



e-book keperawatan

Buku Pengayaan Uji Kompetensi

KEPERAWATAN GERONTIK

Musrifatul Uliyah

Health BOOKS

Buku Pengayaan Uji Kompetensi Keperawatan Gerontik

Penulis:

Musrifatul Uliyah & Tim EduNers

ISBN : 978-602-7786-16-5

Editor :

N. Aulia Aziz

Penyunting :

Enniq Mazayudha

Desain sampul dan Tata Letak

Fazira



Penerbit :

Health Books Publishing

Redaksi :

Jl Kaljudan Asri Indah No 33 Surabaya

Email : azizalimul74@gmail.com

Cetakan Pertama, Februari 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Kata Pengantar

Segala puji bagi Allah SWT Tuhan seluruh alam atas rahmat dan hidayah-NYA penulis akhirnya dapat menyelesaikan sebuah buku pengayaan uji kompetensi perawat dengan judul “ Buku Pengayaan Uji Kompetensi Keperawatan Gerontik ”. Buku ini ditulis untuk menyiapkan mahasiswa keperawatan yang akan menghadapi uji kompetensi perawat/ners.

Buku ini diperuntukan untuk mahasiswa keperawatan yang akan mengikuti uji kompetensi. Buku ini berisi tentang konsep dasar lansia, asuhan keperawatan pada berbagai kasus diantaranya demensia, rheumatoid arthritis, katarak, stroke, hipertensi dan TB Paru.

Atas selesainya buku ini, tim penulis mengucapkan terima kasih khususnya kepada semua yang terlibat dalam penyusunan, para reviewer dan pembaca. Akhirnya penulis sekali lagi mohon maaf, apabila ada kesamaan dalam penulisan dengan penulis terdahulu dan berterima kasih atas saran demi kesempurnaan buku ini

Surabaya, 21 Februari 2021
Penulis,

Tim EduNers

Daftar Isi

Kata Pengantar	3
Bab 1	5
Konsep Dasar Lansia	5
Bab 2	29
Asuhan Keperawatan Lansia dengan Masalah Kebutuhan Dasar	29
Bab 3	32
Asuhan Keperawatan Lansia dengan Demensia.....	32
Bab 4	36
Asuhan Keperawatan Lansia dengan Rhemathoid Arthritis	36
Bab 5	40
Asuhan Keperawatan Lansia dengan Katarak	40
Bab 6	44
Asuhan Keperawatan Lansia dengan CVA/Stroke	44
Bab 7	48
Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi	48
Bab 8	52
Asuhan Keperawatan Lansia dengan TB Paru	52
Bab 9	56
Latihan Soal Uji Kompetensi.....	56
Daftar Pustaka	69

Bab 1

Konsep Dasar Lansia

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan definisi lansia, batasan lansia, teori proses lansia, tipe lansia, perubahan fisik dan fungsi akibat proses lansia, perubahan mental, perubahan, psikososial, dan perubahan spiritual

1.1 Batasan Lanjut Usia

Menurut WHO, meliputi,

- Usia pertengahan (*middle age*), adalah kelompok usia (45-59 tahun).
- Lanjut usia (*eldery*) antara (60-74 tahun).
- Lanjut usia (*old*) antara (75 dan 90 tahun).
- Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

Menurut Sumiati Ahmad Mohammad, meliputi:

- Usia 0-1 tahun (masa bayi).
- Usia 1-6 tahun (masa prasekolah).
- Usia 6-10 tahun (masa sekolah).
- Usia 10-20 tahun (masa pubertas).
- Usia 40-65 tahun (masa setengah umur, prasenium).
- Usia 65 tahun keatas (masa lanjut usia, senium).

Menurut Jos Masdani, meliputi:

- Fase iuventus, antara usia 25-40 tahun.
- Fase verilitas, antara usia 40-50 tahun.
- Fase prasenium, antara usia 55-65 tahun.
- Fase senium, antara usia 65 tahun hingga tutup usia.

Menurut Koesoemanto Setyonegoro, meliputi:

- Usia dewasa muda (*Eldery Adulthood*) (usia 18/20-15 tahun).
- Usia dewasa penuh (*Middle years*) atau maturitas (usia 25-60/65 tahun).
- Lanjut usia (*Geriatric age*) (usia lebih dari 65/70 tahun), terbagi:
 - a. Usia 70-75 tahun (*young old*).
 - b. Usia 75-80 tahun (*old*).
 - c. Usia lebih dari 80 tahun (*very old*)

Menurut Bee (1996), meliputi:

- Usia 18-25 tahun (masa dewasa muda)
- Usia 25-40 tahun (masa dewasa awal)

- Usia 40-65 tahun (masa dewasa tengah)
- Usia 65-75 tahun (masa dewasa lanjut)
- Usia >75 tahun (masa dewasa sangat lanjut)

Menurut Hurlock (1979), meliputi:

- *Early old age* (usia 60-70 tahun)
- *Advanced old age* (usia 70 tahun keatas)

Menurut Burnside (1979), meliputi:

- *Young old* (usia 60-69 tahun).
- *Middle age old* (usia 70-79 tahun).
- *Old-old* (usia 80-89 tahun).
- *Very old-old* (usia 90 tahun keatas).

1.3 Teori-Teori Proses Menua

1. Teori Biologi

1) Teori Genetik Clock

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program genetik di dalam nuklei. Suatu saat akan berhenti proses miosis.

2) Teori Error

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh penumpukan berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia, akibat kesalahan tersebut akan berakibat kerusakan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan.

3) Teori autoimun

Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein pasca translasi yang dapat mengakibatkan kurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*). Jika mutasi somatik dapat menyebabkan terjadinya kelainan pada permukaan sel maka hal ini akan mengakibatkan sel mengalami perubahan.

4) Teori Free Radikal

Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein dan asam lemak tak jenuh. Makin tua umur makin banyak terbentuk radikal bebas sehingga proses

perusakan terus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

5) Teori Kolagen

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak. Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan menyebabkan kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya perbaikan sel jaringan.

