

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Atritis Gout

2.1.1 Pengertian

Atritis Gout adalah penyakit heterogen yang disebabkan oleh penumpukan monosodium urat atau kristal urat akibat adanya supersaturasi asam urat (Askandar Tjokroprawiro dkk, 2007).

Asam Urat adalah penyakit yang menyerang sendi dan tendon yang disebabkan timbunan kristal urat. Timbunan kristal urat tersebut disebabkan karena deposit asam urat yang lama kelamaan membentuk kristal pada sendi atau tendon yang terkena sehingga mengakibatkan peradangan. Istilah lain asam urat adalah penyakit pirai atau dalam bahasa Inggris disebut GOUT (Admin, 2009).

Asam Urat nilai normalnya 2,4 mg/dl hingga 6 mg/dl untuk wanita dan 3,0 mg/dl hingga 7 mg/dl untuk pria (Zaenal, 2012).

2.1.2 Etiologi

Gejala artritis akut disebabkan oleh reaksi inflamasi jaringan terhadap pembentukan kristal monosodium urat monohidrat. Karena itu, dilihat dari penyebabnya penyakit ini termasuk dalam golongan kelainan metabolik. Kelainan ini berhubungan dengan gangguan kinetik asam urat yang hiperurisemia. Hiperurisemia pada penyakit ini terjadi karena:

1. Pembentukan asam urat yang berlebih.
 - a. Gout primer metabolik disebabkan sintesis langsung yang bertambah.

- b. Gout sekunder metabolik disebabkan pembentukan asam urat berlebih karena penyakit lain, seperti leukemia, terutama bila diobati dengan sitostatika, psoriasis, polisitemia vera dan mielofibrosis.
2. Kurang asam urat melalui ginjal.
 - a. Gout primer renal terjadi karena ekskresi asam urat di tubuli distal ginjal yang sehat. Penyebab tidak diketahui
 - b. Gout sekunder renal disebabkan oleh karena kerusakan ginjal, misalnya glomeronefritis kronik atau gagal ginjal kronik.
3. Perombakan dalam usus yang berkurang. Namun secara klinis hal ini tidak penting.

2.1.3 Gambaran Klinis

Gout akut biasanya terjadi pada pria sesudah lewat masa pubertas dan sesudah menopause pada wanita, sedangkan kasus yang paling banyak ditemui pada usia 50-60. Gout lebih banyak dijumpai pada pria, sekitar 95 persen penderita gout adalah pria. Urat serum wanita normal jumlahnya sekitar 1 mg per 100 mL, lebih sedikit jika dibandingkan dengan pria. Tetapi sesudah menopause perubahan tersebut kurang nyata. Pada pria hiperurisemia biasanya tidak timbul sebelum mereka mencapai usia remaja (Nyoman Kartia, 2009).

Gout Akut biasanya monoartikular dan timbulnya tiba-tiba. Tanda-tanda awitan serangan gout adalah rasa sakit yang hebat dan peradangan lokal. Pasien mungkin juga menderita demam dan jumlah sel darah putih meningkat. Serangan akut mungkin didahului oleh tindakan pembedahan, trauma lokal, obat, alkohol dan stres emosional. Meskipun yang paling sering terserang mula-mula adalah ibu jari kaki, tetapi sendi lainnya dapat juga terserang. Dengan semakin lanjutnya

penyakit maka sendi jari, lutut, pergelangan tangan, pergelangan kaki dan siku dapat terserang gout. Serangan gout akut biasanya dapat sembuh sendiri. Kebanyakan gejala-gejala serangan Akut akan berkurang setelah 10-14 hari walaupun tanpa pengobatan.

