

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pancreas tidak menghasilkan insulin yang cukup, atau ketika tubuh tidak secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Hiperglikemia, atau gula darah yang meningkat, merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan dari waktu ke waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya syaraf dan pembuluh darah (WHO, 2012).

Menurut *American Diabetes Association (ADA)* dalam *Mayfield* (1998), DM merupakan gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Hiperglikemi kronik tersebut berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi beberapa organ tubuh terutama mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Jadi pada dasarnya diabetes mellitus adalah sekumpulan gejala yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah sebagai akibat defisiensi insulin baik relative maupun absolute (Perkeni, 2006).

2.1.2 Etiologi

Diabetes Mellitus disebabkan oleh penurunan produksi insulin oleh sel-sel beta pulau langerhans. Jenis juvenilis (usia muda) disebabkan oleh predisposisi herediter terhadap perkembangan antibodi yang merusak sel-sel beta atau degenerasi

sel-sel beta. Diabetes jenis awitan maturitas disebabkan oleh degenerasi sel-sel beta akibat penuaan dan akibat kegemukan / obesitas. Tipe ini jelas disebabkan oleh degenerasi sel-sel beta sebagai akibat penuaan yang cepat pada orang yang rentan dan obesitas mempredisposisi terhadap jenis obesitas ini karena diperlukan insulin dalam jumlah besar untuk pengolahan metabolisme pada orang kegemukan dibandingkan orang normal.

Penyebab resistensi insulin pada diabetes sebenarnya tidak begitu jelas, tetapi faktor yang banyak berperan antara lain:

1. Kelainan Genetik

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi akibat DNA pada orang diabetes mellitus akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

2. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

3. Gaya hidup stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres juga akan meningkatkan kerja

metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin.

4 Pola makan yang salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama meningkatkan resiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

5 Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

6 Infeksi

Masuknya bakteri atau virus ke dalam pankreas akan berakibat rusaknya sel-sel pankreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas (Riyadi, 2008)

2.1.3 Klasifikasi Diabetes melitus

Klasifikasi diabetes mellitus dan penggolongan intoleransi glukosa yang lain:

a. Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

Yaitu defisiensi insulin karena kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (*Human Leucocyte Antigen*) spesifik, predisposisi pada insulitis fenomena autoimun (cenderung ketosis dan terjadi padausia muda). Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak sel-sel pulau langerhans di pankreas. Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin.

b. Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)

Yaitu diabetes resisten, lebih sering pada dewasa, tapi dapat terjadi pada semua umur. Kebanyakan penderita kelebihan berat badan, ada kecenderungan familial, mungkin perlu insulin pada saat hiperglikemik selama stres.

c. Diabetes Mellitus tipe lain

Adalah DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemik terjadi karena penyakit lain: penyakit pankreas, hormonal, obat atau bahan kimia, endokrinopati, kelainan reseptor insulin, sindroma genetik tertentu.

d. Impaired Glikosa Tolerance (gangguan toleransi glukosa)

Kadar glukosa antara normal dan diabetes, dapat menjadi diabetes atau menjadi normal atau tetap tidak berubah.

e. Gastrointestinal Diabetes Mellitus (GDM)

Dalam kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat yang menunjang pemanasan makanan bagi janin serta persiapan menyusui. Menjelang aterm, kebutuhan insulin meningkat sehingga mencapai 3 kali lipat dari keadaan normal. Bila seorang ibu tidak mampu meningkatkan produksi insulin sehingga relatif hipoinsulin maka mengakibatkan hiperglikemi. Resistensi insulin juga disebabkan oleh adanya hormon estrogen, progesteron, prolaktin, dan plasenta laktogen. Hormon tersebut mempengaruhi reseptor insulin pada sel sehingga mengurangi aktivitas insulin (Riyadi, 2008)

2.1.4 Patofisiologi

Tubuh manusia memerlukan bahan bakar berupa energi untuk menjalankan berbagai fungsi sel dengan baik. Bahan bakar tersebut bersumber dari sumber zat gizi karbohidrat, protein, lemak yang didalam tubuh mengalami pemecahan menjadi zat yang sederhana dan proses pengolahan lebih lanjut untuk menghasilkan energi. Proses pembentukan energi terutama yang bersumber dari glukosa memerlukan proses

metabolisme .Dalam proses metabolisme tersebut ,insulin memegang peranan yang sangat penting yang bertugas memasukkan glukosa kedalam sel untuk selanjutnya diubah menjadi energi(Syahbudin, 2004).

