (Aini N, 2016)
- c. Diabetes mellitus merupakan penyakit yang memerlukan manajemen diri yang baik berupa lima pilar manajemen diabetes yaitu melalui edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, intervensi farmakologis, dan kontrol glukosa darah (Setyoadi Dkk, 2018)
- d. Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati. (Yuliana elin, 2009)

## **2. Etiologi**

Diabetes mellitus disebabkan oleh berbagai faktor yaitu :

- a. Keturunan
- b. Imunologi
- c. Lingkungan
- d. Obesitas
- e. Usia

(Nurarif , 2015)

## **3. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinik diabetes mellitus adalah :

- a. Kadar glukosa puasa tidak normal
- b. Hiperglikemi berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia)
- c. Polifagia( rasa lapar yang terus menerus), BB berkurang
- d. Lelah dan ngantuk
- e. Kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva.

(Nurarif , 2015)

## **4. Klasifikasi diabetes mellitus**

Menurut WHO (World Health Organization) diabetes mellitus dibagi menjadi dua type yaitu Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

disebut diabetes mellitus tipe 1 dan Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) disebut dengan diabetes tipe 2.

**Tabel 2.1 Klasifikasi diabetes**

<b>Klasifikasi klinis</b>	<b>Klasifikasi resiko statistic</b>
Tipe I: IDDM : Destruksi sel beta pulau langerhans akibat proses autoimun	Sebelumnya pernah memiliki kelainan toleransi glukosa
Tipe II: NIDDM: kegagalan reaktif sel beta dan resistensi urin. Retensi urin: menurunnya kemampuan urin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer atau menghambat produksi glukosa dihati	Berpotensi kelainan glukosa (memiliki riwayat keluarga yang menderita diabetes mellitus)

(Nurarif, 2015)

## **5. Patofisiologi**

### **a. Hiperglikemia**

Keadaan patologi diabetes mellitus akan menyebabkan kelemahan sehingga akan terjadi keletihan akibat penumpukan glukosa dalam darah (hiperglikemia) yang ditimbulkan karena kadar insulin dalam tubuh menurun atau tidak dapat mengolah glukosa menjadi bahan energi (glikogen), yang apabila masih ada sisa maka akan di simpan di dalam sel hati dan sel otot sebagai massa sel otot, untuk dipergunakan saat tubuh membutuhkan lebih banyak energy (Aini N, 2016)

### **b. Hiperosmolaritas**

Suatu keadaan dengan kelebihan tekanan osmotik pada plasma darah karena adanya peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah, yang akan mengakibatkan menurunnya kemampuan ginjal untuk memfiltrasi dan reabsorpsi urin hingga menyebabkan glukosa banyak keluar

melalui urin (glukosuria). Dan menyebabkan partisipan dengan diabetes mellitus berkeinginan BAK terus menerus, dan menimbulkan kelelahan akibat tidak adanya glukosa yang tersaring melalui darah untuk menjadi bahan energi didalam tubuh (Aini N, 2016)

c. Starvasi seluler

Kondisi kelaparan karena glukosa sulit masuk kedalam sel walau ada banyak glukosa di sekeliling sel. Sehingga akan menyebabkan terjadinya kompensasi seluler agar dapat mempertahankan fungsi sel, serta mengakibatkan terjadinya penurunan kemampuan sel otot untuk memetabolisme cadangan glikogen jika tidak dapat memecah glukosa, mungkin juga akan menggunakan asam lemak bebas (keton) dan akan berdampak pada penurunan massa otot, dan perasan mudah lelah.

(Aini N, 2016)

## 6. Pemeriksaan Penunjang

a. Kadar glukosa darah

**Tabel 2.2**  
**Kadar Glukosa Darah Sewaktu Dan Puasa Dengan Metode Enzimatik**

Kadar Glukosa Darah Sewaktu (mg/dl)		
<b>Kadar Glukosa Darah Sewaktu</b>	<b>DM</b>	<b>Belum pasti DM</b>
Plasma vena	>200	100-200
Darah kapiler	>140	80-100

Kadar Glukosa Darah Puasa (mg/dl)

<b>Kadar Glukosa Darah puasa</b>	<b>DM</b>	<b>Belum pasti DM</b>
Plasma vena	>120	110-120
Darah kapiler	>110	90-110

(Nurarif,2015)

- b. Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus adalah:
- 1) Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1mmol/L)
  - 2) Glikosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L)
  - 3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil dua jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75gr karbohidrat (2 jam post prandial(pp > 200 mg/dl)
- c. Tes laboratorium dm : berupa tes saring, tesdiagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.
- d. Tes saring:
- 1) Gdp, gds
  - 2) Tes glukosa urin: tes konvensional (metode reduksi/*benedict*) dan tes carik celup (*metode glukos oxidase/hexomkinase*)
- e. Tes diagnostik: GDP,GDS, GD2PP dan glukosa jam ke-2 TTGO
- f. Tes monitoring terapi
- 1) GDP: plasma vena, darah kapiler
  - 2) GD2 PP: plasma vena
  - 3) A1c : darah vena, darah kapiler

g. Tes untuk mendeteksi komplikasi

- 1) Mikroalbinuria: urin
- 2) Ureum, kreatinin, asam urat
- 3) Kolesterol total: plasma vena (puasa)
- 4) Kolesterol LDL: plasma vena (puasa)
- 5) Trigliserida: plasma vena (puasa)

