

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Gout**

##### **2.1.1 Pengertian**

Gout adalah penyakit akibat gangguan metabolik purin yang ditandai dengan hiperurisemia dan serangan sinovitis akut berulang-ulang. Kelainan ini berkaitan dengan penimbunan Kristal urat monohidrat monosodium dan pada tahap yang lebih lanjut terjadi degenerasi tulang rawan sendi (Muttaqin, 2011).

Gout merupakan sebuah penyakit di mana terjadi penumpukan asam urat dalam tubuh secara berlebihan, baik akibat produksi yang meningkat, pembuangan yang menurun, atau akibat dari peningkatan asupan makanan kaya purin (Sholeh, 2012).

Nilai normal Asam urat untuk Laki-laki 3,5 – 7 mg/dl dan untuk Perempuan 2,6 – 6 mg/dl (Noviyanti, 2015).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Penyakit Gout dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu primer dan sekunder (Sholeh, 2012) :

1. Gout primer adalah gout yang disebabkan faktor genetik dan lingkungan. Pada penyakit gout primer ini, 99% penyebabnya belum diketahui (idiopatik). Namun, kombinasi faktor genetik dan hormonal diduga yang menjadi penyebab terganggunya metabolisme. Akibatnya, produksi asam urat juga ikut meningkat. Gout jenis ini juga dapat diakibatkan karena berkurangnya pengeluaran asam urat dari tubuh.

2. Gout sekunder biasanya timbul karena adanya komplikasi dengan penyakit lain (hipertensi dan arteriosklerosis). Penyebab gout sekunder antara lain karena meningkatnya produksi asam urat akibat nutrisi yaitu mengkonsumsi makanan dengan kadar purin tinggi.

### **2.1.3 Etiologi**

Gejala gout akut disebabkan oleh reaksi inflamasi jaringan terhadap pembentukan Kristal urat monohidrat monosodium. 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 (Junaidi, 2013) :

1. Pembentukan asam urat yang berlebihan.
  - 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 sitostika, psoriasis, polisitemia vera dan mielofibrosis.
2. Kurang asam urat melalui ginjal.
  - a. Gout primer renal terjadi karena ekskresi asam urat di tubuh distal ginjal yang sehat.
  - b. Gout sekunder renal disebabkan oleh karena kerusakan ginjal, misalnya glomerulonefritis kronik atau gagal ginjal kronik (Junaidi, 2013).

### 2.1.4 Patofisiologi

Banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan gout, salah satunya yang telah diketahui perannya 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 ml/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sinovium, 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 factor kemotaksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis Kristal oleh leukosit.

#### 3. Fagositosis

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan akhirnya membrane vakuola disekelling Kristal bersatu dan membrane leukositik lisosom.

#### 4. Kerusakan lisosom

Terjadi kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hydrogen antara permukaan Kristal membrane lisosom. Peristiwa ini

menyebabkan robekan membrane dan pelepasan enzim-enzim dan oksidase radikal kedalam sitoplasma.

#### 5. Kerusakan sel

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

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gout terdiri dari artritis gout akut, interkritikal gout dan gout menahun dengan tofi. Ketiga stadium ini merupakan stadium yang klasik dan didapat deposisi yang progresif Kristal urat (Sudoyo dkk, 2006) :

#### 1. Stadium artritis gout akut

Radang sendi pada stadium ini sangat akut dan yang timbul sangat cepat dalam waktu singkat. Pasien tidur tanpa ada gejala apa-apa. Pada saat bangun pagi terasa sakit yang hebat dan tidak dapat berjalan. Biasanya bersifat monoartikuler dengan keluhan utama berupa nyeri, bengkak, terasa hangat, merah dan gejala sistemik berupa demam, mengigil dan merasa lelah. Apabila proses penyakit berlanjut, dapat terkena sendi lain yaitu pada pergelangan tangan/kaki, lutut, dan siku. Serangan akut ini dilukiskan oleh Sydenham sebagai: sembuh beberapa hari sampai beberapa minggu, bila tidak diobati, rekuren yang multiple, interval antar serangan singkat dan dapat mengenai sendi. Faktor pencetus serangan akut antara lain berupa trauma local, diet tinggi purin, kelelahan fisik, stress, tindakan operasi, pemakaian obat diuretik atau penurunan dan peningkatan asam urat.