Pada keadaan normal ,glukosa diatur sedemikian rupa oleh insulin yang diproduksi oleh sel beta pankreas ,sehingga kadarnya di dalam darah selalu dalam batas aman baik pada keadaan puasa maupun sesudah makan .Kadar glukosa darah normal berkisar antara 70-140mg/dl.

Insulin adalah suatu zat atau hormone yang dihasilkan oleh sel beta pankreas pada pulau langerhans.Tiap pankreas mengandung 100.000 pulau langerhans dan tiap pulau berisikan 100 sel beta (Syahbudin, 2004).

Insulin memegang peranan yang sangat penting dalam pengaturan kadar glukosa darah dan koordinasi penggunaan energi oleh jaringan.insulin yang dihasilkan sel beta pankreas dapat di ibaratkan anak kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa kedalam sel agar dapat di metabolisme menjadi energi.Bila insulin tidak ada atau dikenali oleh reseptor pada permukaan sel,maka glukosa tidak dapat masuk kedalam sel dengan akibat glukosa akan tetap berada dalam darah sehingga kadarnya akan meningkat.tidak adanya glukosa yang dimetabolisme menyebabkan tidak ada energi yang dihasilkan sehingga badan menjadi lemah.

Pada keadaan DM ,tubuh relatif kekurangan insulin sehingga pengaturan glukosa darah menjadi kacau (Waspadji, 1999. Dikutip dalam IP suiraoka, 2012).Walaupun kadar glukosa darah sudah tinggi pemecahan lemak dan protein

menjadi glukosa melalui glukoneogenesis di hati tidak dapat dihambat karena insulin yang kurang resisten sehingga kadar glukosa darah terus meningkat. Akibatnya terjadi gejala-gejala khas DM seperti Poliuri, Polidipsi dan Polifagi, lemas berat badan menurun. Jika keadaan ini di biarkan berlarut-larut, berakibat terjadi kegawatan diabetes mellitus yaitu ketoasidosis yang sering menimbulkan kematian (waspadji, 1999. Dikutip dalam IP suiraoka, 2012).

2.1.5 Tanda dan Gejala

Secara umum tanda dan gejala penyakit DM dibagi dalam dua kelompok, yaitu gejala akut dan kronis.

1. Gejala akut dan tanda dini, meliputi :
 - a) Penurunan berat badan, rasa lemas, dan cepat lelah.
 - b) Sering kencing (Poliuri) pada malam hari dengan jumlah air seni yang banyak.
 - c) Banyak minum (Polidipsi)
 - d) Banyak makan (polifagi)

2. Gejala kronis meliputi :
 - a) Gangguan penglihatan, berupa pandangan kabur
 - b) Gangguan saraf tepi berupa rasa kesemutan, terutama pada malam hari sering terasa sakit dan rasa kesemutan di kaki.

- c) Gatal-gatal dan bisul. Gatal umumnya dirasakan pada daerah lipatan kulit di ketiak, payudara dan alat kelamin. Bisul dan luka lecet terkena sepatu atau jarum yang lama sembuh.
- d) Rasa tebal pada kulit, yang menyebabkan penderita lupa memakai sandal dan sepatunya.
- e) Gangguan fungsi seksual. Dapat berupa gangguan ereksi, impoten yang disebabkan gangguan pada saraf bukan karena kekurangan hormone seks (testosterone).
- f) Keputihan. Pada penderita wanita, keputihan dan gatal sering dirasakan, hal ini disebabkan daya tahan tubuh penderita menurun.

2.1.6 Komplikasi

- 1. Akut.
 - a. Koma hipoglikemia.
 - b. Ketoasidosis.
 - c. Koma hiperosmolar non ketotik.
- 2. Kronik
 - a. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak.
 - b. Mikroangiopati, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati diabetik, nefropati.
 - c. Neuropati diabetik.

- d. Rentan infeksi.
- e. Ganggren.

(Riyadi, 2008)

2.1.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi

Secara garis besar faktor-faktor diabetes melitus dibagi menjadi dua yaitu faktor yang dapat diubah atau di modifikasi dan faktor yang tidak dapat diubah.