Perkembangan serangan Akut gout biasanya merupakan kelanjutan dari suatu rangkaian kejadian. Pertama-tama biasanya terdapat supersaturasi urat dalam plasma dan cairan tubuh. Ini diikuti dengan pengendapan kristal-kristal urat di luar cairan tubuh dan endapan dalam dan seldtar sendi. Tetapi serangan gout sering merupakan kelanjutan trauma lokal atau ruptura tofi (endapan natrium urat) yang merupakan penyebab peningkatan konsentrasi asam urat yang cepat. Tubuh mungkin tidak dapat menanggulangi peningkatan ini dengan memadai, sehingga mempercepat proses pengeluaran asam urat dari serum. Kristalisasi dan endapan asam urat merangsang serangan gout. Kristal-kristal asam urat ini merangsang respon fagositosis oleh leukosit dan waktu leukosit memakan kristal-kristal urat tersebut maka respon mekanisme peradangan lain terangsang. Respon peradangan mungkin dipengaruhi oleh letak dan besar endapan kristal asam urat. Reaksi peradangan mungkin merupakan proses yang berkembang dan memperbesar diri sendiri akibat endapan tambahan kristal-kristal dari serum.

Periode antara serangan gout akut dikenal dengan nama gout inter kritikal. Pada masa ini pasien bebas dari gejala-gejala klinik. Gout kronik timbul dalam jangka waktu beberapa tahun dan ditandai dengan rasa nyeri, kaku dan pegal. Akibat adanya kristal-kristal urat maka terjadi peradangan kronik, sendi yang bengkak akibat gout kronik sering besar dan berbentuk nodular. Serangan gout Aut dapat terjadi secara simultan disertai gejala-gejala gout kronik. Tofi timbul

pada gout kronik karena urat tersebut relatif tidak larut. Awitan dan ukuran tofi sebanding dengan kadar urat serum. Yang sering terjadi tempat pembentukan tofi adalah: bursa olekranon, tendon Achilles, permukaan ekstensor dari lengan bawah, bursa infrapatella dan helix telinga

Tofi-tofi ini mungkin sulit dibedakan secara klinis dari rheumatoid nodul. Kadang-kadang tofi dapat membentuk tukak dan kemudian mengering dan dapat membatasi pergerakan sendi. Penyakit ginjal dapat terjadi akibat hiperurisemia kronik, tetapi dapat dicegah apabila gout ditangani secara memadai (Askandar Tjokprawiro dkk, 2007).

2.1.4 Komplikasi

Komplikasi asam urat biasanya terjadi pada penderita asam urat akut yang terlambat menangani penyakitnya. Jika kadar asam urat dalam darah melebihi batas normal (tinggi), maka akan merusak organ-organ tubuh, terutama ginjal karena saringannya akan tersumbat. Tersumbatnya saringan ginjal berdampak munculnya batu ginjal dan akhirnya bisa mengakibatkan gagal ginjal.

Asam urat pun merupakan faktor risiko untuk penyakit jantung koroner. Diduga kristal asam urat akan merusak endotel/pembuluh darah koroner. Dengan demikian jika kadar asam urat tinggi upayakan untuk menurunkannya agar kerusakan tidak menyebar ke organ-organ tubuh lainnya.

2.1.5 Patofisiologi

Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan gout. Salah satunya yang telah diketahui peranannya adalah konsentrasi asam urat dalam darah. Mekanisme serangan gout akut berlangsung melalui beberapa fase secara berurutan.

1. Presipitasi kristal monosodium urat.

Presipitasi monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma lebih dari 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sonovium, jaringan para-artikuler misalnya bursa, tendon, dan selaputnya. Kristal urat yang bermuatan negatif akan dibungkus (coate) oleh berbagai macam protein. Pembungkusan dengan IgG akan merangsang netrofil untuk berespon terhadap pembentukan kristal.

2. Respon leukosit polimorfonukuler (PMN)

Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit.

3. Fagositosis

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling kristal bersatu dan membran leukositik lisosom.

4. Kerusakan lisosom

Terjadi kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom, peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma.

5. Kerusakan sel

Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan.