2. Teori Psikososial

- 1) *Activity theory*, Penuaan mengakibatkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.
- 2) *Continuity theory*, Adanya suatu kepribadian berlanjut menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.
- 3) *Dissaggregation theory*, Putusnya hubungan dengan luar seperti dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain, yang dapat mempercepat proses penuaan.
- 4) *Theory Stratifikasi Usia*, Karena orang digolongkan dalam usia tua dan mempercepat proses penuaan.
- 5) *Theory kebutuhan manusia*, Orang yang bisa mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.
- 6) *Jung Theory*, Terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.
- 7) *Course Of Human Life Theory*, Seseorang dalam hubungan dengan lingkungan ada tingkat maksimum.
- 8) *Development Task Theory*, Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

3. Teori Sosiologis

1) Teori interaksi sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Kemampuan lanjut usia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuannya bersosialisasi.

2) Teori aktivitas atau kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut-ikutan serta dalam kegiatan sosial.

3) Teori kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Dengan demikian, pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia. Hal ini dapat dilihat dari gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tidak berubah, walaupun ia telah lanjut usia.

4) Teori pembebasan/ penarikan diri (*Disengagement Theory*)

Teori ini membahas putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya lanjut usia, apalagi ditambah dengan adanya kemiskinan, lanjut usia secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering lanjut usia mengalami kehilangan ganda (*triple loss*):

1.4 Tipe Lanjut Usia

- Tipe arif bijaksana
- Tipe mandiri
- Tipe tidak puas
- Tipe pasrah
- Tipe bingung

1.5 Perubahan Fisiologi Fungsi Tubuh Lansia

1. Sel

- Jumlah sel menurun
- Ukuran sel lebih besar
- Jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang
- Proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati menurun
- Jumlah sel otak menurun
- Mekanisme perbaikan otak terganggu
- Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%
- Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar

2. Sistem persarafan

- Menurun hubungan persarafan

- Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya)
- Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress
- Saraf panca indra mengecil
- Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- Kurang sensitif terhadap sentuhan
- Defisit memori

3. Sistem pendengaran

- Gangguan pendengaran. Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 65 tahun.
- Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
- Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkat keratin.
- Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan/stress.
- Tinitus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermiten).
- Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).

4. Sistem penglihatan

- Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang.
- Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.
- Penurunan/hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbiopia, seseorang sulit melihat dekat yang dipengaruhi berkurangnya elastisitas lensa.
- Lapang pandang menurun: luas pandangan berkurang.
- Daya membedakan warna menurun, terutama pada warna biru dan hijau

5. Sistem kardiovaskuler

- Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- Elastisitas dinding aorta menurun.

- Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun (frekuensi denyut jantung maksimal = $200 - \text{umur}$).
- Curah jantung menurun (isi semenit jantung menurun).
- Kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmhg (mengakibatkan pusing mendadak).
- Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.
- Tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat. Sistole normal ± 170 mmhg, ± 95 mmhg.

6. Sistem pengaturan suhu tubuh

- Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun.
- Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.
- Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

7. Sistem pernafasan

- Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
- Aktivitas silia menurun.
- Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dengan kedalaman bernafas menurun.
- Ukuran alveoli melebar (membesar secara progresif) dan jumlah berkurang.
- Berkurangnya elastisitas bronkus.
- Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmhg.
- Karbon dioksida pada arteri tidak berganti. Pertukaran gas terganggu.
- Refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang.
- Sensitivitas terhadap hipoksia.
- Sering terjadi emfisema senilis.
- Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring bertambahnya usia.

8. Sistem pencernaan

- Kehilangan gigi, penyebab utama periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
- Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas saraf pengecap di lidah terhadap rasa manis, asin, asam dan pahit.
- Esophagus melebar.
- Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
- Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- Fungsi absorpsi melemah (daya absorbs menurun, terutama karbohidrat).
- Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

9. Sistem reproduksi

Wanita:

- Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
- Ovari menciut, uterus mengalami atrofi.
- Atropi payudara.
- Atropi vulva.
- Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

Pria:

- Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik, yaitu: kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual, tidak perlu cemas karena proses alamiah, sebanyak $\pm 75\%$ pria usia diatas 65 tahun mengalami pembesaran prostat.

10. Sistem genitourinaria.

1) Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang. Akibatnya, urine menurun, berat jenis urine menurun,

proteinuria (biasanya+1), BUN (blood urea nitrogen) meningkatnya sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

Keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu bila dibandingkan dengan usia muda. Renal plasma flow (RPF) dan glomerular filtration rate (GFR) atau klirens kreatinin menurun secara linier sejak usia 30 tahun. Jumlah darah yang difiltrasi oleh ginjal berkurang.

2) Vesika urinaria

Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun, sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

3) Pembesaran prostat

Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

4) Atrofi vulva

Vagina seseorang yang semakin menua, kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. Tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksualnya seseorang berhenti. Frekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

11. Sistem endokrin

- Estrogen, progesteron, dan testosteron yang memelihara reproduksi dan gairah seks. Hormon ini mengalami penurunan.
- Kelenjar pankreas (yang memproduksi insulin dan sangat penting dalam pengaturan gula darah).
- Salah satu kelenjar endokrin dalam tubuh yang mengatur agar arus darah ke organ tertentu berjalan dengan baik, dengan jalan mengatur vasokonstriksi pembuluh darah. Kegiatan kelenjar anak ginjal ini berkurang pada lanjut usia.
- Produksi hampir semua hormon menurun.
- Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- Hipofisis: pertumbuhan hormon ada, tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah: berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH dan LH.
- Aktivitas tiroid, BMR (basal metabolic rate), dan daya pertukaran zat menurun.
- Produksi aldosteron menurun.

- Sekresi hormon, misalnya: progesterone, estrogen, dan testoteron menurun.

12. Sistem integumen

- Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- Permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik
- Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda cokelat.
- Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis.
- Respon terhadap trauma menurun.
- Mekanisme proteksi kulit menurun:
- Produksi serum menurun
- Produksi vitamin D menurun
- Pigmentasi kulit terganggu
- Kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu.
- Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
- Kuku kaki tumbuh secar berlebihan dan seperti tanduk.
- Jumlah dan fungsi kelenjar keringat beringat.

13. Sistem muskuloskeletal

- Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi.
- Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak
- Kifosis.
- Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- Gangguan gaya berjalan.
- Kekakuan jaringan penghubung.
- Diskusi intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- Persendian membesar dan menjadi kaku.
- Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

- Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami).
- Komposisi otot berubah sepanjang waktu (myofibril digantikan oleh lemak, kolagen, dan jaringan parut).
- Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.
- Otot polos tidak begitu berpengaruh.