(Aini N, 2016)

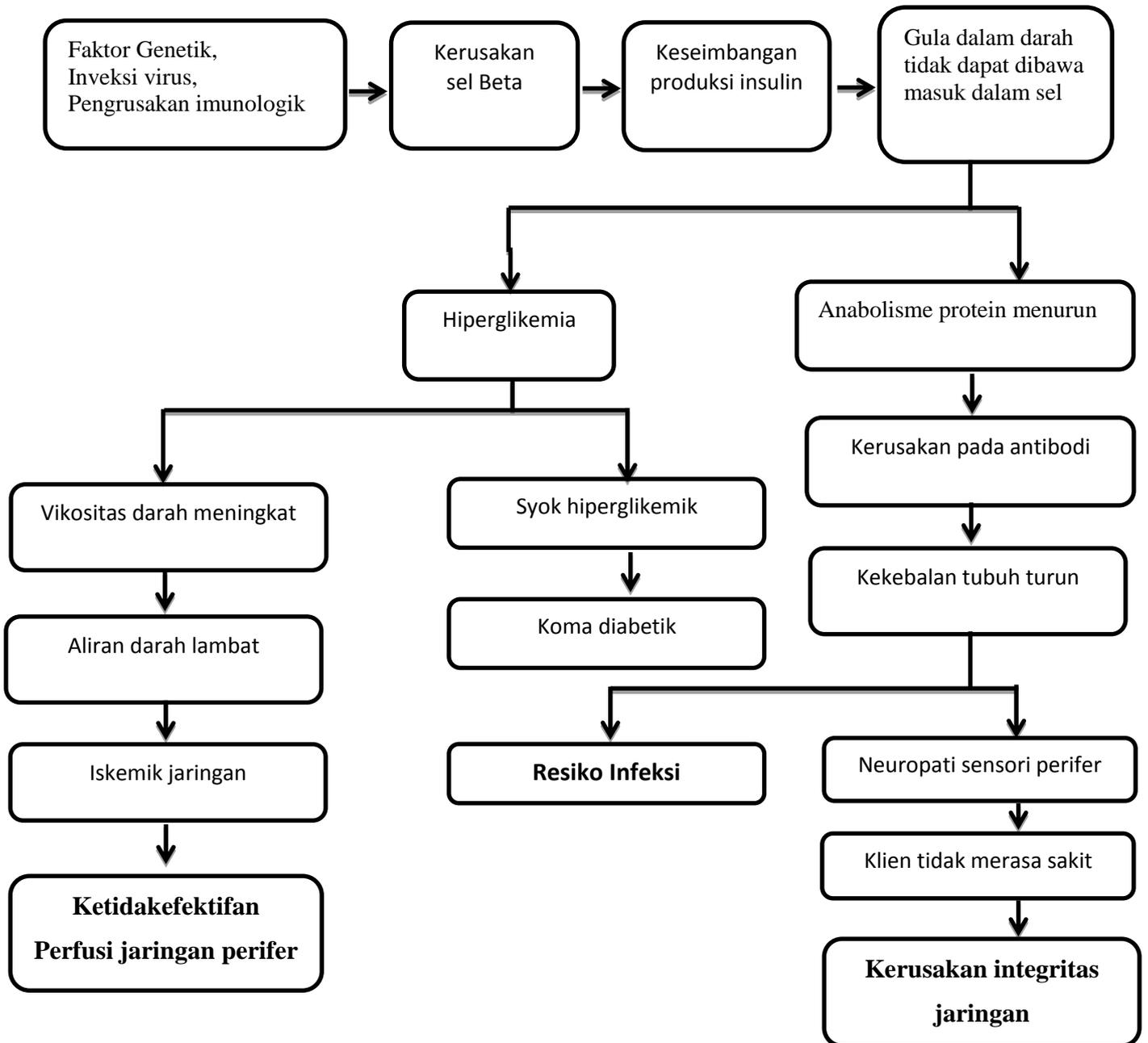
## **7. Penatalaksanaan**

Insulin pada DM diperlukan dalam keadaan:

- a. Penurunan berat badan yang cepat
- b. Hiperglikemia yang disertai ketosis
- c. Ketoasidosis diabetik (KAD) atau hiperglikemia hipersomolar non ketotik (HONK)
- d. Hiperglikemia dengan asidosis laktat
- e. Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- f. Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke)
- g. Kehamilan dengan DM gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
- h. Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- i. Kontra indikasi dan atau alergi terhadap OHO

(Aini N, 2016)

## 8. Pathway



(Nurarif,2015)

## **C. Konsep Senam Kaki**

### **1. Definisi**

Senam adalah latihan fisik yang dipilih dan diciptakan dengan terencana, disusun secara sistematis dengan tujuan membentuk dan mengembangkan pribadi secara harmonis (Probosuseno, dikutip dalam Nasution, 2010).

Senam kaki adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan penderita diabetes untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah pada kaki (Sumosarjuno, dikutip dalam Nasution, 2012).