## 2. Stadium interkritikal

Stadium ini merupakan kelanjutan stadium akut dimana terjadi periode interkritik asimtomatik. Walaupun secara klinik tidak didapatkan tanda-tanda radang akut, namun pada aspirasi sendi ditemukan Kristal urat,. Hal ini menunjukkan bahwa proses peradangan tetap berlanjut, walaupun tanpa keluhan. Keadaan ini dapat terjadi satu atau beberapa kali pertahun, atau dapat terjadi sampai 10 tahun tanpa serangan akut. Apabila tanpa penanganan yang baik dan pengaturan asam urat yang tidak benar, maka dapat imbul serangan akut yang lebih sering yang dapat mengenai beberapa sendi dan biasanya lebih berat. Manajemen yang tidak baik, maka keadaan interkritik akan berlanjut menjadi stadium menahun dengan pembentukan tofi.

## 3. Stadium arthritis gout menahun

Stadium ini umumnya pada pasien yang mengobati sendiri (*self medication*) sehingga dalam waktu lama tidak berobat secara teratur pada dokter. Arthritis gout menahun biasanya disertai tofi yang banyak dan terdapat poliartikuler. Tofi ini sering pecah dan sulit sembuh dengan obat, kadang-kadang dapat timbul infeksi sekunder. Pada tofus yang besar dapat dilakukan ekstirpasi, namun hasilnya kurang memuaskan. Lokasi tofi yang paling sering pada cuping telinga, olecranon, batu saluran kemih, sampai penyakit ginjal menahun.

### **2.1.6 Gejala dan Tanda-Tanda Gout**

Gejala dan tanda-tanda penyakit Gout bisa dilihat sebagai mana berikut (Sholeh, 2012) :

1. Hiperurisemia,
2. Arthritis pirai/gout akut, bersifat eksplosif, nyeri hebat, bengkak, merah, teraba panas pada persendian, dan akan sangat terasa pada waktu bangun tidur di pagi hari,
3. Terdapat Kristal urat yang khas dalam cairan sendi,
4. Terdapat tofi dengan pemeriksaan kimiawi,
5. Adanya serangan pada satu sendi, terutama sendi ibu jari, kaki,
6. Sendi terlihat kemerahan,
7. Terjadi pembengkakan asimetris pada satu sendi, dan
8. Tidak ditemukan bakteri pada saat serangan dan inflamasi.

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi yang sering terjadi akibat gout antara lain (Noviyanti, 2015) :

1. Kerusakan tubuler ginjal yang menyebabkan gagal ginjal kronik.
2. Batu ginjal ( kencing batu ).
3. Hipertensi dan albuminuria.
4. Jantung koroner.
5. Diabetes Mellitus
6. Erosi, deformitas dan ketidakmampuan aktivitas karena inflamasi kronis dan tofi yang menyebabkan degenerasi sendi.
7. Peradangan tulang, kerusakan ligament dan tendon.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

#### 1. Colchicin :

Efek samping yang ditemui diantaranya sakit perut, diare, mual atau muntah-muntah. Kolkisin bekerja pada peradangan terhadap kristal urat dengan menghambat kemotaksis sel radang. Dosis oral 0,5-0,6 mg per jam sampai nyeri, mual, atau diare hilang. Kemudian obat dihentikan biasanya pada dosis 4-6 mg, maksimal 8 mg.

#### 2. OAINS

OAINS yang paling sering digunakan adalah indometasin. Dosis awal 25-50 mg setiap 8 jam, diteruskan sampai gejala menghilang (5-10 hari). Kontraindikasinya jika terdapat ulkus peptikum aktif, gangguan fungsi ginjal dan riwayat alergi terhadap OAINS (obat anti inflamasi non steroid).

#### 3. Kortikosteroid

Jika sendi yang terserang monoartikular, pemberian intraartikular sangat efektif, contohnya triamsinolon 10-40 mg intraartikular. Untuk gout poliartikular, dapat diberikan secara intravena (metilprednisolon 40 mg/hari) atau oral (prednisone 40-60 mg/hari).

#### 4. Allupurinol

Penggunaan jangka panjang dapat mengurangi frekuensi serangan, menghambat pembentukan tofi, memobilisasi asam urat dan mengurangi besarnya tofi. Dapat juga digunakan untuk pengobatan pirai sekunder akibat polisitemia vera, metaplasia myeloid, hiperurisemia akibat obat dan radiasi. Efek allupurinol dilawan oleh salisilat, berkurang pada insufficient ginjal, dan tidak menyebabkan batu ginjal.