1. Faktor yang dapat diubah meliputi :

a) Pola makan yang salah

Pola makan yang salah dan cenderung berlebih menyebabkan timbulnya obesitas. Obesitas sendiri merupakan faktor predisposisi utama dari penyakit diabetes melitus.

b) Aktifitas fisik kurang gerak

Kurangnya aktifitas fisik menyebabkan kurangnya pembakaran energi oleh tubuh sehingga kelebihan energi dalam tubuh akan disimpan dalam bentuk lemak dalam tubuh. Penyimpanan yang berlebihan akan menyebabkan obesitas.

c) Obesitas

Diabetes terutama diabetes melitus tipe 2 sangat erat hubungannya dengan obesitas. Laporan Diabetes Federation (IDF) tahun 2004 menyebutkan 84

persen dari penderita diabetes melitus ternyata mempunyai berat badan yang berlebihan.

d) Stres

Stress mengarah pada kenaikan berat badan terutama karena kortisol, hormone stres yang utama (Thalbot, 2006. Tandra, 2010). Kortisol yang tinggi menyebabkan peningkatan pemecahan protein tubuh, peningkatan trigliserida darah dan penurunan penggunaan gula tubuh, manifestasinya meningkatkan trigliserida dan gula darah atau yang dikenal dengan Hiperglikemia (Sutanto, L.B, 2008).

e) Pemakaian obat-obatan

Memiliki riwayat menggunakan obat golongan kortikosteroid dalam jangka waktu lama.

2. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi :

a) Umur

Umur merupakan faktor pada orang dewasa, dengan semakin bertambahnya umur kemampuan jaringan mengambil glukosa darah semakin menurun. Penyakit ini lebih banyak terdapat pada orang berumur diatas 40 tahun daripada orang yang lebih muda (Budiyanto, 2002. Dikutip dalam IP Suiraoaka, 2012).

b) Keturunan

Diabetes melitus bukan penyakit menular tapi diturunkan. Namun bukan berarti anak dari kedua orang tua yang menderita diabetes melitus akan menderita diabetes melitus juga, sepanjang bias menjaga dan menghindari faktor resiko yang lain. Pola genetik yang kuat pada diabetes melitus tipe 2, seorang yang memiliki saudara kandung yang menderita diabetes melitus tipe 2 memiliki resiko yang jauh lebih tinggi menjadi penderita diabetes melitus (Sutanto, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Obat

Obat-obatan hipoglikemik oral (OHO)

1. Golongan Sulfoniluria
2. Golongan biguanid
3. Alfa glukosidase inhibitor
4. Insulin sensitizing agent

2. Insulin

Dari sekian banyak jenis insulin, untuk praktisnya hanya 3 jenis yang penting menurut cara kerjanya, yakni menurut Junadi, 1982, diantaranya adalah:

- a. Yang kerjanya cepat: RI (Regular Insulin) dengan masa kerja 2-4 jam contoh obatnya: Actrapid.
- b. Yang kerjanya sedang: NPN, dengan masa kerja 6-12 jam.
- c. Yang kerjanya lambat: PZI (*Protamme Zinc Insulin*) masa kerjanya 18-24 jam.

3. Diet

1. Tujuan umum penatalaksanaan diet pada diabetes mellitus adalah:
 - a. Mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati kadar normal.
 - b. Mencapai dan mempertahankan lipid mendekati kadar yang optimal.
 - c. Mencegah komplikasi akut dan kronik.
 - d. Meningkatkan kualitas hidup
2. Jumlah kalori diperhitungkan sebagai berikut:
 1. Untuk menentukan diet kita harus tahu dahulu kebutuhan energi dari penderita diabetes mellitus. Kebutuhan itu dapat kita tentukan sebagai berikut:

2. Pertama kita tentukan berat badan ideal pasien dengan rumus $(\text{Tinggi badan} - 100) - 10\% \text{ kg}$
 3. Kedua kita tentukan kebutuhan kalori penderita. Kalau wanita BB ideal x 25. Laki-laki BB ideal x 30
 4. Jika sudah mengetahui kebutuhan energi maka dapat menerapkan makanan yang dapat dikonsumsi oleh penderita diabetes mellitus.
3. Olahraga

Olahraga yang teratur akan memperbaiki sirkulasi insulin dengan cara meningkatkan dilatasi sel dan pembuluh darah sehingga membantu masuknya glukosa ke dalam sel.