### **2. Tujuan**

Adapun tujuan yang diperoleh setelah melakukan senam kaki ini adalah:

- a. Memperbaiki sirkulasi darah
- b. Memperkuat otot-otot kecil
- c. Mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki
- d. Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha
- e. Mengatasi keterbatasan gerak sendi

(Wibisono, dikutip dalam, Nasution, 2010).

### **3. Indikasi dan Kontra indikasi**

a. Indikasi dari senam kaki ini dapat diberikan kepada seluruh penderita Diabetes mellitus dengan tipe 1 maupun 2. Namun sebaiknya diberikan sejak pasien didiagnosa menderita Diabetes Melitus sebagai tindakan pencegahan dini.

b. Kontra indikasi, klien yang mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispnea atau nyeri dada. Orang yang depresi, khawatir atau cemas.

(Kamariyahs, 2011)

### **4. Prosedur**

Alat yang harus dipersiapkan, yaitu kertas koran 2 lembar, kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk), prosedur pelaksanaan senam. Persiapan bagi klien adalah kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki. Lingkungan yang mendukung perlu diperhatikan seperti lingkungan yang nyaman bagi pasien, menjaga privasi pasien.

Langkah-langkah pelaksanaan senam kaki (Kamariyahs, 2011):

a. Perawat mencuci tangan

b. Posisikan pasien duduk tegak diatas bangku dengan kaki menyentuh lantai

c. Dengan meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas lalu dibengkokkan kembali ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali.

- d. Dengan meletakkan tumit salah satu kaki dilantai, angkat telapak kaki ke atas. Pada kaki lainnya, jari-jari kaki diletakkan di lantai dengan tumit kaki diangkat ke atas. Dilakukan pada kaki kiri dan kanan secara bergantian dan diulangi sebanyak 10 kali.
- e. Tumor kaki diletakkan di lantai. Bagian ujung kaki diangkat ke atas dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali..
- f. Jari-jari kaki diletakkan dilantai.Tumor diangkat dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali.
- g. Angkat salah satu lutut kaki, dan luruskan. Gerakan jari-jari kedepan turunkan kembali secara bergantian kekiri dan ke kanan. Ulangi sebanyak 10 kali.Gambar
- h. Luruskan salah satu kaki diatas lantai kemudian angkat kaki tersebut dan gerakkan ujung jari kaki kearah wajah lalu turunkan kembali ke lantai.
- i. Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi langkah ( h), namun gunakan kedua kaki secara bersamaan. Ulangi sebanyak 10 kali.
- j. Angkat kedua kaki dan luruskan, pertahankan posisi tersebut. Gerakan pergelangan kaki kedepan dan kebelakang.
- k. Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udara dengan kaki dari angka 0 hingga 10 lakukan secara bergantian
- l. Letakkan sehelai koran dilantai. Bentuk kertas itu menjadi seperti bola dengan kedua belah kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi lembaran

seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan hanya sekali saja.

- (1) Lalu robek koran menjadi 2 bagian, pisahkan kedua bagian koran.
- (2) Sebagian koran di sobek-sobek menjadi kecil-kecil dengan kedua kaki
- (3) Pindahkan kumpulan sobekan-sobekan tersebut dengan kedua kaki, lalu letakkan sobekkan kertas pada bagian kertas yang utuh.
- (4) Bungkus semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.

m. Hal yang di Evaluasi Setelah Tindakan Setelah melakukan senam kaki evaluasi pasien apakah pasien dapat menyebutkan kembali pengertian senam kaki, dapat menyebutkan kembali 2 dari 4 tujuan senam kaki, dan dapat memperagakan sendiri teknik-teknik senam kaki secara mandiri.

n. Dokumentasi Tindakan

Perhatikan respon pasien setelah melakukan senam kaki. Lihat tindakan yang dilakukan klien apakah sesuai atau tidak dengan prosedur, dan perhatikan tingkat kemampuan klien melakukan senam kaki (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia**

### **A. Pengertian**

Keperawatan gerontik adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang profesional dengan menggunakan ilmu dan kiat keperawatan gerontik, mencakup biopsikososial dan spiritual, di mana klien adalah orang yang berusia lebih dari 60 tahun, baik yang kondisinya sehat maupun sakit (Maryam dkk, 2008).

Asuhan keperawatan lanjut usia (lansia) adalah suatu rangkaian kegiatan dari proses keperawatan yang ditujukan kepada usia lanjut. Kegiatan tersebut meliputi pengkajian dengan memerhatikan kebutuhan biologis/fisik, psikologis, kultur, dan spiritual; menganalisa suatu masalah kesehatan/keperawatan dan membuat diagnosis keperawatan; membuat perencanaan; melaksanakan perencanaan dan terakhir melakukan evaluasi. (Maryam dkk, 2010).