## 5. Analgesik

Diberikan bila rasa nyeri sangat hebat. Jangan diberikan aspirin karena dalam dosis rendah akan menghambat ekskresi asam urat dari ginjal dan memperberat hiperurisemia.

### 2.1.9 Pencegahan

Penyakit Gout merupakan salah satu penyakit yang sulit untuk dicegah, tetapi beberapa faktor pencetusnya dapat dihindari misalnya makanan yang kaya akan purin.

Pengelompokan makanan berdasarkan kandungan purinnya adalah sebagai berikut (Sholeh, 2012) :

- a. Golongan A : makanan yang mengandung purin tinggi (150-800 mg/100 gr bahan makanan) yaitu udang, kerang, sarden, dendeng, ragi tape, alkohol, dan makanan dalam kaleng.
- b. Golongan B : makanan yang mengandung purin sedang (50-150 mg/100 gr bahan makanan) yaitu ikan yang termasuk golongan daging sapi, kacang-kacangan, bayam, asparagus, buncis, jamur, daun singkong, dan kangkung.
- c. Golongan C : makanan yang mengandung purin lebih ringan (0-50 mg/100 gr bahan makanan) yaitu keju, susu, telur, dan buah-buahan.

Selain pengaturan pola makan itu sendiri, kita bisa melakukan pencegahan penyakit gout dengan hal-hal berikut :

1. Minum banyak air,
2. Menghindari minuman berakohol,
3. Mengurangi makanan yang kaya akan protein,
4. Bila memiliki kelebihan berat badan, segera turunkan.



## **2.2 Konsep Lanjut Usia**

### **2.2.1 Pengertian**

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Dimasa ini seorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, sosial 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).

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

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	: > 90 tahun

### 2.2.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Banyak kemampuan berkurang pada saat orang bertambah tua. Dari ujung sampai ujung kaki mengalami perubahan dengan makin bertambahnya umur.

Menurut Nugroho (2000) perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut:

#### 1. Perubahan fisik

##### 1) Sel

Jumlah 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.

##### 2) Sistem persyarafan

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

##### 3) Sistem pengelihatan

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

##### 4) Sistem pendengaran

Hilangnya atau turunnya daya pendengaran, terutama pada bunyi atau suara nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50%

terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otesklerosis.

#### 5) Sistem kardiovaskuler

Kantung 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) bias menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg dan tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, systole normal  $\pm$  170 mmHg, diastole normal  $\pm$  95 mmHg.

#### 6) Sistem pengaturan suhu tubuh

Pada pengaturan suhu hipotalamus thermostat yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi, beberapa faktor yang mempengaruhinya yang sering ditemukan antara lain: temperatur tubuh meneurun, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

#### 7) 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 aktivitas silia), O<sub>2</sub> arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO<sub>2</sub> arteri tidak berganti.

#### 8) Sistem gastrointestinal

Banyak gigi yang tanggal, sensitivitas indra pengecap menurun, pelebaran esophagus, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu

pengosongan menurun, peristaltic lemah dan sering timbul konstipasi, fungsi absorbs menurun.

9) Sistem genitourinaria

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

10) Sistem endokrin

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

11) Sistem kulit

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

12) Sistem musculoskeletal

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

## 2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturunan (*Hereditas*)
- 5) Lingkungan
- 6) Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian
- 7) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan *family*
- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik : perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

## 3. Perubahan Psikososial

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

- 1) Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.
- 2) Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- 3) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- 4) Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

#### 4. Perubahan Kognitif

Perubahan pada fungsi kognitif diantaranya adalah (Mubarak, 2009) :

- 1) Kemunduran pada tugas-tugas yang memerlukan memori jangka pendek,
- 2) Kemampuan intelektual tidak mengalami kemunduran
- 3) Kemampuan verbal dalam bidang *vocabulary* (kosa kata) akan menetap bila tidak ada penyakit yang menyertai

#### 5. Perubahan Spiritual

Perubahan yang terjadi pada aspek spiritual lansia adalah sebagai berikut (Mubarak, 2012) :

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya
- 2) Usia lanjut makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam cara berpikir dan bertindak dalam sehari-hari.
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Fowler adalah *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan bersikap adil.