2.1.6 Penatalaksanaan Arthritis Gout

1. Colchicin: dosis $0,5 \times 1,2$ kali/hari dan berikan sampai tanda inflamasi berkurang. Peran colchicin dalam terapi gout adalah menghambat pagositosis kristal monosodium asam urat oleh neutrofil. Efek samping: nyeri perut, diare, mual, muntah. Bila ada efek samping obat segera dihentikan. Dosis harus dikurangi pada pasien yang tua dengan gangguan fungsi ginjal/hati
2. NSAID: natrium diklofenak, ketoprofen, ibuprofen, endometasin, steroid.
3. Steroid: bila NSAID atau colchicin ada kontraindikasi, misalnya pada penderita insufisiensi renal, penderita tua atau kongestif. Diberikan lokal atau sistemik dengan aturan yang ketat karena efek samping kortikosteroid yang besar. Dosis oral prednisone 0,5 mg/kgBB/hari dan ditapering 10 mg/minggu.
4. Jangan memberikan allupurinol/ probenesid pada serangan akut kecuali penderita telah mengkonsumsi sebelumnya.
5. Pengobatan hiperurisemia
 - a. Diet rendah purin
 - b. Penghambat xantin oksidase: allupurinol dimulai dengan dosis 100 mg peroral sampai mencapai dosis antara 200-300 mg/hari, dosis maksimum 800 mg (dosis disesuaikan dengan fungsi ginjal). Peningkatan dosis sebaiknya pelan-pelan untuk menghindari penurunan asam urat yang mendadak, yang mana hal ini dapat mencetuskan serangan gout arthritis akut. Kadar serum asam urat dipertahankan $< 6,4$ mg/dl yaitu kadar di bawah titik saturasi asam

urat di dalam darah. Indikasi batu ginjal, tofus, ekskresi asam urat dalam urine > 800-1000/hari, alergi urikosurik. Efek samping: demam, Steven Johnson Syndrome, depresi sumsum tulang, vaskulitis, dan hepatitis.

- c. Urikosurik: probenecid dosis 1-2 g/hari sulfinipirazone dosis $2 \times 50 - 400$ mg/hari

Bahan – bahan rendah purin dan tinggi purin

Rendah	Tinggi purin
Sereal, beras, roti putih, sagu, tapioka	Daging, jeroan, bebek, daging awetan, ikan/hewan laut, sarden, kepiting, kerang, udang
Susu, telur, margarin, mentega, buah, kacang (dalam jumlah sedikit).	Ragi, bir, minuman alkohol
Kubis, sayur hijau	Kedelai, bayam, asparagus, bunga kol, jamur, emping
Minuman berkarbon	

2.1.7 Pencegahan Arthritis Gout

Diet rendah purin, turunkan berat badan, hindari alkohol, olahraga ringan dan teratur, hindari stres, colchisin dosis rendah efektif untuk menghindari eksaserbasi akut. Colchisin dapat diberikan sampai 6 bulan-1 tahun setelah serangan gout akut. Jika kadar serum asam urat bisa dipertahankan 5 mg/dl dan tidak ada serangan akut maka pemberian colchisin untuk maintenance dapat

dihentikan. Obat ini cukup toksik, terutama terhadap ginjal dan hepar, sehingga perlu hati-hati dalam penggunaannya (Askandar Tjokroprawiro dkk, 2007).

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Komunitas adalah suatu kesatuan hidup manusia yang menempati wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat serta terikat/dibatasi wilayah geografi. Contoh: kesatuan-kesatuan seperti kota, desa, RT, RW, dan lain-lain (Wahit, 2009).

Menurut WHO keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempumaan 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 pada dasarnya adalah pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan untuk seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Wahit, 2009).

Berdasarkan uraian diatas, pelayanan keperawatan kesehatan komunitas mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Merupakan perpaduan antara pelayanan keperawatan dengan kesehatan komunitas.
2. Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan (*continuity of care*).
3. Fokus pelayanan pada upaya peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) baik pada pencegahan tingkat pertama, kedua, maupun ketiga.
4. Terjadi proses alih peran dari perawat kesehatan komunitas kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian.
5. Ada kemitraan perawat kesehatan komunitas dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien.
6. Memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat.