Dianjurkan 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih setengah jam. Olahraga lebih dianjurkan pada pagi hari (Riyadi, 2008)

2.1.9 Pemeriksaan penunjang dan penegakan diagnosa

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan glukosa darah sewaktu dan kadar glukosa darah puasa, kemudian dapat diikuti dengan tes toleransi glukosa oral (TTGO) standar. Kadar glukosa darah puasa dan sewaktu sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)

a. Gula darah acak	Bukan DM	Belum pasti DM	DM
- Plasma vena	< 100	100 – 199	≥ 200
- Darah kapiler	< 90	90 – 199	≥ 200
b. Gula darah puasa			
- Plasma vena	< 100	110 – 125	≥126
- Darah kapiler	< 90	90 – 99	≥110

Diagnosa DM

Penegakkan diagnosa DM didasarkan atas adanya keluhan dan gejala yang khas ditambah hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg /dl atau glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl. Bila pemeriksaan glukosa darah meragukan pemeriksaan TTGO diperlukan untuk memastikan diagnosis diabetes melitus (Utama, 2007)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Menurut WHO (1959),keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan ketrampilan ilmu keperawatan,ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan social,sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan,penyempurnaan kondisi sosial,perbaikan lingkungan fisik,rehabilitasi,pencegahan penyakit,dan bahaya yang

lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan kegiatan promosi, pemeliharaan dan pendidikan kesehatan serta manajemen, koordinasi dan kontinuitas asuhan dalam layanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok/komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Keperawatan kesehatan komunitas adalah pelayanan keperawatan professional yang ditujukan kepada masyarakat dengan pendekatan pada kelompok resiko tinggi, dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan ,pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (Fallen & Dwi, 2010).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan keterpaduan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat ,serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitative, secara menyeluruh dan terpadu ditujukan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal.

2.2.2 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan. Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

1. Individu Sebagai Klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, social, dan spiritual. Peran perawatan pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemauan menuju kemandirian pasien/ klien.

2. Keluarga Sebagai Klien

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

Beberapa alasan yang menyebabkan keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan yaitu:

- a) Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat

- b) Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki ataupun mengabaikan masalah kesehatan didalam kelompoknya sendiri.
- c) Masalah kesehatan didalam keluarga saling berkaitan. Penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut.

3. Masyarakat Sebagai Klien

Masyarakat memiliki ciri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga. Kesehatan dalam keperawatan kesehatan komunitas didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan afektif. Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. Menurut Hendrik L. Belum ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik yaitu lingkungan yang berkaitan dengan fisik seperti: air, udara, sampah, tanah, iklim, dan perumahan. Contoh di suatu daerah mengalami wabah diare dan penyakit kulit akibat kesulitan air bersih. Keturunan merupakan faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir, misalnya penyakit asma. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan saling menunjang satu dengan yang lainnya dalam menentukan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.2.3 Tujuan Keperawatan Komunitas

1. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.

2. Tujuan Khusus

- a) Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b) Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c) Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d) Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/ rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e) Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f) Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas.
- g) Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat optimal (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.2.4 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil (R. Fallen & R. Budi, 2010).

Menurut Anderson (1988) sasaran keperawatan komunitas terdiri dari tiga tingkat yaitu:

1. **Tingkat Individu**

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu yang mempunyai masalah kesehatan tertentu (misalnya TBC, Ibu hamil dll) yang dijumpai di poliklinik, Puskesmas dengan sasaran dan pusat perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan individu.

2. **Tingkat Keluarga**

Sasaran kegiatan adalah keluarga dimana anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dirawat sebagai bagian dari keluarga dengan mengatur sejauh mana terpenuhinya tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan sumber daya dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

3. **Tingkat Komunitas**

Dilihat sebagai suatu kesatuan dalam komunitas sebagai klien.

- a) Pembinaan kelompok khusus
- b) Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

2.2.5 Ruang Lingkup Keperawatan komunitas

Keperawatan komunitas mencakup berbagai bentuk upaya pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, maupun resosialitatif. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, rekreasi dan pendidikan seks.

Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui kegiatan posyandu lansia, pemeriksaan kesehatan berkala melalui puskesmas dan kunjungan rumah.

Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di puskesmas atau rumah sakit.

Upaya rehabilitatif, merupakan tindakan pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan latihan fisik pada penderita kusta, patah tulang dan lain sebagainya, kegiatan fisioterapi pada penderita stroke, batuk efektif pada penderita TBC, dll.

Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita kemasyarakatan yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila. (R. fallen & R. Budi, 2010).

2.3 Konsep Lanjut Usia

2.3.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Dimasa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, social secara bertahap. Lansia bukanlah suatu penyakit, namun merupakan suatu tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Surini & Utomo, 2003).