### **B. Tujuan Pemberian Asuhan**

1. Mempertahankan kesehatan serta kemampuan melalui jalan perawatan dan pencegahan.
2. Membantu mempertahankan serta memperbesar semangat hidup klien usila.
3. Menolong dan merawat klien lansia yang menderita penyakit.
4. Meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan proses keperawatan

5. Melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan upaya promotif, preventif dan rehabilitatif.

### **C. Sasaran**

Sasaran asuhan keperawatan pada lansia adalah klien usia lanjut yang berada di keluarga, panti (sebagai individu atau kelompok), maupun kelompok masyarakat (Posyandu Lansia/ Posbindu/ Karang Werdha).

### **D. Faktor-faktor Yang Harus Dipertimbangkan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada lansia merupakan proses yang kompleks dan menantang. Oleh karena itu, ada faktor-faktor yang harus dipertimbangkan

1. Hubungan timbal balik antara aspek fisik dan psikososial dari lansia. Aspek dan psikososial saling berhubungan dan mempengaruhi.
2. Efek dari penyakit dan *disability* (ketidakmampuan/keterbatasan) pada status fungsional.
3. Menurunnya efisiensi dari mekanisme homeostatis. Contoh Respon terhadap stress menurun sehingga mudah terinfeksi, dan sulit menghadapi kematian pasangan.
4. Kurang/belum adanya standar keadaan sehat atau sakit dari klien.
5. Perubahan respon terhadap penyakit dimana tanda dan gejalanya tidak spesifik.
6. Kerusakan fungsi kognitif. Contoh : Memory Loss (pelupa), bingung.

## **E. Hal-hal Yang Perlu Mendapat Perhatian Dalam Menjalin Hubungan Dengan Lansia**

### **1. Lingkungan (Fisik Dan Psikologis)**

- a. Siapkan *space* (area) yang adekuat. Contoh: klien di kursi roda. Suasana tenang, tidak ribut/bising. Contoh: suara TV dan radio dkecilkan.
- b. Nyaman, tidak panas.
- c. Gunakan cahaya yang agak redup, hindari cahaya langsung
- d. Tempatkan pada posisi yang nyaman bila berganti posisi atau tanyakan apakah ingin di tempat tidur
- e. Sediakan waktu yang cukup dan air minum.
- f. Privacy harus dijaga.
- g. Perhitungkan tingkat energi dan kemampuan klien.
- h. Sabar, rileks dan tidak terburu-buru. Beri klien waktu untuk menjawab pertanyaan.
- i. Perhatikan tanda-tanda kelelahan ( mengeluh, respon menjadi lambat, mengerut, tersinggung) Rencanakan apa yang akan dikaji.
- j. Melakukan pengkajian pada saat energi klien meningkat. Contoh: sehabis makan.

### **2. Interviewer (Sikap Perawat : Perasaan, Nilai, Kepercayaan)**

- a. Mitos-mitos seputar lansia harus disadari
- b. Menjelaskan tujuan wawancara

- c. Menggunakan berbagai teknik untuk mengimbangi kebutuhan pengumpulan data dengan kepentingan klien
- d. Mencatat data harus seizin klien
- e. Pada awal interaksi perawat harus merencanakan bersama klien cara yang paling efektif dan nyaman. Menggunakan sentuhan
- f. Sesuaikan situasi dan kondisi wawancara.

### **3. Klien**

Beberapa kultur yang mempengaruhi kemampuan klien untuk berpartisipasi sangat berarti dalam wawancara.

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses penuaan:

- a. Hereditas.
- b. Nutrisi.
- c. Status Kesehatan.
- d. Pengalaman hidup.
- e. Lingkungan.
- f. Stress.

Perawat harus menyadari faktor-faktor ini karena kemampuan lansia untuk mengkomunikasikan semua informasi penting sangat ditentukan oleh kelengkapan dan kesesuaian wawancara.

## **F. Proses Keperawatan Lanjut Usia**

### **1. Pengkajian**

Status kesehatan pada usia lanjut dikaji secara komprehensif, akurat dan sistematis. Informasi yang dikumpulkan selama pengkajian harus dapat dipahami dan didiskusikan dengan anggota tim, keluarga klien dan pemberi pelayanan interdisipliner.

Tujuan dari melakukan pengkajian adalah untuk menentukan kemampuan klien dalam memelihara diri sendiri, melengkapi data dasar untuk membuat rencana perawatan, memberi waktu pada klien untuk berkomunikasi. Pengkajian ini meliputi aspek fisik, psikis, sosial dan spiritual dengan melakukan kegiatan pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

Pengkajian pada lansia yang ada di keluarga dilakukan dengan melibatkan keluarga sebagai orang terdekat yang mengetahui tentang masalah kesehatan lansia. Sedangkan pengkajian pada kelompok lansia di Panti ataupun di masyarakat dilakukan dengan melibatkan penanggungjawab kelompok lansia, kadem kesehatan, tokoh masyarakat serta petugas kesehatan. Format pengkajian yang digunakan adalah format pengkajian pada lansia yang dikembangkan sesuai dengan keberadaan lansia. Format pengkajian yang dikembangkan minimal terdiri dari data dasar (Identitas, alamat, usia, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa), data bio, psiko, sosial, spiritual, kultural,

lingkungan, status fungsional, fasilitas penunjang kesehatan yang ada serta pemeriksaan fisik

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Perawat menggunakan hasil pengkajian untuk menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan dapat berupa diagnosis keperawatan individu, diagnosis keperawatan keluarga dengan lansia, ataupun diagnosis keperawatan pada kelompok lansia.