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. Blum 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 kepearawatan.

- c. Tertanganinya kelompok-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. Terlayannya 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 Fungsi Keperawatan Komunitas

1. Memberikan pedoman yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
2. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya.
3. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien, serta melibatkan peran serta masyarakat.
4. Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya, sehingga mendapatkan pelayanan yang cepat agar mempercepat proses penyembuhannya.

2.2.5 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 poloklinik, 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

4. Individu

Individu adalah anggota keluarga sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, soial dan spiritual. Maka peran perawat adalah membantu agar individu dapat memenuhi kebutuhan dasarnya karena kelemahan fisik dan mental yang dialami, keterbatasan pengetahuannya dan kurangnya kemampuan menuju kemandirian.

5. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi. Antara keluarga satu dan yang lainnya saling tergantung dan berinteraksi, bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota yang lainya dan keluarga yang ada disekitarnya. Dari permasalahan tersebut, maka keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis :

- a. Keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan
- b. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga
- c. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan
- d. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan dalam perawatan
- e. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan

- f. Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.
6. Kelompok khusus
- Yaitu sekumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan antara lain :
- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan seperti lanjut usia.
 - b. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan kasus penyakit menular seperti: TBC, AIDS, Kusta dan lain-lain

2.3 Konsep Lanjut Usia

2.3.1 Definisi

Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Hawari, 2001). Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan (Pudjiastuti, 2003).

Batasan umur lansia menurut World Health Organization (WHO):

Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun

Lanjut usia (elderly) : 60-74 tahun

Lanjut usia tua (old) : 75-90 tahun

Usia sangat tua (very old) : di atas 90 tahun

2.3.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

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

1. Perubahan Fisik

a. Sel

Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel.

b. Sistem Persyarafan

Respon menjadi lambat dan hubungan antara persyarafan menurun, berat Otak menurun 10-20%, mengecilnya syaraf panca indra sehingga mengakibatkan berkurangnya respon penglihatan dan pendengaran, mengecilnya syaraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap suhu, ketahanan tubuh terhadap dingin rendah, kurang sensitive terhadap sentuhan.

c. Sistem Penglihatan

Menurun lapang pandang dan daya akomodasi mata, lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, pupil timbul sklerosis, daya membedakan warna menurun.

d. Sistem Pendengaran

Hilangnya atau turunnya daya pendengaran, terutama pada bunyi suara atau nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membran timpani menjadi atrofi menyebabkan oteosklerosis.

e. Sistem Cardiovaskuler

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, Kemampuan jantung menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, kehilangan sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah: kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg dan tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistole normal ± 170 mmHg, diastole normal ± 95 mmHg.

f. Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi beberapa factor yang mempengaruhinya yang sering ditemukan antara lain: Temperatur tubuh menurun, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktifitas otot.

g. Sistem Respirasi

Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan

kedalaman nafas turun. Kemampuan batuk menurun (menurunnya aktifitas silia), O₂ arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO₂ arteri tidak berganti.

h. Sistem Gastrointestinal

Banyak gigi yang tanggal, sensitifitas indra pengecap menurun, pelebaran esophagus, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun, peristaltik lemah, dan sering timbul konstipasi, fungsi absorpsi menurun.

i. Sistem Genitourinaria

Otot-otot pada vesika urinaria melemah dan kapasitasnya menurun sampai 200 mg, frekuensi BAK meningkat, pada wanita sering terjadi atrofi vulva, selaput lendir mengering, elastisitas jaringan menurun dan disertai penurunan frekuensi seksual intercourse berefek pada seks sekunder.

j. Sistem Endokrin

Produksi hampir semua hormon menurun (ACTH, TSH, FSH, LH), penurunan sekresi hormone kelamin misalnya: estrogen, progesterone, dan testoteron.

k. Sistem Kulit

Kulit menjadi keriput dan mengkerut karena kehilangan proses keratinisasi dan kehilangan jaringan lemak, berkurangnya elastisitas akibat penurunan cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, perubahan pada bentuk sel epidermis.

1. Sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan cairan dan rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon mengkerut dan mengalami sclerosis, atrofi serabut otot sehingga gerakan menjadi lamban, otot mudah kram dan tremor.

2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah:

- a. Perubahan fisik.
- b. Kesehatan umum.
- c. Tingkat pendidikan.
- d. Hereditas.
- e. Lingkungan.
- f. Perubahan kepribadian yang drastis namun jarang terjadi misalnya kekakuan sikap.
- g. Kenangan, kenangan jangka pendek yang terjadi 0-10 menit.
- h. Kenangan lama tidak berubah.
- i. Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal, berkurangnya penampilan, persepsi, dan ketrampilan, psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan dari factor waktu.

3. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun.

- a. Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.

- b. Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- c. Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- d. Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awariness of mortality*).

4. Perawatan Lansia

Perawatan pada lansia dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan yaitu:

a. Pendekatan Psikis

Perawat punya peran penting untuk mengadakan edukatif yang berperan sebagai support system, interpreter dan sebagai sahabat akrab.

b. Pendekatan Sosial

Perawat mengadakan diskusi dan tukar pikiran, serta bercerita, memberi kesempatan untuk berkumpul bersama dengan klien lansia, rekreasi, menonton televisi, perawat harus mengadakan kontak sesama mereka, menanamkan rasa persaudaraan.

c. Pendekatan Spiritual

Perawat harus bisa memberikan kepuasan batin dalam hubungannya dengan Tuhan dan Agama yang dianut lansia, terutama bila lansia dalam keadaan sakit.

2.4. Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1 Pengkajian

1. Pada tahap pengkajian, perawat melakukan pengumpulan data yang bertujuan mengidentifikasi data yang penting mengenai klien.

Yang perlu dikaji pada kelompok atau komunitas adalah:

- 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 sarannya, kapan saja dibuka, dan apakah biayanya terjangkau oleh komunitas. Rekreasi ini hendaknya dapat digunakan komunitas untuk mengurangi stress.

c. Status kesehatan komunitas

Status kesehatan dapat dilihat dari biostatistik dan vital statistic, antara lain angka mortalitas, angka morbiditas, IMR, MMR, serta cakupan imunisasi.

2. Analisa data dilaksanakan berdasarkan data yang telah diperoleh dan disusun dalam suatu format yang sistematis. Dalam menganalisa data memerlukan pemikiran yang kritis.

Data yang terkumpul kemudian dianalisa seberapa besar stressor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul pada masyarakat tersebut. Berdasarkan hal tersebut diatas dapat disusun diagnose keperawatan komunitas dimana terdiri dari: Masalah Kesehatan, Karakteristik populasi, Karakteristik Lingkungan (R. Fallen & R. Budi, 2010).

Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan masalah atau lazimnya disebut dengan etiologi. Untuk menetapkan etiologi dari masalah keperawatan di Komunitas dapat menggunakan beberapa pilihan di bawah ini :

- a. Faktor budaya masyarakat
- b. Pengetahuan yang kurang
- c. Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- d. Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- e. Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- f. Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- g. Kurangnya efektifnya pengorganisasian
- h. Kondisi lingkungan dan geografis yang kurang kondusif
- i. Pelayanan kesehatan yang kurang memadai
- j. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit
- k. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur perawatan kesehatan
- l. Faktor financial
- m. Komunikasi/ koordinasi dengan sumber pelayanan kesehatan kurang efektif