Batasan umur lansia menurut WHO :

Usia pertengahan (middle age)	: 45-59 tahun
Lanjut usia (elderly)	: 60-74 tahun
Lanjut usia tua (old)	: 75-90 tahun
Usia sangat tua	: diatas 90 tahun

2.3.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, akan terjadi penuaan yang akan berdampak pada perubahan perubahan diri manusia. Perubahan perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik

a. Sistem penglihatan

Timbul sklerosis pada sfingter pupil dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk seperti bola, lensa lebih suram (keruh) dapat menyebabkan katarak, meningkatnya ambang pengamatan sinar dan daya adaptasi terhadap kegelapan menjadi lebih lambat dan sulit untuk melihat dalam keadaan gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang, dan menurunnya daya untuk membedakan antara warna biru dan hijau pada skala pemeriksaan.

b. Sistem pendengaran

Gangguan pada pendengaran, membran timpani mengalami atrofi, terjadi pengumpulan dan pengerasan serumen karena peningkatan keratin, pendengaran menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stres.

c. System integument

Kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik, menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit rambut dan kepala menipis serta berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku

jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya.

d. System kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, sering terjadi postural hipotensi, tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

e. System respirasi

Otot-otot pernapasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktifitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas sehingga kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernapasan maksimum menurun, dan kedalaman bernapas menurun.

f. System gastrointestinal

Kehilangan gigi, indra pengecap mengalami penurunan, esophagus melebar, sensitifitas akan rasa lapar menurun, produksi asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun, peristaltic lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi menurun, hati (liver) semakin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan serta berkurangnya suplai aliran darah.

g. System perkemihan

Pada system ini lansia banyak mengalami kemunduran seperti laju filtrasi, eksresi dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan berdampak dalam pemberian obat pada lansia. Ia akan kehilangan kemampuan untuk mengeksresi obat atau produk metabolisme obat.

h. System syaraf

Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat. Perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif.

i. System reproduksi

Perubahan reproduksi pada lansia ditandai dengan menciutnya ovari dan uterus. Terjadi atrofi payudara, selaput lendir vagina menurun, dan sekresi menjadi berkurang (Watson, 2003). Pada laki laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asalkan kondisi sehat).

2. Perubahan Kognitif

- a. Perubahan fisik.
- b. Kesehatan umum.
- c. Tingkat pendidikan.

- d. Hereditas.
- e. Lingkungan.
- f. memory (daya ingatan)
- g. kurang mengalami perubahan pada ingatan jangka panjang
 - mengalami perubahan pada ingatan jangka pendek yang terjadi 0-10 menit.
- h. Tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika dan perkataan verbal, adanya penurunan pada persepsi dan daya membayangkan.

3. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun.

Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun.

- a. Kehilangan financial (besarnya penghasilan semula)
- b. Kehilangan status
- c. Kehilangan teman atau kenalan
- d. Kehilangan kegiatan atau pekerjaan**

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1 Pengkajian

Dalam mengkaji / mengumpulkan data data masyarakat ada beberapa komponen yang diperlukan untuk dijadikan sasaran pengkajian diantaranya : penduduk (data demografi), geografi, fasilitas fisik (baik fasilitas kesehatan maupun fasilitas lainnya), system pemerintahan, perekonomian dan system social. Dari beberapa teori yang membahas komponen atau aspek yang akan dikaji dalam masyarakat salah satunya yaitu model Community assessment wheel. Dalam model ini ada beberapa elemen / komponen yang harus dikaji dalam suatu masyarakat dengan ditambah data inti dari masyarakat itu sendiri yang berupa Community core. Komponen –komponen tersebut terdiri dari :

- a. Core atau inti: data demografi kelompok atau komunitas yang terdiri: umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, agama, nilai-nilai, keyakinan serta riwayat timbulnya kelompok atau komunitas.
- b. Delapan subsistem yang mempengaruhi komunitas (Betty Neuman):
 - 1) Perumahan: rumah yang dihuni oleh penduduk, penerangan, sirkulasi dan kepadatan.
 - 2) Pendidikan: apakah ada sarana pendidikan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan.