Masalah keperawatan yang dijumpai antara lain Gangguan nutrisi kurang/lebih; Gangguan persepsi sensorik pendengaran, penglihatan, Kurangnya perawatan diri, Intoleransi aktivitas, Gangguan pola tidur, Perubahan pola eliminasi, Gangguan mobilitas fisik, Risiko injury, Isolasi sosial menarik diri; Harga diri rendah, Cemas, Reaksi berduka, Marah, Penolakan terhadap proses penuaan.

## **3. Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan membantu klien memperoleh dan mempertahankan kesehatan pada tingkatan yang paling tinggi. Kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai, demikian juga halnya untuk menghadapi kematian secara damai. Rencana dibuat untuk keberlangsungan pelayanan dalam waktu yang tak terbatas, sesuai dengan respon atau kebutuhan klien Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menyusun rencana keperawatan adalah :

- a. Sesuaikan dengan tujuan yang spesifik dimana diarahkan pada pemenuhan kebutuhan dasar.

- b. Libatkan klien dan keluarga dalam perencanaan
- c. Kolaborasi dengan profesi kesehatan yang terkait.
- d. Tentukan prioritas. Klien mungkin sudah puas dengan kondisi ini, bangkitkan perubahan tetapi jangan dipaksakan, rasa aman dan nyaman adalah yang utama.
- e. Sediakan cukup waktu untuk klien.
- f. Dokumentasikan rencana keperawatan yang telah dibuat.

#### **4. Tindakan Keperawatan**

Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana perawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan untuk memelihara kemampuan fungsional lansia dan mencegah komplikasi serta meningkatkan ketidakmampuan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada lansia antara lain:

- a. Menumbuhkan dan membina hubungan saling percaya misalnya dengan memanggil nama klien.
- b. Menyediakan penerangan yang cukup: cahaya matahari, ventilasi rumah, hindarkan dari cahaya yang silau, penerangan di kamar mandi, dapur dan ruangan lain sepanjang waktu.
- c. Meningkatkan rangsangan panca indera melalui buku-buku yang dicetak besar, berikan warna yang dapat dilihat.
- d. Mempertahankan dan melatih daya orientasi realitas melalui kalender, jam, foto-foto, banyaknya jumlah kunjungan.

- e. Memberikan perawatan sirkulasi dengan cara hindarkan pakaian yang sempit; mengikat/menekan, merubah posisi, dorong untuk melakukan aktifitas, melakukan penggosokkan pelan-pelan waktu mandi.
- f. Memberikan perawatan pernafasan dengan cara bersihkan hidung, lindungi dari angin, tingkatkan aktivitas pernafasan dengan latihan nafas dalam, (latihan batuk). Hati-hati dengan terapi oksigen, perhatikan tanda-tanda gelisah, keringat berlebihan, gangguan penglihatan, kejang otot, dan hipotensi
- g. Memberikan perawatan pada organ pencernaan dengan cara beri makan porsi kecil tapi sering, beri makan yang menarik dan dalam keadaan hangat, sediakan makanan yang disukai, makanan yang cukup cairan, banyak makan sayur dan buah, berikan makanan yang tidak membentuk gas, sikap fowler waktu makan
- h. Memberikan perawatan genitourinaria dengan cara cegah inkontinensia dengan menjelaskan dan dorong klien untuk BAK tiap 2 jam, observasi jumlah urine pada waktu mau tidur. Untuk seksualitas, sediakan waktu untuk konsultasi.
- i. Memberikan perawatan kulit dengan cara untuk mandi gunakan sabun yang mengandung lemak, hindari menggosok kulit dengan keras, potong kuku tangan dan kaki, hindari menggaruk dengan keras, berikan pelembab (lotion) untuk kulit. Memberikan perawatan muskuloskeletal melalui cara ber gerak dengan keterbatasan, rubah

posisi tiap 2 jam, cegah osteoporosis dengan latihan, lakukan latihan aktif/pasif, anjurkan/dorong keluarga untuk membuat klien mandiri.

- j. Memberikan perawatan psikososial dengan cara jelaskan dan dorong untuk sosialisasi, bantu dalam memilih dan mengikuti aktivitas, fasilitasi pembicaraan, sentuhan pada tangan untuk memelihara rasa percaya, berikan penghargaan, empati.
- k. Memelihara keselamatan dengan cara usahakan agar pagar tempat tidur (pengaman) tetap dipasang, posisi tempat tidur yang rendah, kamar dan lantai tidak berantakan dan licin, cukup penerangan, bantu untuk berdiri, berikan penyangga pada waktu berdiri bila diperlukan.

## **E. Konsep Asuhan Keperawatan dengan penyakit DM Pada Lansia**

### **1. Pengkajian**

Menurut Nursalam (2013) pengkajian adalah pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu sistem adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi : fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Serta stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang berdampak terhadap klien. Pengkajian meliputi:

#### **a. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

Identitas partisipan yang dapat dikaji pada penyakit DM salah satunya adalah usia, karena dm banyak terjadi pada partisipan yang berusia diatas 60 tahun.