1.6 Perubahan Mental pada Lansia

Perubahan dapat meliputi: sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat. Mengharapkan tetap diberi peran dalam masyarakat. Ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

1. Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
2. Kesehatan umum.
3. Tingkat pendidikan.
4. Keturunan (hereditas).
5. Lingkungan.

1.7 Perubahan Psikososial pada Lansia, akibat:

- Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
- Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/ posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas).
- Kehilangan teman/ kenalan atau relasi.
- Kehilangan pekerjaan/ kegiatan
- Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit).
- Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
- Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan social.
- Adanya gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.

- Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

1.8 Perubahan Spiritual pada Lansia

- Agama/kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow, 1970).
- Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari (Murray dan Zentner, 1970).
- Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut (folwer, 1978), perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan (Wahyudi Nugroho, 2012).

1.9 Pengkajian Khusus Lansia

1. *Mini Nutrition Assessment* (MNA)

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

- Berat badan
- Tinggi badan
- Indeks Massa Tubuh (IMT)

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Kategori :

- a. Kurang jika IMT < 18,5
- b. Normal jika IMT 18,5-25,0
- c. Lebih Jika IMT >25,0

- Lingkar Lengan Atas (LLA)

Kategori :

- a. Buruk jika LLA < 21
- b. Sedang jika LLA 21-22
- c. Baik/normal jika LLA >22

- Lingkar Betis

2. *Berg Balance Scale* (BBS)

Tes klinis yang banyak digunakan untuk mengukur kemampuan keseimbangan statis dan dinamis seseorang yang terdiri dari 14 perintah yang dinilai dengan menggunakan skala ordinal

Tujuan

Untuk mengukur keseimbangan baik secara statis maupun dinamis pada lansia dan menentukan risiko jatuh pada lansia (rendah, sedang, atau tinggi)

Alat dan bahan yang digunakan

- Stopwatch atau jam tangan
- Penggaris atau penanda dengan penanda 5 cm, 12,5 cm, dan 25 cm
- Kursi dengan penyangga lengan dan kursi tanpa penyangga lengan.
- Objek untuk diambil dari lantai
- Blok injakan kaki (step tool)
- Form penilaian Berg balance scale

Waktu tes dilakukan 15 –20 menit.

Hal –hal yang harus diperhatikan dalam pengukuran ini

- Hitung tanda-tanda vital untuk mengetahui tekanan darah. Apabila tekanan darah tinggi tidak boleh dilakukan penilaian Berg Balance Scale
- Tanyakan apakah lansia merasa pusing. Apabila lansia merasa pusing, penilaian ini tidak bisa dilakukan.
- Tes dilakukan pada lingkungan yang aman. Klien harus sadar dan mampu mengerti perintah yang diberikan. Tes bisa dihentikan jika lansia merasa pusing atau tidak kuat
- Prinsip tindakan ini dimulai dari gerakan yang paling mudah.
- Dokumentasikan nama, tanggal, waktu, jam dan respon lansia Para peneliti menyatakan bahwa Berg balance scale adalah alat yang terbaik untuk memprediksi resiko jatuh pada lansia (Vincent, 2007).

Indikator *Berg Balance Scale* berdasar *Canadian centre for activity and aging* tahun 2007 adalah sebagai berikut :

No	Indikator	Kemampuan	Skor
1	Duduk ke berdiri	4 mampu berdiri tanpa menggunakan tangan 3 mampu untuk berdiri namun menggunakan bantuan tangan 2 mampu berdiri menggunakan tangan setelah beberapa kali mencoba 1 membutuhkan bantuan minimal untuk berdiri 0 membutuhkan bantuan sedang atau maksimal untuk berdiri	
2	Berdiri tanpa bantuan	4 mampu berdiri selama dua menit 3 mampu berdiri selama dua menit dengan pengawasan 2 mampu berdiri selama 30 detik tanpa bantuan 1 membutuhkan beberapa kali untuk mencoba berdiri selama 30 detik tanpa bantuan 0 tidak mampu berdiri selama 30 detik tanpa bantuan	
3	Duduk tanpa sandaran punggung tetapi kaki sebagai tumpuan di lantai	4 mampu duduk dengan aman selama dua menit 3 mampu duduk selama dua menit di bawah pengawasan 2 mampu duduk selama 30 detik 1 mampu duduk selama 10 detik 0 tidak mampu duduk tanpa bantuan selama 10 detik	
4	Berdiri ke duduk	4 duduk dengan aman dengan penggunaan minimal tangan 3 duduk menggunakan bantuan tangan 2 menggunakan bantuan bagian belakan kaki untuk turun 1 duduk mandiri tapi tidak	

		mampu mengontrol pada saat dari berdiri ke duduk 0 membutuhkan bantuan untuk duduk	
5	Berpindah	4 mampu berpindah dengan sedikit penggunaan tangan 3 mampu berpindah dengan bantuan tangan 2 mampu berpindah dengan isyarat verbal atau pengawasan 1 membutuhkan seseorang untuk membantu 0 membutuhkan dua orang untuk membantu atau mengawas	
6	Berdiri tanpa bantuan dengan mata tertutup	4 mampu berdiri selama 10 detik dengan aman 3 mampu berdiri selama 10 detik dengan pengawasan 2 mampu berdiri selama 3 detik 1 tidak mampu menahan mata agar tetap tertutup tetapi tetap berdiri dengan aman 0 membutuhkan bantuan agar tidak jatuh	
7	Berdiri tanpa bantuan dengan dua kaki rapat	4 mampu merapatkan kaki dan berdiri satu menit 3 mampu merapatkan kaki dan berdiri satu menit dengan pengawasan 2 mampu merapatkan kaki tetapi tidak dapat bertahan selama 30 detik 1 membutuhkan bantuan untuk mencapai posisi yang diperintahkan tetapi mampu berdiri selama 15 detik 0 membutuhkan bantuan untuk mencapai posisi dan tidak dapat bertahan selama 15detik	
8	Meraih ke depan dengan	4 mencapai 25 cm (10 inchi)	