- 3) Keamanan dan keselamatan di lingkungan tempat tinggal: apakah tidak menimbulkan stress.
- 4) Politik dan kebijakan pemerintah terkait dengan kesehatan: apakah cukup menunjang sehingga memudahkan komunitas mendapat pelayanan di berbagai bidang termasuk kesehatan.
- 5) Pelayanan kesehatan yang tersedia untuk melakukan deteksi dini gangguan atau merawat atau memantau apabila gangguan sudah terjadi.
- 6) System komunikasi: Sarana komunikasi apa saja yang dapat dimanfaatkan di komunitas tersebut untuk meningkatkan pengetahuan terkait dengan gangguan nutrisi misalnya televisi, radio, koran atau leaflet yang diberikan kepada komunitas.
- 7) Ekonomi: Tingkat sosial ekonomi komunitas secara keseluruhan apakah sesuai dengan UMR (Upah Minimum Regional), dibawah UMR atau diatas UMR sehingga upaya pelayanan kesehatan yang diberikan dapat terjangkau, misalnya anjuran untuk konsumsi jenis makanan sesuai status ekonomi tersebut.
- 8) Rekreasi: Apakah tersedia sarananya, kapan saja dibuka, dan apakah biayanya terjangkau oleh komunitas. Rekreasi ini hendaknya dapat digunakan komunitas untuk mengurangi stress.

Setelah dilakukan pengkajian kemudian dikelompokkan dan dianalisa seberapa besar stressor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul pada masyarakat tersebut. Berdasarkan data tersebut dapat dapat disusun diagnosa keperawatan komunitas dimana terdiri dari: Masalah Kesehatan, Karakteristik populasi, Karakteristik Lingkungan (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Menyimpulkan masalah keperawatan di komunitas berdasarkan klasifikasi kepemilikan masalah menurut OMAHA
2. Formulasi penulisan diagnosa keperawatan :
 - a. Problem
 - b. Etiologi
 - c. Data yang mendukung
3. Tipe diagnosa keperawatan komunitas dibagi menjadi 3 yaitu:
 - a. Diagnose actual, dimana karakteristiknya adalah adanya data mayor (utama). Sehingga cukup valid untuk diangkat.
 - b. Diagnose resiko dan resiko tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya factor faktor di komunitas yang beresiko. Data yang menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor-faktor resiko.

- c. Diagnosa Sehat/ Sejahtera/ Wellnes, dimana diagnosa ini adalah menggambarkan keadaan sehat dikomunitas. Diagnosa ini perlu diangkat dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi di komunitas yang sudah sehat dengan kegiatan Promotif dan Preventif (Imam Subekti, 2005).

Berikut ini adalah daftar Diagnosa Keperawatan Komunitas berdasarkan Klasifikasi Kepemilikan Masalah OMAHA. Diagnosa keperawatan OMAHA ini terdiri dari 4 klasifikasi masalah, yaitu Lingkungan, Psikososial, Fisiologis, dan Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan terdiri dari 40 macam masalah.

DAFTAR			
KLASIFIKASI MASALAH MENURUT OMAHA			
I.Pemilikan Lingkungan	II.Pemilikan Psikososial	III.Pemilik Fisiologis	IV.Pemilik Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
- Pendapatan -Sanitasi -Pemukiman -Keamanan pemukiman/tempa	-Komunikasi dengan sumber masyarakat -Kontak sosial -Perubahan peranan -Hubungan antar anak	-Pendengaran -Penglihatan -Berbicara dan bahasa -Geligi -Pengamatan	-Nutrisi -Pola istirahat dan tidur -Aktifitas fisik -Kebersihan

t kerja	-Kegelisahan agama	-Nyeri	perorangan
-Yang lain	-Kesedihan	-Kesadaran	-Penyalahgunaan
	-Stabilitas emosi	-Bungkus/kulit	obat
	-Seksualitas	-Fungsi	-Keluarga
	manusiawi	neuromuskuluskeletal	berencana
	-Memelihara keorang	-Respirasi	-Penyedia
	tuaan	-Sirkulasi	pelayanan
	-Anak/dewasa	-Digesti – hidrasi	kesehatan
	ditelantarkan	-Fungsi perut	-Peraturan
	-Perlakuan salah	-Fungsi genitourinaria	penulisan resep
	terhadap anak/orang	-Ante partum/ post	-Tekhnis
	dewasa	partum	prosedur
	-Pertumbuhan dan	-Lain – lain	-Lain - lain
	perkembangan		
	-Lain – lain		

2.4.3 Menyusun Rencana Asuhan Keperawatan

Komponen dalam menyusun asuhan keperawatan komunitas :

1. Prioritas masalah, menggunakan skoring
2. Merumuskan tujuan

- a. Berorientasi pada masyarakat
- b. Berorientasi pada masalah dan faktor – faktor penyebab
- c. Jangka waktu pencapaian (jangka panjang – jangka pendek)

3. Merumuskan kriteria hasil

Menuliskan ukuran / standar pencapaian hasil yang diharapkan sesuai tujuan.