2) Keluhan utama

Keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan partisipan sampai perlu pertolongan

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan partisipan dari timbulnya keluhan utama pada gangguan sistem kardiovaskuler sampai pada saat pengkajian

4) Riwayat penyakit dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Tentang pengobatan lalu dan riwayat alergi, riwayat keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, serta status perkawinan dan kondisi kehidupan

5) Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa yang bisa dilakukan diantaranya: pola nutrisi dan cairan, pola eliminasi, kebutuhan rasa aman, pola personal hygiene, pola istirahat tidur, pola aktivitas dan latihan, dan pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) pemeriksaan umum yang meliputi pemeriksaan kesadaran, dan vital sign

2) pemeriksaan fisik per sistem meliputi pemeriksaan sistem penglihatan, sistem pendengaran, sistem wicara, sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem neurologi

c. Pengkajian khusus apgar gerontik

**1) Masalah Kesehatan Kronis**

**2) Mini Nutrition Assessment (MNA)**

Mini Nutritional Assessment (MNA) merupakan salah satu alat ukur yang digunakan untuk menskrining status gizi pada lansia. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah seorang lansia mempunyai resiko mengalami malnutrisi akibat penyakit yang diderita dan atau perawatan di rumah sakit

**3) Berg Balance Scale (BBS)**

Tes klinis yang banyak digunakan untuk mengukur kemampuan keseimbangan statis dan dinamis seseorang yang terdiri dari 14 perintah yang dinilai dengan menggunakan skala ordinal Tujuan Untuk mengukur keseimbangan baik secara statis maupun dinamis pada lansia dan menentukan risiko jatuh pada lansia (rendah, sedang, atau tinggi)

**4) Morse Fall Scale (MFS)**

Morse fall scale (MFS) merupakan salah satu instrument yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh.

### **5) Mini mental state exam (MMSE)**

Dalam pemeriksaan neuropsikologi pasien, penilaian penurunan derajat kognitif harus menggunakan test MMSE (Mini Mental State Exam), dimana test itu memberikan penilaian mental dan perilaku pasien yang meliputi lima bagian pokok yaitu: 1. Atensi 2. Bahasa 3. Memori 4. Visual ruang 5. Fungsi eksekutif

Nilai MMSE dipengaruhi dipengaruhi oleh faktor sosio demografi, behavior dan lingkungan. MMSE menilai fungsi-fungsi kognitif secara kuantitatif dengan skor maksimal adalah 30.

### **6) Geriatric Depression Scale (GDS)**

Geriatric Depression Scale (GDS) merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut.

### **7) Pengukuran Activity of Daily Living (ADL) dengan Barthel**

#### **Indeks**

Index Brthel adalah suatu index untuk mengukur kualitas hidup seseorang dilihat dari kemampuan melakukan aktivitas ehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living, ADL*) secara mandiri. Index Barthel berfungsi untuk mengukur kemandirian fungsional dalam perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional pasien gangguan keseimbangan (Dewi F, 2020).

## **8) Pengukuran Activity of Daily Living (ADL) dengan Kats**

### **Indeks**

Pengkajian ini menggunakan indeks kemandirian Katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal 1) makan, 2) BAB atau BAK, 3) berpindah, 4) ke kamar kecil, 5) mandi dan berpakaian

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah hasil pengkajian untuk menentukan masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat berupa diagnosis keperawatan individu, diagnosis keperawatan keluarga dengan lansia, ataupun diagnosis keperawatan kelompok lansia (Tarwoto, 2016)

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada DM diantaranya :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani
- b. Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes mellitus)
- c. Retensi urine b.d inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan poliuri
- d. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (DM)
- e. Resiko Ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi

### 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah rancangan tindakan yang disusun perawat bersama lansia untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah terdiagnosa. Rencana keperawatan membantu partisipan memperoleh dan mempertahankan kesehatan pada tingkatan yang paling tinggi, kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai, demikian juga halnya untuk menghadapi kematian secara damai. Rencana dibuat untuk keberlangsungan pelayanan dalam waktu yang tak terbatas, sesuai dengan respon atau kebutuhan partisipan (Nursalam, 2013)

**Tabel 2.3**

#### **Rencana Keperawatan Pada Diabetes Melitus**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p><b>Katidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</b></p> <p><b>Definisi:</b> asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kram abdomen</li> <li>2. Nyeri abdomen</li> <li>3. Menghindari makanan</li> <li>4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>5. Kerapuhan kapiler</li> <li>6. Diare</li> <li>7. Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>8. Bising usus hiperaktif</li> <li>9. Kurang makanan</li> <li>10. Kurang informasi</li> <li>11. Kurang minat pada makanan</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi adekuat (status nutrisi: asupan makanan, cairan dan zat gizi) adekuat dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Manajemen nutrisi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>5. Beri substansi gula</li> <li>6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk</li> </ol>