	mengulurkan tangan ketika berdiri	3 mencapai 12 cm (5 inchi) 2 mencapai 5 cm (2 inchi) 1 dapat meraih tapi memerlukan pengawasan 0 kehilangan keseimbangan ketika mencoba/memerlukan bantuan	
9	Mengambil objek dari lantai dari posisi berdiri Instruksi: Ambilah sepatu/sandal di depan kaki Anda	4 mampu mengambil dengan mudah dan aman 3 mampu mengambil tetapi membutuhkan pengawasan 2 tidak mampu mengambil tetapi meraih 2-5 cm dari benda dan dapat menjaga keseimbangan 1 tidak mampu mengambil dan memerlukan pengawasan ketika mencoba 0 tidak dapat mencoba/membutuhkan bantuan untuk mencegah hilangnya keseimbangan atau terjatuh	
10	Melihat ke belakang melewati bahu kanan dan kiri ketika berdiri	4 melihat ke belakang dari kedua sisi 3 melihat ke belakang hanya dari satu sisi 2 hanya mampu melihat ke samping tetapi dapat menjaga keseimbangan 1 membutuhkan pengawasan ketika menengok 0 membutuhkan bantuan untuk mencegah ketidakseimbangan atau terjatuh	
11	Berputar 360 derajat	4 mampu berputar 360 derajat dengan aman selama 4 detik atau kurang 3 mampu berputar 360 derajat	

		hanya dari satu sisi selama empat detik atau kurang 2 mampu berputar 360 derajat, tetapi dengan gerakanyang lambat 1 membutuhkan pengawasan atau isyarat verbal 0 membutuhkan bantuan untuk berputar	
12	Menempatkan kaki secara bergantian pada sebuah pijakan ketika berdiri tanpa bantuan	4 mampu berdiri mandiri dan melakukan 8 pijakan dalam 20 detik 3 mampu berdiri mandiri dan melakukan 8 kali pijakan > 20 detik 2 mampu melakukan 4 pijakan tanpa bantuan 1 mampu melakukan >2 pijakan dengan bantuan minimal 0 membutuhkan bantuan untuk mencegah jatuh/tidak mampu melakukan	
13	Berdiri tanpa bantuan satu kaki di depan kaki lainnya	4 mampu menempatkan kedua kaki (tandem) dan menahan selama 30 detik 3 mampu memajukan kaki dan menahan selama 30 detik 2 mampu membuat langkah kecil dan menahan selama 30 detik 1 membutuhkan bantuan untuk melangkah dan mampu menahan selama 15 detik 0 kehilangan keseimbangan ketika melangkah atau berdiri	
14	Berdiri dengan satu kaki	4 mampu mengangkat kaki dan menahan >10 detik 3 mampu mengangkat kaki dan menahan 5-10 detik 2 mampu mengangkat kaki dan menahan >3 detik	

		1 mencoba untuk mengangkat kaki, tidak dapat bertahan selama 3 detik tetapi dapat berdiri mandiri 0 tidak mampu mencoba	
--	--	---	--

Kriteria Penilaian :

- 0 –20 Resiko jatuh tinggi dan perlu menggunakan alat bantu jalan berupa kursi roda.
- 21 –40 Resiko jatuh sedang dan perlu menggunakan alat bantu jalan seperti tongkat, kruk, dan walker
- 41 –56 Resiko jatuh rendah dan tidak memerlukan alat bantu

3. Morse Fall Scale (MFS)

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

No	Kriteria	Penilaian	Skor
1	Riwayat jatuh: baru saja atau dalam 3 bulan	Tidak = 0 Ya = 25	
2	Diagnosis lain	Tidak = 0 Ya = 15	
3	Bantuan berjalan	Tidak ada, tirah baring, di kursi roda, bantuan perawat = 0 Tongkat ketiak (crutch), tongkat (cane), alat bantu berjalan (walker) = 15 Furnitur= 30	
4	IV/heparin lock	Tidak = 0 Ya = 20	
5	Cara berjalan/berpindah	Normal, tirah baring, tidak bergerak = 0 Lemah = 10	

		Terganggu = 20	
6	Status mental	Mengetahui kemampuan diri = 0 Lupa keterbatasan = 15	

Kriteria Penilaian :

- 0-24 Tidak Ada Risiko
 25-50 Risiko Rendah
 ≥ 51 Risiko Tinggi

4. Mini mental state exam (MMSE)

Dalam pemeriksaan neuropsikologi pasien, penilaian penurunan derajat kognitif harus menggunakan test MMSE (*Mini Mental State Exam*), dimana test itu memberikan penilaian mental dan perilaku pasien yang meliputi lima bagian pokok yaitu:

1. Atensi
2. Bahasa
3. Memori
4. Visual ruang
5. Fungsi eksekutif

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

No	Kriteria	Skor Penilaian Maksimal	Skor
1	Orientasi, sebutkan, • tahun berapa sekarang • musim apa • tanggal • bulan • hari	5	
2	Sebutkan di mana kita sekarang	5	

	• Negara • Propinsi • Kota • rumah sakit • bagian		
3	Registrasi Pemeriksa menyebutkan 3 nama benda dengan antara 1 detik waktu menyebut nama benda tersebut (misalnya : buku, mangkok, payung). Setelah selesai suruh penderita menyebutnya. Beri angka 1 untuk tiap jawaban yang betul. Kemudian, bila salah, suruh ulang sampai betul semua	3	
4	Perhatian (atensi) dan kalkulasi Hitungan kurang 7. Misalnya $100 - 7$, pendapatannya (hasilnya) dikurang lagi dengan 7, demikian seterusnya sampai 5 jawaban. Jadi : $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79; 72; 65$. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul. Tes 4 ini dapat di ganti dengan tes mengeja, yaitu mengeja mundur kata : kartu (utrak)	5	
5	Mengingat Kembali (recall) Tanyakan nama benda yang telah di sebutkan pada pertanyaan nomor 3. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul.	3	
6	Anda tunjuk pada pinsil dan arloji. Suruh pasien menyebutkan nama benda yang anda tunjuk	2	
7	Suruh pasien mengulang kalimat berikut : “ Tanpa kalau, dan atau tetap	1	
8	Suruh pasien melakukan 3 tingkat, yaitu : Ambil kertas dengan tangan kananmu Lipat kedua kertas itu Dan letakkan kertas itu di lantai	3	
9	Anda tulis kalimat suruhan dan suruh pasien melakukannya : “ Tutup matamu	1	
10	Suruh penderita menulis satu kalimat pilihannya sendiri (kalimat harus mengandung subyek dan obyek dan harus mempunyai	1	

	makna. Salah eja tidak diperhitungkan bila memberi skor		
11	Perbesarlah gambar dibawah ini sampai 1,5 cm tiap sisi dan suruh pasien mengkopinya, berilah angka 1 bila semua sisi digambarnya dan potongan antara segi lima tersebut membentuk segi empat	1	