4. Menyusun aktifitas / intervensi

a. Pendekatan 3 tingkat pencegahan

b. Kerjasama lintas program dan sector

5. Menetapkan :

a. Penanggung jawab

b. Menetapkan waktu pelaksanaan

c. Menetapkan tempat pelaksanaan

d. Menetapkan metode dan media yang digunakan.

2.4.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
 - a. Pelatihan kader kesehatan
 - b. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - c. Standarisasi nutrisi yang baik
 - d. Penyediaan perumahan
 - e. Tempat – tempat rekreasi
 - f. Konseling perkawinan
 - g. Pendidikan seks dan masalah – masalah genetika
 - h. Pemeriksaan kesehatan secara periodik

2. Preventif :
 - a. Keselamatan dan kesehatan kerja
 - b. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - c. Pemberian nutrisi khusus
 - d. Pengamatan / penyimpanan barang, bahan yang berbahaya
 - e. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - f. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
 - g. Personal hygiene dan kesehatan lingkungan
 - h. Perlindungan kecelakaan kerja dan keselamatan kerja
 - i. Menghindari dari sumber alergi
3. Pelayanan kesehatan langsung :
 - a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Balita dan Lansia
 - b. Home Care
 - c. Rujukan
 - d. Pembinaan pada kelompok – kelompok di masyarakat

Pada kegiatan praktik komunitas lebih berfokus pada tingkat pencegahan yaitu :

1. Pencegahan Primer

Pencegahan sebelum sakit dan di fokuskan pada populasi sehat, mencakup pada kegiatan kesehatan secara umum serta perlindungan khusus terhadap penyakit.

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan ini lebih menekankan pada diagnosa dini dan tindakan untuk menghambat terjadinya proses penyakit.

3. Pencegahan Tersier

Kegiatan yang menekankan pengembalian individu pada tingkat berfungsinya secara optimal dari ketidakmampuan keluarga

(R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.4.5 Tahap Evaluasi

Merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.5 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian didapatkan dari data hasil wawancara dan pengamatan melalui windshield survey.

Komponen komponen windshield survey antara lain :

- a. Perumahan dan lingkungan : bentuk bangunan rumah, status kepemilikan rumah, jenis lantai, system pencahayaan rumah pada siang hari, jarak rumah satu dengan rumah yang lain, apakah ada halaman rumah untuk mengisi waktu luang, apakah ada pemanfaatan pekarangan rumah yang bisa digunakan oleh sekelompok lansia.
- b. Lingkungan terbuka : luas sempitnya lahan disekitar, dan pemanfaatan lahan yang kosong.
- c. Batas : kondisi lingkungan bersih atau kotor, apakah berbatasan dengan sungai, selokan atau jalan. Berbatasan dengan apakah batas wilayah barat, timur, utara, selatan.
- d. Kebiasaan : kegiatan yang sering dilakukan pada sekelompok lansia.
Misal : sering mengkonsumsi makanan yang manis, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alcohol, kebiasaan minum kopi. apakah sering mengikuti posyandu lansia.

- e. Transportasi : jenis dan alat transportasi yang digunakan sekelompok lansia untuk mobilisasi sehari-hari, jarak antara tempat sekelompok lansia dengan sarana kesehatan.
- f. Fasilitas umum : pusat pelayanan yang ada di sekitar lingkungan sekelompok lansia seperti puskesmas, klinik, rumah sakit, dan apotek
Pusat perbelanjaan di sekitar kelompok lansia yang mudah dijangkau seperti toko/warung tempat sembako, pedagang keliling.
Tempat beribadah di sekitar seperti masjid, atau musola.
- g. Kesehatan dan angka kesakitan : penyakit terbanyak yang terjadi pada sekelompok lansia selama 3 bulan terakhir seperti hipertensi, asam urat, diabetes mellitus, stroke, dll
- h. Media : alat komunikasi yang digunakan sekelompok lansia untuk mendapatkan informasi. Misalnya televisi, radio, papan pengumuman.

2.5.2. Prioritas Masalah dan Diagnosa keperawatan

1. Kurangnya kesadaran kelompok lansia tentang masalah kesehatan lansia berhubungan dengan kurangnya pengetahuan kelompok lansia tentang kondisi perubahan pada lansia.
2. Ketidapatuhan lansia melakukan pemeriksaan Gula darah berhubungan dengan Faktor pendidikan yang rendah

3. Kurangnya pengetahuan lansia tentang diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet pada diabetes melitus.
4. Ketidapatuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan lansia tentang kesehatan.