### 2.2.3 Perawatan Lansia

Perawatan pada lansia dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan yaitu:

1. Pendekatan Psikis.

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

2. 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.

3. Pendekatan Spiritual.

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

## **2.3 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas**

### **2.3.1 Pengertian Keperawatan Komunitas**

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

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan keterpaduan masyarakatdengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan



preventif secara berkeainambungn dengan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, secara menyeluruh dan terpadu ditunjukkan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan anusia secara optimal.

### **2.3.2 Paradigma Keperawatan Komunitas**

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987).

#### **a. Manusia**

Manusia merupakan klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas) pada wilayah tertentu yang memiliki nilai, keyakinan, dan minat yang relative sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan. Manusia merupakan klien dengan perhatian khusus pada kasus resiko tinggi dan daerah terpencil, konflik, rawan serta kumuh.

#### **b. Lingkungan**

Lingkungan merupakan faktor internal dan eksternal yang memengaruhi klien, termasuk biopsikososiodultural-spiritual.

#### **c. Keperawatan**

Paradigma keperawatan adalah tindakan keperawatan yang bertujuan menekan stressor atau meningkatkan kemampuan komunitas untuk mengatasi stressor melalui pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

d. Kesehatan

Sehat merupakan kondisi terbebas dari masalah pemenuhan kebutuhan dasar komunitas atau merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak keberhasilan mengatasi stressor.

### **2.3.3 Tujuan Keperawatan Kesehatan Komunitas**

Keperawatan komunitas merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan sebagai upaya dalam pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan keperawatan langsung (direction) terhadap individu, keluarga dan kelompok didalam konteks komunitas serta perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan masalah atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi individu, keluarga serta masyarakat.

a. Tujuan Umum

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

b. 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 memerlukan /rawan yang 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 (Fallen & Budi, 2010).

#### **2.3.4 Sasaran Keperawatan Kesehatan 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.

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 mengukur

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

#### **2.3.5 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas**

Ruang lingkup praktek keperawatan masyarakat meliputi: upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, maupun resosiatif. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perseorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, dan rekreasi. Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat melalui pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas, dan kunjungan rumah. Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari puskesmas atau Rumah Sakit. Upaya rehabilitatif merupakan pemulihan terhadap pasien yang dirawat dirumah atau kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta, dan kegiatan fisioterapi pada penderita

stroke. Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat (Fallen & Budi, 2010).

### **2.3.6 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas**

a. Pendidik (Edukator)

Perawat memiliki peran untuk dapat memberikan informasi yang memungkinkan klien membuat pilihan dan mempertahankan autonominya.

Perawat selalu mengkaji dan memotivasi belajar klien.

b. Advokat

Perawat member pembelaan kepada klien yang tidak dapat bicara untuk dirinya.

c. Manajemen Kasus

Perawat memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengurangi fragmentasi, serta meningkatkan kualitas hidup klien.

d. Kolaborator

Perawat komunitas juga harus bekerjasama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan lain untuk mencapai tahap kesehatan yang optimal.

e. Panutan (Role Model)

Perawat kesehatan komunitas seharusnya dapat menjadi panutan bagi setiap panutan bagi setiap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan peran yang diharapkan. Perawat dituntut berperilaku sehat jasmani dan rohani dalam kehidupan sehari-hari.

f. Peneliti

Penelitian dalam Asuhan Keperawatan dapat membantu mengidentifikasi serta mengembangkan teori-teori keperawatan yang merupakan dasar dari praktik keperawatan.

g. Pembaharu (Change Agent)

Perawat kesehatan masyarakat dapat berperan sebagai agen pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terutama dalam mengubah perilaku dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Fallen & Budi, 2010).

## **2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **A. Pengumpulan Data**

Untuk memperoleh informasi mengenai masalah kesehatan pada masyarakat sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya ( Mubarak, 2005)

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

#### **1. Data Inti :**

- a) Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

Uraikan mengenai lokasi, luas wilayah, iklim, tipe komunitas, keadaan demografi, struktur politik, distribusi kekuatan komunitas dan pola perubahan komunitas.

- b) Data Demografi

Kaji jumlah komunitas berdasarkan : usia, jenis kelamin, status perkawinan, ras/suku, bahasa, tingkat pendapatan, pendidikan, pekerjaan, agama, dan komposisi keluarga.