	<p>12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</p> <p>13. Kesalahan konsepsi</p> <p>14. Kesalahan informasi</p> <p>15. Membrane mukosa pucat</p> <p>16. Ketidakmampuan makan makanan</p> <p>17. Tonus otot menurun</p> <p>18. Mengeluh gangguan sensasi rasa</p> <p>19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)</p> <p>20. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>21. Sariawan rongga mulut</p> <p>22. Steatorea</p> <p>23. Kelemahan otot pengunyah</p> <p>24. Kelemahan otot untuk menelan</p> <p>Faktor- faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor biologis</li> <li>2. Faktor ekonomi</li> <li>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</li> <li>4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan</li> <li>5. Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>6. Faktor psikologis</li> </ol>	<p>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p>mencegah konstipasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol> <p><b>Monitor Nutrisi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batas normal</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan</li> <li>5. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>8. Monitor turgor kulit</li> <li>9. Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah</li> <li>10. Monitor mual dan muntah</li> <li>11. Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht</li> <li>12. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</li> <li>13. Monitor pucat, kemerahan dan</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>14. Monitor kalori dan intake nutrisi</p> <p>15. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papilla lidah dan cavitas oral</p> <p>16. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</p>
2	<p><b>Resiko Infeksi</b>  <b>Definisi:</b> Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik  <b>Faktor-faktor resiko:</b>            Penyakit kronis Diabetes melitus            Obesitas            Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pembedahan patogen            Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat            - Gangguan peritalsis            - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)            - Perubahan sekresi pH            - Penurunan kerja siliaris            - Pecah ketuban dini            - Pecah ketuban lama            - Merokok            - Stasis cairan tubuh Trauma jaringan (mis.,trauma destruksi jaringan)            Ketidak adekuatan pertahanan sekunder            - Penurunan hemoglobin            - Imunosupresi (mis.,imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk monoklonal, imunomodulator)            - imunosupresan, steroid, antibodi            - Supresi respon inflamasi            Vaksinasi tidak adekuat            Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat            Wabah            Prosedur invasif            Malnutris</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status imun dan resiko kontrol dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <b>Kontrol infeksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>6. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>7. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>8. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>9. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>10. Berikan terapi antibiotik bila perlu Infection Protection</li> </ol>

			<p>(proteksi terhadap infeksi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>12. Monitor hitung granulosit, WBC Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>13. Batasi pengunjung</li> <li>14. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>15. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>16. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>17. Berikan perawatan kuliat pada area epidema</li> <li>18. inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>19. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>20. Dorong masukkan nutrisi yang cukup Dorong masukan cairan</li> <li>21. Dorong istirahat</li> <li>22. instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>23. Ajarkan pasien dan keluarga tanda gejala infeksi</li> <li>24. Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>25. Laporkan kecurigaan infeksi</li> <li>26. Laporkan kultur positif</li> </ol>
3	<p><b>Retensi urine</b>  <b>Definisi:</b> Pengosongan kandung kemih tidak komplit  <b>Batasan karakteristik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada haluaran urine</li> <li>• Distensi kandung kemuh</li> <li>• Disuria</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin dapat normal dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urin</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Perawatan Retensi Urin</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sering berkemih</li> <li>• Inkontinensia aliran berlebih</li> <li>• Residu urine</li> <li>• Sensasi kandung kemih penuh</li> <li>• Berkemih sedikit</li> </ul> <p><b>Factor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumbatan</li> <li>• Tekanan ureter tinggi.</li> <li>• Inhibisi arkus reflex</li> <li>• Sfingter kuat</li> </ul>	<p>&gt;100-200 cc</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bebas dari ISK</li> <li>4. Tidak ada spasme bladder</li> <li>5. Balance cairan seimbang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> <li>6. Stimulasi refleks bladder dengan kompres dingin pada abdomen</li> <li>7. Katerisasi jika perlu</li> <li>Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau dankonsistensi urine)</li> </ol> <p><b>Manajemen eliminasi urin</b></p>
4	<p><b>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</b></p> <p><b>Definisi</b> Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada nadi</li> <li>• Perubahan fungsi motorik</li> <li>• Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembapan,</li> <li>• kuku, sensasi, suhu) •</li> <li>Indek ankle-brakhial &lt;0,90</li> <li>• Perubahan tekanan darah diekstremita</li> <li>• Waktu pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>• Klaudikasi</li> <li>• Warna tidak kembali ketungkai saat tungkai diturunkan</li> <li>• Kelambatan penyembuhan</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status sirkulasi dapat normal dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>❖ Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</li> </ul> <p><b>Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</li> <li>❖ Menunjukkan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Manajemen sensasi perifer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>2. Monitor adanya parestese</li> <li>3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada Isi atau laserasi</li> <li>4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi</li> <li>5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</li> <li>6. Monitor kemampuan BAB</li> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik</li> <li>8. Monitor adanya tromboflebitis</li> <li>9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</li> </ol>