Kriteria Penilaian :

25 –30	Baik/Normal
21 –24	Gangguan Kognitif ringan
10 –20	Gangguan Kognitif sedang
< 10	Gangguan Kontifi berat

5. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

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

No	Kriteria	Skor
1	Apakah pada dasarnya Anda puas dengan kehidupan Anda ? (tidak)	
2	Apakah Anda telah banyak menghentikan aktivitas dan minat –minat Anda ? (ya)	
3	Apakah Anda merasa hidup Anda kosong ? (ya)	
4	Apakah Anda sering merasa bosan ? (ya)	
5	Apakah Anda banyak menaruh harapan pada masa depan ? (tidak)	
6	Apakah Anda merasa terganggu dengan adanya pemikiran bahwa Anda tidak dapat lepas dari pikiran yang sama ? (ya)	
7	Apakah Anda cukup bersemangat dalam sebagian besar waktu Anda ? (tidak)	
8	Apakah Anda takut bahwa suatu hal yang buruk akan menimpa Anda ? (ya)	
9	Apakah Anda merasa gembira dalam sebagian besar waktu Anda ? (tidak)	
10	Apakah Anda merasa tidak mungkin tertolong ? (ya)	

11	Apakah Anda sering menjadi gelisah atau sering / mudah terkejut ? (ya)	
12	Apakah Anda lebih suka tinggal di rumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ? (ya)	
13	Apakah Anda sering mengkhawatirkan masa depan ? (ya)	
14	Apakah Anda berpikir bahwa Anda memiliki masalah – masalah ingatan lebih banyak daripada sebagian besar orang ? (ya)	
15	Apakah Anda berpikir bahwa tetap hidup saat ini merupakan suatu hal yang menyenangkan ? (tidak)	
16	Apakah Anda sering merasa tidak enak hati atau sedih ? (ya)	
17	Apakah Anda berpikir bahwa Anda benar – benar tidak berharga saat ini ? (ya)	
18	Apakah Anda cukup sering khawatir mengenai masa lampau (ya)	
19	Apakah Anda merasa bahwa kehidupan itu menyenangkan ? (tidak)	
20	Apakah sulit bagi Anda untuk memulai suatu proyek baru ? (ya)	
21	Apakah Anda merasa diri Anda penuh energi ? (tidak)	
22	Apakah Anda merasa bahwa situasi yang ada menggambarkan keputusan ? (ya)	
23	Apakah Anda berpikir bahwa sebagian besar orang lebih baik dari diri Anda sendiri ? (ya)	
24	Apakah Anda sering menjadi kesal, dikarenakan suatu hal kecil ? (ya)	
25	Apakah Anda sering merasa menangis ? (ya)	
26	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi ? (ya)	
27	Apakah Anda menikmati bangun pada pagi hari ? (tidak)	
28	Apakah Anda lebih sukamenghindari perkumpulan sosial ? (ya)	
29	Apakah mudah bagi Anda untuk membuat suatu keputusan ? (tidak)	
30	Apakah pemikiran atau benak Anda sejernih masa – masa lampau ? (tidak)	

Kriteria Penilaian :

Responden mendapat skor 1 jika jawaban responden sesuai dengan jawaban yang ada, hasil akhir:

0-9	Normal
10-19	Depresi ringan
20-30	Depersi Berat

6. Pengukuran *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Barthel Indeks

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
1	Makan (<i>Feeding</i>)	0=Tidak dapat 1=Perlu bantuan untuk memotong dll 2=Mandiri	
2	Mandi (<i>Bathing</i>)	0=Tergantung orang lain 1=Mandiri	
3	Perawatan diri (<i>Grooming</i>)	0=Perlu bantuan 1 = Mandiri	
4	Berpakaian (<i>Dressing</i>)	0=Tergantung 1=Sebagian dibantu /perlu bantuan 2=Mandiri	
5	Buang air kecil (<i>Bowel</i>)	0=Tidak bisa mengontrol (perlu di kateter dan tidak dapat mengatur 1=BAK kadang-kadang (sekali/24 jam) 2=Terkontrol penuh (lebih dari 7hari)	
6	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	0=Inkontinensia (perlu enema) 1=Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Terkontrol penuh	
7	Penggunaan toilet	0=Tergantung bantuan orang lain 1 = Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri 2=Mandiri	

8	Berpindah (tidur atau duduk)	0=Tidak dapat 1=Butuh bantuan (2 orang) 2= Dapat duduk dengan sedikit 3=Mandiri	
9	Mobilitas	0=Tidak bergerak/tidak mampu 1=mandiri dengan kursi roda 2=Berjalan dengan bantuan 3=Mandiri	
10	Naik turun tangga	0=Tidak mampu 1=Perlu bantuan 2=Mandiri	

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan

6. Pengukuran *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kats Indeks

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

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, BAB atau BAK, berpindah, ke kamar kecil mandi dan berpakaian.
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi,berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut.

Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F
-----------	---

Bab 2

Asuhan Keperawatan Lansia dengan Masalah Kebutuhan Dasar

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian rhemathoid arthritis, klasifikasi, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan dan Intervensi keperawatan

2.1 Masalah Kebutuhan Dasar pada Lansia

Masalah kebutuhan dasar yang sering ditemukan pada lansia, meliputi:

- Oksigenasi
- Cairan
- Nutrisi
- Eliminasi
- Perawatan diri
- Aktivitas
- Aman dan nyaman
- Istirahat dan tidur.