- c) Vital Statistik

Jabaran atau uraian data tentang : angka kematian kasar atau CDR, penyebab kematian, angka pertambahan anggota, angka kelahiran.

- d) Status Kesehatan komunitas

Dapat dilihat dari : angka mortalitas, morbiditas, IMR, MMR, cakupan imunisasi, status kesehatan kelompok berdasarkan kelompok umur : Bayi,

Balita, Usia Sekolah, Remaja, dan Lansia, kelompok khusus di masyarakat: Ibu Hamil, Pekerja Industri, Kelompok Penyakit Kronis, Penyakit Menular.

Adapun pengkajian selanjutnya dijabarkan sebagaimana dibawah ini :

- a) Keluhan yang dirasakan saat ini oleh komunitas
- b) Tanda-tanda vital : Tekanan Darah, Nadi, Respirasi Rate, Suhu Tubuh.
- c) Kejadian penyakit (dalam satu tahun terakhir) :
  1. ISPA, Astma, TBC Paru
  2. Penyakit kulit
  3. Penyakit mata
  4. Penyakit Rheumatik
  5. Penyakit Jantung
  6. Penyakit gangguan jiwa
  7. Kelumpuhan
  8. Penyakit menahun lainnya
- d) Riwayat penyakit keluarga
- e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari:
  1. Pola pemenuhan nutrisi
  2. Pola pemenuhan cairan elektrolit
  3. Pola istirahat tidur
  4. Pola eliminasi
  5. Pola aktivitas gerak



6. Pola pemenuhan kebersihan diri

7. Status Psikososial :

- a. komunikasi dengan sumber-sumber kesehatan
- b. hubungan dengan orang lain
- c. peran di masyarakat
- d. kesedihan yang dirasakan
- e. stabilisasi emosi
- f. penelantaran anak atau lansia
- g. perlakuan yang salah dalam kelompok (perilaku tindakan kekerasan).

8. Status Pertumbuhan dan Perkembangan :

- a. pola pemanfaatan fasilitas kesehatan
- b. pola pencegahan terhadap penyakit dan perawatan kesehatan
- c. pola perilaku tidak sehat seperti : kebiasaan merokok, minuman kopi yang berlebihan, mengkonsumsi alkohol, penggunaan obat tanpa resep, penyalahgunaan obat terlarang pola konsumsi tinggi garam, lemak, dan purin.

## **2. Data Lingkungan Fisik**

a) Pemukiman

- 1. Luas bangunan
- 2. Bentuk bangunan : rumah, petak, asrama, pavilium
- 3. Jenis bangunan : permanen, semi permanen, non permanen
- 4. Atap rumah : genting, seng, welit, ijuk, kayu, asbes
- 5. Dinding : tembok, kayu, bamboo, atau lainnya

6. Lantai : semen, tegel, keramik, tanah, kayu atau lainnya
7. Ventilasi : kurang atau lebih dari 15-20% dari luas lantai
8. Pencahayaan : kurang/baik
9. Penerangan : kurang/baik
10. Kebersihan : kurang/baik
11. Pengaturan ruangan dan perabotan : kurang/baik
12. Kelengkapan alat rumah tangga : kurang/baik

b) Sanitasi

1. Penyediaan air bersih (MCK)
2. Penyediaan air minum
3. Pengelolaan jamban : bagaimana jenisnya, berapa jumlahnya dan bagaimana jaraknya dengan sumber air bersih.
4. Sarana pembuangan air limbah (SPAL)
5. Pengelolaan sampah : apakah ada sarana untuk tempat pembuangansampah, bagaimana pengelolaannya : dibakar, ditimbun, atau cara lainnya.
6. Polusi udara, air, tanah, atau suara/kebisingan
7. Sumber polusi : pabrik, rumah tangga, industry lainnya sebutkan.

c) Fasilitas

- d) Batas-batas wilayah
- e) Kondisi geografis

**3. Pelayanan Kesehatan dan Sosial**

a) Pelayanan kesehatan

1. Lokasi sarana kesehatan

2. Sumber daya yang dimiliki (tenaga kesehatan dan kader)
  3. Jumlah kunjungan
  4. Sistem rujukan
- b) Fasilitas sosial (pasar, toko, swalayan)
1. Lokasi
  2. Kepemilikan
  3. Kecukupan

#### **4. Ekonomi**

- a) Jenis pekerjaan
- b) Jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan
- c) Jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan
- d) Jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia

#### **5. Keamanan dan Transportasi**

- a) Keamanan
  1. Sistem keamanan lingkungan
  2. Penanggulangan kebakaran
  3. Penanggulangan bencana
- b) Transportasi
  1. Kondisi jalan
  2. Jenis transportasi yang dimiliki
  3. Sarana transportasi yang ada

#### **6. Politik dan Keamanan**

- a) Sistem Pengorganisasian
- b) Struktur Organisasi

- c) Kelompok Organisasi dalam komunitas
- d) Peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan

### **7. Sistem komunikasi**

- a) Sarana untuk komunikasi
- b) Jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas
- c) Cara penyebaran informasi

### **8. Pendidikan**

- a) Tingkat pendidikan komunitas
- b) Fasilitas pendidikan yang tersedia (formal atau non formal)
  - 1. Jenis pendidikan yang diadakan di komunitas
  - 2. Sumber daya manusia, tenaga yang tersedia
- c) Jenis bahasa yang digunakan

### **9. Rekreasi**

- a) Kebiasaan rekreasi
- b) Fasilitas tempat rekreasi (Deden Dermawan,2012).

### **Jenis Data**

#### **1. Data Subyektif**

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang diungkap secara langsung melalui lisan.

#### **2. Data Obyektif**

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan pengamatan dan pengukur.

## **Sumber Data**

### 1) Data Primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau tenaga kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok, dan komunitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

### 2) Data Sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record.

## **Cara pengumpulan data**

### 1) Wawancara atau anamnesa

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbale balik yang berbentuk Tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.

### 2) Pengamatan

Dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis keperawatan.

### 3) Pemeriksaan Fisik

Dalam keperawatan komunitas dimana salah satunya asuhan keperawatan yang diberikan adalah asuhan keperawatan keluarga, maka pemeriksaan fisik yang dilakukan dalam upaya membantu menegakkan diagnose keperawatan dengan cara :

**I (Inspeksi)** : Melakukan pengamatan pada bagian tubuh pasien atau keluarga pasien atau keluarga yang sakit.

**P (Palpasi)** : Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba pada bagian tubuh yang mengalami gangguan.

**A (Auskultasi)**: Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan bunyi pada bagian tubuh tertentu.

**P (Perkusi)** : Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk jari telunjuk atau reflex hammer pada bagian tubuh tertentu.

## **B. Pengolahan Data**

Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

### 1. Klasifikasi data atau kategorisasi data

Cara mengkategorikan data :

- a. karakter demografi
- b. karakter geografi
- c. karakter sosial ekonomi
- d. sumber dan pelayanan kesehatan

### 2. Perhitungan prosentase cakupan dengan menggunakan telly

### 3. Tabulasi data

### 4. Interpretasi data

## **C. Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data :

1. Menetapkan kebutuhan komunitas
2. Menetapkan kekuatan
3. Mengidentifikasi pola respon komunitas
4. Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan.

#### **D. Penentuan Masalah atau Perumusan Masalah Kesehatan**

Berdasarkan analisa data dapat diketahui masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi masyarakat, sekaligus dirumuskan yang selanjutnya dilakukan intervensi.

#### **E. Prioritas Masalah**

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan perlu pertimbangan berbagai factor sebagai kriteria, diantaranya :

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

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang kasus dan masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan.

Diagnosa keperawatan mengandung komponen utama, yaitu :

- a. (P) Problem (masalah) : merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi.
- b. (E) Etiologi (penyebab): menunjukkan penyebab masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat memberikan arah terhadap intervensi keperawatan, yang meliputi :
  1. Perilaku individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat
  2. Lingkungan fisik, biologi, psikologi, dan sosial
  3. Interaksi perilaku dan lingkungan
- c. (S) Sign atau Siymptom (tanda atau gejala) : informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnose, serangkaian petunjuk timbulnya masalah (Deden Dermawan,2012).

### **2.4.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Mubarak, 2009). Jadi perencanaan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan rencana keperawatan yang disusun harus mencakup perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan (Mubarak, 2009).

Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut :

1. Identifikasi alternative tindakan keperawatan



2. Tetapkan teknik dan prosedur yang akan digunakan
3. Melibatkan peran serta masyarakat dalam menyusun perencanaan melalui kegiatan musyawarah masyarakat desa atau lokakarya mini
4. Pertimbangkan sumber daya masyarakat dan fasilitas yang tersedia
5. Tindakan yang akan dilaksanakan harus dapat memenuhi kebutuhan yang sangat dirasakan masyarakat
6. Mengarah kepada tujuan yang akan dicapai
7. Tindakan harus bersifat realistis
8. Disusun secara berurutan

#### **2.4.4 Pelaksanaan**

Adalah pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah di rencanakan 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 dan Lansia
- b. Home Care
- c. Rujukan
- d. Pembinaan pada kelompok-kelompok di masyarakat

### **2.4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya. Evaluasi proses dan evaluasi hasil. Sedangkan fokus dari evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas adalah :

- a. Relevansi atau hubungan antara kenyataan yang ada dengan target pelaksanaan.
- b. Perkembangan atau kemajuan proses kesesuaian dengan perencanaan, peran staf atau pelaksanaan tindakan, fasilitas dan jumlah peserta.

- c. Efisiensi biaya. Bagaimanakah pencarian sumber dana dan penggunaannya serta keuntungan program.
- d. Efektifitas kerja. Apakah tujuan tercapai dan apakah klien atau masyarakat puas terhadap tindakan yang dilaksanakan.
- e. Dampak. Apakah status kesehatan meningkat setelah dilaksanakannya tindakan, apa perubahan yang terjadi dalam 6 bulan atau 1 tahun (Fallen & Budi, 2010).

## **2.5 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas**

### **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 gout
  - b. Berdasarkan jenis kelamin
  - c. Berdasarkan kelompok penderita gout

Anak-anak, Remaja, Dewasa, Lansia, Ibu hamil. Pada umumnya usia > 60 tahun lebih banyak yang menderita gout.

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 asin, 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 Hipertensi : ada / belum ada

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

#### Transportasi

1. Bagaimana dengan sarana transportasi. Kondisi jalan yang tersedia terbuat dari tanah, pedel (macadam), beton atau aspal.
2. Jenis transportasi yang dimiliki misalnya sepeda pancal, motor atau roda empat.
3. Sarana transportasi yang ada, apakah ada kendaraan umum atau tidak, jika tidak bagaimana dengan transportasi yang dipergunakan tiap hari oleh komunitas.

#### 4. Sistem komunikasi

a. Fasilitas komunikasi yang ada

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

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

- 1) Poster tentang diit Gout
- 2) Pamflet tentang penanganan Gout
- 3) Leaflet tentang penanganan Gout
- 4) Kegiatan yang menunjang kegiatan Gout

5. Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari

PuskesmasPendidikan

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**

### **A. Diagnosa Keperawatan (Wilkinson, 2012) :**

1. Ketidakefektifan dalam memodifikasi gaya hidup berhubungan dengan pemahaman kelompok lansia yang kurang tentang diet gout.
2. Potensial penurunan status kesehatan berhubungan dengan ketidakefektifan kelompok lansia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan.
3. Ketidakmampuan kelompok lansia dalam mengidentifikasi masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pemahaman tentang perubahan tentang perubahan yang terjadi pada lansia.
4. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan dukungan sosial keluarga yang kurang.

B. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

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

Tabel 2.1 Metode Paper and Pencil Tool

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan :	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :	Total
	1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi	0. Tidak ada 1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi	0. Tidak ada 1. Rendah 2. Sedang	

2. Metode penepisan OMAHA

Tabel 2.2 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 )

Tabel 2.3 Skoring diagnosis keperawatan komunitas

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

### 2.5.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan (Wilkinson, 2012) :

1. Diagnosa 1 : Ketidakefektifan dalam memodifikasi gaya hidup berhubungan dengan pemahaman kelompok lansia yang kurang tentang diet gout.

- a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu mematuhi program diet gout.

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia mampu:

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

- b. Kriteria Hasil

- 1) Kognitif :

Lansia mengerti tentang diet gout dan makanan yang menjadi pantangan gout.

- 2) Afektif :

Lansia mampu menerapkan menu diet gout dalam kehidupan sehari – hari.