	<p>luka perifer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan nadi</li> <li>• Edema</li> <li>• Nyeri ekstremitas</li> <li>• Bruit femoral</li> <li>• Pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit</li> <li>• Pemendekan jarak bebas nyeri yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit • Perestesia</li> <li>• Warna kulit pucat saat elevasi</li> </ul> <p><b>Faktor yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang pengetahuan tentang faktor pemberat (mis.,merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)</li> <li>• Kurang pengetahuan tentang proses penyakit (mis.,diabetes, hiperlipidemia)</li> <li>• Diabetes melitus</li> <li>• Hipertensi</li> <li>• Gaya hidup monoton</li> <li>• Merokok</li> </ul>	<p>perhatian, konsentrasi dan orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Memproses informasi</li> <li>❖ Membuat keputusan dengan benar</li> </ul> <p><b>Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan gerakan involunter</b></p>	
4	<p><b>Perfusi perifer tidak efektif</b> b.d. kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat/ Kurang aktivitas fisik d.d. Pengisian kapiler &gt;3 detik,Nadi perifer menurun atau tidak teraba, Akral teraba dingin,</p>	<p><b>SLKI</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria</p>	<p><b>SIKI</b></p> <p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi</p>

	<p>Warna kulit pucat, Turgor kulit menurun, Parastesia, Nyeri ekstremitas (klaudikasiintermiten), Edema, Penyembuhan luka lambat, Indeks ankle-brachial&lt;0,90, Bruit femoral</p>	<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat.(dari 3(sedang) ke 4 (cukup meningkat ))</li> <li>2. Kecepatan penyembuhan luka meningkat. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup meningkat ))</li> <li>3. Warna kulit pucat menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>4. Edema perifer menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>5. Nyeri ekstremitas menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>6. Parastesia menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>7. Kelemahan otot menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>8. Bruit femoralis menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun))</li> <li>9. Pengisian kapiler membaik. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup membaik))</li> <li>10. Turgor kulit membaik. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup</li> </ol>	<p>perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachialindex).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes Melitus Tipe II, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi).</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri/ kesemutan, atau bengkak pada ekstremitas.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.</li> <li>2. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.</li> <li>3. Lakukan perawatan kaki dan kuku.</li> <li>4. Lakukan hidrasi.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berhenti merokok.</li> <li>2. Anjurkan olahraga rutin.</li> <li>3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.</li> <li>4. Anjurkan</li> </ol>
--	--	---	---

		<p>membalik))</p> <p>Mobilitas fisik</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas meningkat. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup meningkat ))</p> <p>2. Nyeri ekstremitas menurun. (dari 3(sedang) ke 4 (cukup menurun ))</p>	<p>melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki).</p> <p>5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya</p> <p><b>Edukasi Latihan Fisik</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> <p>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga.</p> <p>2. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan.</p> <p>3. Jelaskan berapa</p>
--	--	---	--

			<p>kali dilakukan senam kaki, berapa lama waktunya dan berapa kali latihan yang dilakukan dalam program pelatihan senam kaki yang diinginkan.</p> <p>4. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat.</p> <p>5. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik.</p>
5	<p><b>Resiko ketidakseimbangan elektrolit</b>  <b>Definisi:</b> Berisiko mengalami perubahan kadar elektrolit serum yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Faktor risiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisiensi volume cairan</li> <li>- Diare</li> <li>- Disfungsi endokrin</li> <li>- Kelebihan volume cairan</li> <li>- Gangguan mekanisme regulasi (mis.,diabetes, isipidus, sindrom ketidaktepatan sekresi hormon antidiuretik)</li> <li>- Disfungsi ginjal</li> <li>- Efek samping obat (mis., medikasi,drain)</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cairan tubuh dalam batas normal dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal</li> <li>❖ Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>❖ Tidak ada tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Manajemen Cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan</li> <li>2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>3. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekana darah ortostatik), jika diperlukan</li> <li>4. Monitor vital sign</li> <li>5. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian</li> <li>6. Kolaborasi pemberian cairan IV</li> <li>7. Monitor status nutrisi</li> <li>8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan</li> <li>9. Dorong masukan oral</li> </ol>

	- Muntah		<p>10. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output</p> <p>11. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan</p> <p>12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar)</p> <p>13. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk</p> <p>14. Atur kemungkinan tranfusi</p> <p>15. Persiapan untuk tranfusi</p> <p><b>Manajemen Hipovolemia</b></p> <p>1. Monitor status cairan termasuk intake dan ourput cairan</p> <p>2. Pelihara IV line</p> <p>3. Monitor tingkat Hb dan hematokrit</p> <p>4. Monitor tanda vital</p> <p>5. Monitor responpasien terhadap penambahan cairan</p> <p>6. Monitor berat badan</p> <p>7. Dorong pasien untuk menambah intake oral</p> <p>8. Pemberian cairan Iv monitor adanya tanda dan gejala kelebihanvolume cairan</p> <p>9. Monitor adanya tanda gagal ginjal</p>
--	----------	--	--

Sumber : 1 .Nurarif 2015

2. Tim pogja SDKI PPNI, SLKI dan SIKI (2018)

#### **4. Implementasi/Tindakan Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun oleh perawat untuk mengatasi masalah pasien. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah disetujui, dengan teknik yang cermat dan efisien pada situasi yang tepat dan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon dari pasien (Bararah & Jauhar, 2013).

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

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini merupakan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah proses implementasi keperawatan dengan tujuan yang diharapkan dalam perencanaan dan kriteria hasil evaluasi yang telah diharapkan dapat tercapai. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planning).

(Bararah & Jauhar, 2013).