2.5.3. Rencana Keperawatan/Intervensi

1. Diagnosa pertama : Kurangnya kesadaran kelompok lansia tentang masalah kesehatan lansia berhubungan dengan kurangnya pengetahuan kelompok lansia tentang kondisi perubahan pada lansia.

- a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW VII mengerti tentang perubahan – perubahan yang terjadi pada usia lanjut usia.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW VII mampu:

- a) Mengerti penyebab perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
- b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

b. Kriteria Hasil

- 1) . Lansia mampu menyebutkan perubahan apa yang terjadi pada dirinya
 - a) Mampu menjelaskan penyebab perubahan yang terjadi pada usila
 - b) Derajat kesehatan lansia meningkat

c. Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang kesehatan lansia serta perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
2. Beri leaflet tentang kesehatan lansia untuk membantu pemahaman para lansia.
3. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia.

d. Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

1. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan Juli 2013
2. Tempat Pelaksanaan : Balai RW VII Kelurahan Wonokusumo
3. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

4. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP
2. Diagnosa Kedua : Ketidapatuhan lansia untuk melakukan pemeriksaan gula darah berhubungan dengan faktor pendidikan yang rendah
 - a. Tujuan:
 - 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW VII rutin untuk melakukan pemeriksaan gula darah di Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.
 - 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW VII mampu:
 - a) Melakukan pemeriksaan gula darah secara rutin.
 - b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia.
 - b. Kriteria Hasil
 - 1) Kegiatan pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100 % dalam kurun waktu 1 tahun.
 - 2) Lansia mampu menyebutkan manfaat posyandu lansia dengan benar, jadwal posyandu lansia di RW VII dan kegiatan posyandu lansia. Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

c. Intervensi :

1. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang diabetes melitus serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindak lanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader lansia dalam pelaksanaan posyandu lansia.

d. Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

1. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan Juli 2013

2. Tempat Pelaksanaan : Balai RW VII Kelurahan Wonokusumo

3. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

4. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa ketiga : Kurangnya pengetahuan lansia tentang diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet diabetes melitus.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW VII mengerti tentang diet diabetes melitus dan menerapkan dalam kehidupan sehari - hari.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW VII mampu:

- a) Mengetahui komposisi menu untuk diabetes melitus.
- b) Mampu menyebutkan apa saja pantangan makanan untuk penderita diabetes melitus.

b. Kriteria Hasil

- 1) Lansia mengerti dan dapat menerapkan diet diabetes melitus dalam kehidupan sehari - hari.
- 2) Mampu mempragakan mengkonsumsi sesuai komposisi menu yang diajarkan. Mampu menyebutkan dengan benar makanan
- 3) pantangan untuk penderita diabetes melitus.

c. Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang diabetes melitus komposisi menu diet untuk penderita diabetes melitus.
2. Beri contoh menu diet diabetes melitus.
3. Kerjasama dengan lintas program sektor : Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita hipertensi setiap kegiatan posyandu lansia.

d. Penanggung Jawab

1. Waktu Pelaksanaan : Tanggal x Bulan Juli 2013
2. Tempat Pelaksanaan : Balai RW VII Kelurahan Wonokusumo
3. Metode : Diskusi dan Tanya Jawab
4. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

4. Diagnosa keempat : Ketidapatuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan lansia tentang kesehatan.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW VII rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW VII mampu:

- a) Mengetahui tentang manfaat, jadwal dan kegiatan posyandu lansia.
- b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia.

b. Kriteria Hasil

- 1) Kegiatan pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100 % dalam kurun waktu 1 tahun.
 - a) Lansia mampu menyebutkan manfaat posyandu lansia dengan benar, jadwal posyandu lansia di RW VII dan kegiatan posyandu lansia.

b) Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

c. Intervensi

1. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang Biabetes Melitus serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu lansia.

d. Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan Juli 2013

Tempat Pelaksanaan : Balai RW VII Kelurahan Wonokusumo

Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2.5.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, lintas sektoral dan bekerjasama dengan pimpinan formal di

masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
 - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - b. Standarisasi nutrisi yang baik
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
2. Preventif :
 - a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - b. Pemberian nutrisi khusus
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - d. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
3. Pelayanan kesehatan langsung :
 - a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Lansia
 - b. Rujukan

2.5.5 Tahap Evaluasi

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
4. Rencana tindak lanjut