- 3) Psikomotor :

Lansia mampu memilih dengan benar makanan yang menjadi pantangan gout.

c. Intervensi

1. Kaji gaya hidup kelompok lansia
2. Identifikasi penyebab masalah
3. Beri penyuluhan tentang Gout
4. Beri contoh menu diet Gout dan pantangan makanan penderita gout
5. Beri dorongan pada kelompok lansia agar memperhatikan diet yang dianjurkan pada penderita gout.
6. Kerjasama dengan lintas program sektor : Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita Diabetes Mellitus setiap kegiatan posyandu lansia.
  - a. Penanggung Jawab
    1. Ketua Kader Lansia
    2. Perawat setempat
  - b. Tempat Pelaksanaan : di wilayah RW
  - c. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP
2. Diagnosa 2 : Potensial penurunan status kesehatan berhubungan dengan ketidakaktifan kelompok lansia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan.
  - a. Tujuan
    - 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin,
    - 2) Tujuan jangka pendek  
Kelompok Lansia mampu:
      - a) Mengetahui tentang manfaat pemeriksaan kesehatan.
      - b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

b. Kriteria Hasil

1) Kognitif :

Lansia mengetahui tentang manfaat pemeriksaan kesehatan.

2) Afektif :

Lansia mampu bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan.

3) Psikomotor :

Lansia bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan mampu menjaga kesehatan tubuhnya untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia.

c. Intervensi

1. Beri pengetahuan pada kelompok lansia tentang manfaat melakukan pemeriksaan kesehatan.
2. Beri pemahaman efek jika tidak melakukan pemeriksaan kesehatan.
3. Anjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.
4. Beri dorongan untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan
5. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia.

a. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Lansia
2. Perawat setempat

b. Tempat Pelaksanaan : di wilayah RW

c. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa 3 : Ketidakmampuan kelompok lansia dalam mengidentifikasi masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pemahaman tentang perubahan yang terjadi pada lansia.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu menyesuaikan dirinya terhadap perubahan yang terjadi.
- 2) Tujuan jangka pendek : Kelompok Lansia mampu mengungkapkan penerimaan terhadap perubahan yang terjadi.

b. Kriteria Hasil

1) Kognitif :

Lansia mengetahui penyebab perubahan yang terjadi pada tubuhnya.

2) Afektif :

Lansia mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada tubuhnya.

3) Psikomotor :

Lansia mampu Melakukan pemeriksaan seara rutin setiap 1 bulan sekali ke pelayanan kesehatan.

c. Intervensi

1. Kaji perubahan yang terjadi pada lansia.
2. Beri pemahaman tentang kesehatan lansia serta perubahan yang terjadi pada lansia.
3. Bantu kelompok lansia untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.
4. Beri dukungan pada kelompok lansia dalam perawatan kesehatan.

5. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia.
  - a. Penanggung Jawab
    1. Ketua Kader Lansia
    2. Perawat setempat
  - c. Tempat Pelaksanaan : di wilayah RW
  - d. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP
3. Diagnosa 4 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan dukungan sosial keluarga yang kurang.
  - a. Tujuan
    - 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu berpartisipasi dalam skrening kesehatan.
    - 2) Tujuan jangka pendek : Kelompok Lansia mampu mencari sarana pelayanan kesehatan.
  - b. Kriteria Hasil
    - 1) Kognitif :

Lansia mengerti tentang pemeliharaan kesehatan pada lansia.
    - 2) Afektif :

Lansia mampu bersedia melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan kondisi lansia.
    - 3) Psikomotor :

Lansia mampu melakukan pemeriksaan seara rutin setiap 1 bulan sekali ke pelayanan kesehatan.

c. Intervensi

1. Identifikasi pengetahuan yang mempengaruhi pemeliharaan kesehatan.
2. Kaji kebutuhan lansia terhadap dukungan sosial keluarga.
3. Kaji kualitas dukungan yang tersedia.
4. Kerjasama dengan lintas program sektor : Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita Diabetes Mellitus setiap kegiatan posyandu lansia.
  - a. Penanggung Jawab
    1. Ketua Kader Lansia
    2. Perawat setempat
  - b. Tempat Pelaksanaan : di wilayah RW
  - c. 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 (Mubarak, 2012) :

1. Promotif :
  - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
  - b. Standarisasi nutrisi yang baik
  - c. Pemeriksaan kesehatan secara periodic



2. Preventif :
  - a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
  - b. Pemberian nutrisi khusus
  - c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
  - d. Pelayanan kesehatan langsung :
  - e. Pelayanan kesehatan di Posyandu Lansia
  - f. 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 (Mubarak, 2012).