2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering terjadi pada masalah kebutuhan dasar pada lansia, diantaranya:

- Bersihan jalan napas tidak efektif
- Pola nafas tidak efektif
- Hipovolemia
- Deficit nutrisi
- Inkontinensia urin: urgensi, stress, fungsional
- Konstipasi
- Nyeri akut
- Gangguan mobilitas fisik
- Defisit perawatan diri: bathing, toileting, dressing, feeding

2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada lansia dengan masalah kebutuhan dasar, meliputi:

- Bersihan jalan napas tidak efektif
 - a. Latihan batuk efektif

- b. Manajemen jalan nafas
 - c. Pemantauan respirasi
- Pola nafas tidak efektif
 - a. Manajemen jalan nafas
 - b. Pemantauan respirasi
- Hipovolemia
 - a. Manajemen hypovolemia
 - b. Manajemen syok hypovolemia
- Deficit nutrisi
 - a. Manajemen nutrisi
 - b. Promosi berat badan
- Inkontinensia urin (Berlanjut, berlebih, refleks)
 - a. Kateterisasi urine
 - b. Perawatan inkontinensia urine
- Inkontinensia urin (fungsional, urgensi)
 - a. Perawatan inkontinensia urine
 - b. Latihan berkemih
- Inkontinensia urin (stres)
 - a. Latihan otot panggul
 - b. Perawatan inkontinensia urine
- Konstipasi
 - a. Manajemen eliminasi fekal
 - b. Manajemen konstipasi
- Nyeri akut
 - a. Manajemen nyeri
 - b. Pemberian analgetic
- Gangguan mobilitas fisik
 - a. Dukungan ambulasi
 - b. Dukungan mobilisasi
- Defisit perawatan diri: bathing, toileting, dressing, feeding
 - a. Dukungan perawatan diri

- b. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK
- c. Dukungan perawatan diri: Berhias
- d. Dukungan perawatan diri: Berpakaian
- e. Dukungan perawatan diri: Makan/minum
- f. Dukungan perawatan diri: Mandi

Bab 3

Asuhan Keperawatan Lansia dengan Demensia

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian demensia, etiologi, manifestasi klinik, penatalaksanaan, diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan

3.1 Pengertian Dimensia

Demensia adalah penurunan menyeluruh dari fungsi mental luhur yang bersifat progresif dan ireversibel dengan kesadaran yang baik. (Katona, 2012). Demensia adalah sindroma klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari.

3.2 Etiologi

Penyebab dari demensia adalah :

- Degenerasi neuron atau gangguan multifokal
- Penyakit vaskuler atau keadaan lanjut usia pada orang tua
- Faktor usia

Penyebab dari demensia non reversible :

1. Penyakit degeneratif :
 - Penyakit Alzheimer
 - Penyakit Pick
 - Penyakit Huntington
 - Kelumpuhan supranuktural progresif
 - Penyakit Parkinson, dll
2. Penyakit vaskuler
 - Penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infarak)
 - PenyakitBinswanger
 - Embolisme serebral
 - Arteritis
 - Anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung akibat intoksikasi karbon monoksida
3. Demensia traumatic
 - Perlakuan kranio-serebral
 - Demensia pugilistik
4. Infeksi

- Sindrom defisiensi imun depletan (AIDS)
- Infeksi opportunistic
- Penyakit creutzfeld-jacob progresif
- Kokeensefalopati multi fokal progresif
- Demensia pasca ensefalitis

3.3 Manifestasi Klinis

- Menurunnya gangguan memori jangka pendek jangka panjang
- Menurunnya bahasa (afasia nominal)
- Menurunnya pemikiran, penilaian
- Hilangnya kemampuan hidup sehari-hari (misalnya, mencuci, memakai oakaian, mengatur keuangan)
- Prilaku yang abnormal (misalnya, menyerang, berjalan-jalan tanpa tujuan, disinhibisi seksual) juga dapat muncul
- Apatis, depresi dan ansietas
- Pola tidur terganggu
- Mengantuk di siang hari
- Bingung membedakan siang dan malam
- Kegelisahan di malam hari
- Fenomena psikotik, terutama waham kejar (diperburuk dengan sifat pelupa)
- Auditorik
- Halusinasi visual.

3.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan awal meliputi pengobatan setiap penyebab demensia yang reversibel atau keadaan bingung yang saling tumpang tindih. Sekitar 10 persen pasien dengan demensia menderita penyakit sistemik atau neurologik yang dapat diobati. Sepuluh persen menderita pseudo demensia yang disebabkan oleh penyakit psikiatrik yang dapat diobati, dan 10 persen yang menderita penyebab penunjang yang dapat dimodifikasi seperti alkoholisme atau hipertensi.

Pasien demensia ringan dapat melanjutkan aktivitas di rumah yang relatif normal tetapi jarang di tempat kerja. Dengan berkembangnya demensia diperlukan lebih banyak pengawasan. Ketika gangguan menjadi lebih dalam, pasien membutuhkan banyak bantuan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Beberapa pasien yang terganggu agak berat dapat dapat hidup sendiri jika mereka mendapat dukungan dari masyarakat, termasuk kunjungan setiap hari dari keluarga atau teman,

kunjungan teratur oleh perawat masyarakat, pemberian makanan dan bantuan dari tetangga. Beberapa individu demensia ringan menjadi terganggu orientasinya dan bingung jika dipindahkan ke lingkungan yang tidak bisa seperti rumah sakit.

Pada stadium lanjut pasien mungkin dibantu dengan pengobatan untuk depresi, kecemasan, gelisah, gejala psikotik yang menyertainya. Atau insomnia dengan pengobatan psikotropik yang sesuai.aka tetapi, obat psikotropik yang membuat pasien demensia menjadi lebih bingung, membutuhkan pengurangan atau penghentian pengobatan.

Kebutuhan akan perawatan dari keluarga untuk pasien demensia adalah tinggi, terutama jika pasien gelisah pada malam hari dan membutuhkan pengawasan konstan untuk mencegah berjalan-jalan atau membahayakan diri sendiri.

3.5 Diagnosa Keperawatan

- Gangguan memori yang berhubungan dengan perubahan fisiologis (degenerasi neuron ireversibel) yang dibuktikan dengan hilang ingatan atau memori, hilang konsentrasi, tidak mampu menginterpretasikan stimulasi dan menilai realitas dengan akurat.
- Resiko cedera yang dibuktikan dengan klien menggunakan tongkat dan berhati-hati saat berjalan.