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 ada 3 diantaranya:
 - a. Diagnosa actual, dimana karakteistiknya adalah adanya data mayor (utama) sehingga masalah cukup valid untuk diangkat.
 - b. Diagonsa Resiko dan Resiko Tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor-faktor di komunitas yang beresiko. Data-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. Penulisannya menggunakan tabel potensial peningkatan. Diagnosa ini perlu diangkat dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi di komunitas yang sudah sehat tersebut 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	Komunikasi dengan sumber masyarakat	Pendengaran	Nutrisi
Sanitasi	Kontak sosial	Penglihatan	Pola istirahat dan tidur
Pemukiman	Perubahan peranan	Berbicara dan bahasa	Aktifitas fisik
Keamanan pemukiman/ tempat kerja yang lain	Hubungan antar anak	Geligi	Aktifitas fisik
	Kegelisahan agama	Pengamatan	Kebersihan
	Kesedihan	Nyeri	perorangan
	Stabilitas emosi	Kesadaran	Penyalahgunaan obat
	Seksualitas manusiawi	Bungkus/ kulit	Keluarga berencana
	Memelihara keorang tuaan	Fungsi neuromuskuluskeletal	Penyedia pelayanan kesehatan
	Anak/dewasa ditelantarkan	Respirasi	Peraturan penulisan resep
	Perlakuan salah terhadap anak/orang dewasa	Sirkulasi	Tekhnis prosedur
	Pertumbuhan dan perkembangan	Digesti – hidrasi	Lain - lain
	Lain - lain	Fungsi perut	
		Fungsi genitourinaria	
		Ante partum/ post partum	
		Lain - lain	

2.4.3 Menyusun Rencana Asuhan Keperawatan

Komponen dalam menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas antara lain:

1. Prioritas masalah, menggunakan skoring
2. Merumuskan Tujuan
 - a. Berorientasi pada masyarakat
 - b. Berorientasi pada masalah dan faktor-faktor penyebabnya
 - 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 sector 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 periodic
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, Lansia
 - b. Home Care

c. Rujukan

d. Pembinaan pada kelompok-kelompok di masyarakat

Pada pelaksanaan praktek keperawatan komunitas berfokus pada tingkat pencegahan yaitu:

1. Pencegahan Primer

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

2. Pencegahan Sekunder

Kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya perubahan derajat kesehatan masyarakat dan ditemukan masalah kesehatan. Pencegahan sekunder ini menekankan pada diagnosa dini dan tindakan untuk menghambat 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

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

2.5 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian menggunakan pendekatan community as partner meliputi : data inti dan data sub sistem.

A. Data Inti komunitas meliputi :

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

- a. Lokasi
- b. Batas wilayah/wilayah

2. Data demografi

- a. Jumlah penderita Asam Urat
- b. Berdasarkan jenis kelamin
- c. Berdasarkan kelompok penderita Asam Urat

Pada umumnya usia > 60 tahun lebih banyak yang menderita Asam Urat

B. Data sub sistem

1. Data lingkungan fisik

a. Fasilitas umum dan kesehatan

1) Fasilitas umum

Sarana kegiatan kelompok, meliputi : Karang taruna, Pengajian, Ceramah agama, PKK.

2) Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola.

3) Fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atau fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah sakit, Para dokter swasta, Praktek kesehatan lain.

4) Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

- a. Karakteristik pekerjaan
- b. Penghasilan rata-rata perbulan

3. Keamanan dan transportasi

Keamanan :

a. Diet makan

Kebiasaan makan makanan tinggi purin, Kebiasaan makan makanan berlemak, Lain-lain.

b. Kepatuhan terhadap diet

c. Kebiasaan berolahraga

d. Struktur organisasi : ada / tidak ada

e. Terdapat kepala desa dan perangkatnya

f. Ada organisasi karang taruna

g. Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, panti, posyandu)

h. Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)

i. Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Asam Urat : ada / belum ada

j. Peran serta partai dalam pelayanan kesehatan : ada / belum ada

4. Sistem komunikasi

a. Fasilitas komunikasi yang ada

Radio, TV, Telepon/handphone, Majalah/koran.

b. Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok Lansia dengan Asam Urat diantaranya adalah:

- 1) Poster tentang diit Asam Urat
- 2) Pamflet tentang penanganan Asam Urat
- 3) Leaflet tentang penanganan Asam Urat
- 4) Kegiatan yang menunjang kegiatan Asam Urat
- 5) Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas : ada/ tidak ada

5. Pendidikan

Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal : SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.5.2 Prioritas Masalah & Diagnosa Keperawatan

Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

1. Metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2002)

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan :	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :	Total
	Rendah	Tidak ada		
	Sedang	Rendah	Tidak ada	
	Tinggi	Sedang	Rendah	
		Tinggi	Sedang	

2. Metode penepisan OMAHA

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total

Keterangan :

- 1) Sesuai dengan peran perawat komunitas
- 2) Jumlah yang beresiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk penkes
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk di atasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat

- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Score :

- 0 : Sangat rendah
- 1 – 2 : Rendah
- 3 – 4 : Sedang
- 5 : Tinggi

3. Skoring diagnosis keperawatan komunitas (Depkes, 2003)

Masalah	1	2	3	4	5	6	Total

Keterangan :

- 1. Perhatian masyarakat
- 2. Prevalensi kejadian
- 3. Berat ringannya masalah
- 4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
- 5. Tersedianya sumber daya masyarakat
- 6. Aspek politis

Score :

- 0 : Sangat rendah
- 1 – 2 : Rendah
- 3 – 4 : Sedang
- 5 : Tinggi

Diagnosa Keperawatan

1. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan lansia berhubungan dengan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang tumbuh kembang lansia dan perubahan-perubahan pada lansia
2. Ketidakmampuan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.
3. Ketidapatuhan lansia melakukan pemeriksaan asam urat berhubungan dengan Faktor penghasilan yang rendah
4. Kurang pengetahuan lansia tentang diet asam urat berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet asam urat.

2.5.3 Rencana Keperawatan/Intervensi

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Kurangnya kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan lansia berhubungan dengan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang tumbuh kembang lansia dan perubahan - perubahan pada lansia.

Tujuan :

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

Kelompok Lansia RW II mampu:

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

Kriteria Hasil

- 6) Lansia mampu menyebutkan perubahan apa yang terjadi pada dirinya
- 7) Mampu menjelaskan penyebab perubahan yang terjadi pada lansia
- 8) Derajat kesehatan lansia meningkat

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.

Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

Tempat Pelaksanaan : Balai RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2. Diagnosa Keperawatan 2 : Ketidakmampuan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW II mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan secara efektif.
- 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia RW II mampu:
 - a) Mengetahui manfaat berobat ke fasilitas kesehatan yang ada
 - b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia.

Kriteria Hasil

- 1) Kegiatan pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif
- 2) Meningkatkan derajat kesehatan lansia
- 3) Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

Intervensi

1. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang Asam Urat serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindak lanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Kader dan Tokoh Masyarakat untuk rutin menghadiri Posyandu Lansia agar jadi contoh kepada Lansia setempat.

Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

Tempat Pelaksanaan : Balai RW II Kelurahan Manyar Sabrangan
Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa Keperawatan 3 : Ketidapatuhan lansia untuk melakukan pemeriksaan asam urat berhubungan dengan faktor penghasilan yang rendah

Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW II rutin untuk melakukan pemeriksaan asam urat di Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW II mampu:

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

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 II dan kegiatan posyandu lansia. Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

Intervensi

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

Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

Tempat Pelaksanaan : Balai RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

4. Diagnosa Keperawatan 4 : Kurang pengetahuan lansia tentang diet Asam Urat berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet Asam Urat.

Tujuan :

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW II mengerti tentang diet Asam Urat dan menerapkan dalam kehidupan sehari - hari.

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW II mampu:

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

Kriteria Hasil

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

Intervensi

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

Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat

Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

Tempat Pelaksanaan : Balai RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

Metode : Diskusi dan Tanya Jawab

Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2.5.3 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. 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

2.5.4 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