3.6 Intervensi Keperawatan

- Gangguan memori
 - a. Latihan memori
 - b. Orientasi realita
- Resiko cedera
 - a. Manajemen keselamatan lingkungan
 - b. Pencegahan cedera

Bab 4

Asuhan Keperawatan Lansia dengan Rhemathoid Arthritis

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian rhemathoid arthritis, klasifikasi rhemathoid arthritis, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan dan Intervensi keperawatan

4.2 Pengertian

Rheumatoid Arthritis, kata arthritis berasal dari dua kata Yunani. Pertama, arthron, yang berarti sendi. Kedua, itis yang berarti peradangan. Secara harfiah, arthritis berarti radang sendi. Sedangkan Rheumatoid Arthritis adalah suatu penyakit autoimun dimana persendian (biasanya sendi tangan dan kaki) mengalami peradangan, sehingga terjadi pembengkakan, nyeri dan seringkali akhirnya menyebabkan kerusakan bagian dalam sendi (Gordon, 2002).

4.3 Klasifikasi

Buffer (2010) mengklasifikasikan rheumatoid arthritis menjadi 4 tipe, yaitu:

1. Rheumatoid arthritis klasik pada tipe ini terdapat 7 kriteria dengan tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
2. Rheumatoid arthritis defisit pada tipe ini terdapat 5 kriteria dengan tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
3. Probable rheumatoid arthritis pada tipe ini terdapat 3 kriteria dengan tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
4. Possible rheumatoid arthritis pada tipe ini terdapat 2 kriteria dengan tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 3 bulan.

4.4 Tanda dan Gejala

- Nyeri persendian
- Bengkak (Rheumatoid nodule)
- Kekakuan pada sendi terutama setelah bangun tidur pada pagi hari
- Terbatasnya pergerakan
- Sendi-sendi terasa panas
- Demam (pireksia)
- Anemia
- Berat badan menurun
- Kekuatan berkurang
- Tampak warna kemerahan di sekitar sendi
- Perubahan ukuran pada sendi dari ukuran normal
- Pasien tampak anemik

Pada tahap lanjut akan ditemukan tanda dan gejala seperti :

- Gerakan menjadi terbatas
- Adanya nyeri tekan
- Deformitas bertambah pembengkakan
- Kelemahan
- Depresi

Gejala Extra artikular :

Pada jantung :

- Valvula lesion (gangguan katub)
- Pericarditis
- Myocarditis

Pada mata :

- Keratokonjungtivitis
- Scleritis

Pada limpa : Lymphadenopathy

Pada thyroid : Lymphocytic thyroiditis

4.5 Pemeriksaan

Tes darah biasanya dijalankan untuk membantu membuat diagnosis rheumatoid arthritis. Tes ini adalah memeriksa antibodi tertentu termasuk *anti-cyclic antibody citrullinated peptida* (ACPA), faktor rheumatoid (RF), dan antibodi antinuclear (ANA), yang hadir dalam sebagian besar pasien RA.

Faktor reumatoid (RF) muncul sekitar 75-80 persen dari pasien RA, dan RF yang tinggi dapat menunjukkan bentuk yang lebih agresif dari penyakit. Antibodi antinuklear (ANA) tidak spesifik untuk diagnosis untuk RA, namun kehadiran mereka dapat menunjukkan kepada dokter bahwa gangguan autoimun dapat ada.

Sebuah prosedur aspirasi sendi (*arthrocentesis*) dapat dilakukan untuk mendapatkan cairan sendi untuk menguji di laboratorium. Sebuah jarum steril dan jarum suntik yang digunakan untuk mengalirkan cairan dari sendi, yang kemudian dianalisis untuk mendeteksi penyebab pembengkakan sendi.

4.6 Diagnosa Keperawatan

- Nyeri Kronis berhubungan dengan penurunan cairan sinovial.
- Nyeri Akut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial
- Resiko cedera yang dibuktikan dengan klien menggunakan tongkat dan berjalan pelan- pelan.
- Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan penurunan kosentrasi.

4.7 Intervensi Keperawatan

- Nyeri Kronis
 - a. Manajemen nyeri
 - b. Perawatan kenyamanan
 - c. Terapi relaksasi
- Nyeri Akut
 - a. Manajemen nyeri
 - b. Pemberian analgetik
- Resiko cedera
 - a. Manajemen keselamatan lingkungan
 - b. Pencegahan cedera
- Defisiensi pengetahuan
 - a. Edukasi Kesehatan

Bab 5

Asuhan Keperawatan Lansia dengan Katarak

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian katarak, klasifikasi, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan

5.1 Pengertian

Menurut Corwin (2001), katarak adalah penurunan progresif kejernihan lensa. Lensa menjadi keruh atau berwarna putih abu-abu, dan ketajaman penglihatan berkurang. Katarak terjadi apabila protein-protein lensa yang secara normal transparan terurai dan mengalami koagulasi.

5.2 Klasifikasi

- Katarak kongenital, yang terdapat sejak lahir atau segera sesudahnya. Banyak katarak kongenital yang tidak diketahui penyebabnya walaupun mungkin terdapat faktor genetik, yang lain disebabkan oleh penyakit infeksi atau metabolik, atau berkaitan dengan berbagai sindrom.
- Katarak didapat, biasanya terkait dengan sebab-sebab spesifik. Katarak didapat terutama disebabkan oleh trauma, baik tumpul maupun tembus. Penyebab lain adalah uveitis, infeksi mata didapat, diabetes dan obat.
- Katarak traumatik, sering disebabkan oleh cedera benda asing di lensa atau trauma tumpul terhadap bola mata. Lensa menjadi putih segera setelah masuknya benda asing karena lubang pada kapsul lensa menyebabkan humor aqueus dan kadang-kadang korpus vitreum masuk ke dalam struktur lensa.
- Katarak komplikata, katarak sekunder akibat penyakit intraocular pada fisiologi lensa. Katarak biasanya berawal di daerah sub kapsul posterior dan akhirnya mengenai seluruh struktur lensa. Penyakit- penyakit intraokular yang sering berkaitan dengan pembentukan katarak adalah uveitis kronik atau rekuren, glaukoma, retinitis pigmentosa dan pelepasan retina.
- Katarak akibat penyakit sistemik
- Katarak bilateral dapat terjadi karena gangguan- gangguan sistemik berikut: diabetes mellitus, hipoparatiroidisme, distrofi miotonik, dermatitis atropik, galaktosemia, dan syndrome Lowe, Werner atau Down.
- Katarak toksik
- Katarak ikutan, menunjukkan kekeruhan kapsul posterior akibat katarak traumatik yang terserap sebagian atau setelah terjadinya ekstraksi katarak ekstrakapsular.

5.3 Tanda dan Gejala

- Kehilangan penglihatan secara bertahap dan tidak nyeri.
- Penglihatan baca yang buruk.
- Pandangan silau yang mengganggu dan penglihatan buruk pada sinar matahari yang terang.

- Pandangan silau yang membutakan akibat lampu sorot mobil pada pengemudi di malam hari.
- Kemungkinan memiliki penglihatan pada cahaya yang redup dibandingkan dengan cahaya yang terang.
- Area putih keabu-abuan dibelakang pupil.

5.4 Pemeriksaan

Pemeriksaan diagnostik

- Keratometri
- Pemeriksaan lampu slit
- Oftalmoskopi
- Ct - scan
- Perhitungan sel endotel penting untuk falkoemulsifikasi dan implantasi
- Oftalmoskopi tidak langsung menunjukkan area gelap di reflek merah yang normalnya homogen.
- Pemeriksaan slip lamp memastikan diagnosis kekeruhan lensa.

5.5 Diagnosa Keperawatan

- Gangguan persepsi sensorik : penglihatan
- Resiko cidera
- Resiko Jatuh
- Gangguan mobilitas fisik
- Defisit perawatan diri

5.6 Intervensi Keperawatan

- Resiko cidera
 - a. Manajemen keselamatan lingkungan
 - b. Pencegahan cedera
- Resiko Jatuh
 - a. Pencegahan jatuh
 - b. Manajemen keselamatan lingkungan
- Gangguan mobilitas fisik
 - a. Dukungan ambulasi
 - b. Dukungan Mobilisasi

- Defisit perawatan diri
 - a. Dukungan perawatan diri
 - b. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK
 - c. Dukungan perawatan diri: berhias
 - d. Dukungan perawatan diri: berpakaian
 - e. Dukungan perawatan diri: makan/minum
 - f. Dukungan Perawatan diri: mandi

Bab 6

Asuhan Keperawatan Lansia dengan CVA/Stroke

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian stroke, klasifikasi stroke, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan

6.1 Pengertian

Stroke atau Cerebro Vascular Accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Brunner dan Suddarth, 2002 : hal. 2131).

6.2 Klasifikasi

1. *Stroke Hemoragik*

Terjadi perdarahan cerebral dan mungkin juga perdarahan sub arachnoid yang disebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Umumnya terjadi pada saat melakukan aktifitas, namun juga dapat terjadi pada saat istirahat. Kesadaran umumnya menurun dan penyebab yang paling banyak adalah akibat hipertensi yang tidak terkontrol.

2. *Stroke Non Hemoragik*

Dapat berupa iskemia, emboli, spasme ataupun thrombus pembuluh darah otak. Umumnya terjadi setelah beristirahat cukup lama atau bangun tidur. Tidak terjadi perdarahan, kesadaran umumnya baik dan terjadi proses edema otak oleh karena hipoksia jaringan otak.

Stroke non hemoragik dapat juga diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakitnya, yaitu :

1) *TIA'S (Trans Ischemic Attack)*

Yaitu gangguan neurologist sesaat, beberapa menit atau beberapa jam saja dan gejala akan hilang sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) *Rind (Reversible Ischemic Neurologis Defict)*

Gangguan neurologist setempat yang akan hilang secara sempurna dalam waktu 1 minggu dan maksimal 3 minggu.

3) *Stroke in Volution*

Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan yang muncul semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini biasanya berjalan dalam beberapa jam atau beberapa hari.

4) *Stroke Komplit*

Gangguan neurologist yang timbul bersifat menetap atau permanent.

6.3 Tanda dan Gejala

Stoke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan

jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya.

- Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese atau hemiplegia)
- Lumpuh pada salah satu sisi wajah anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- Tonus otot lemah atau kaku
- Menurun atau hilangnya rasa
- Gangguan lapang pandang “Homonymus Hemianopsia”
- Afasia (bicara tidak lancar atau kesulitan memahami ucapan)
- Disartria (bicara pelo atau cadel)
- Gangguan persepsi
- Gangguan status mental
- Vertigo, mual, muntah, atau nyeri kepala.

6.4 Pemeriksaan

- 1) Angiografi serebral
Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
- 2) *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).
Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT).
- 3) CT scan
Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
- 4) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)
Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- 5) EEG
Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- 6) Pemeriksaan laboratorium
 - a. Lumbang fungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
 - b. Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
 - c. Pemeriksaan kimia darah: pada strok akut dapat terjadi hiperglikemia.

- d. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-rangsur turun kembali.
- e. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

6.5 Diagnosa Keperawatan

- Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak
- Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
- Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler

6.6 Intervensi Keperawatan

- Gangguan komunikasi verbal
 - a. Promosi Komunikasi : defisit bicara
 - b. Promosi komunikasi: defisit pendengaran
 - c. Promosi Komunikasi: defisit visual
- Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral
 - a. Perawatan sirkulasi
 - b. Manajemen sensasi perifer
- Defisit perawatan diri
 - a. Dukungan perawatan diri
 - b. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK
 - c. Dukungan perawatan diri: berhias
 - d. Dukungan perawatan diri: berpakaian
 - e. Dukungan perawatan diri: makan/minum
 - f. Dukungan Perawatan diri: mandi
- Gangguan mobilitas fisik
 - a. Dukungan ambulasi
 - b. Dukungan Mobilisasi

Bab 7

Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian hipertensi, klasifikasi, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan

7.1 Pengertian

Menurut WHO, penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar 95 mmHg

7.2 Klasifikasi

Menurut JNC VII berikut klasifikasi hipertensi :

Kategori	Sistole (mmHg)	Diastole (mmHg)
Normal	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110

7.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang sering dikeluhkan meliputi :

- Sakit kepala dan pusing
- Lemas, kelelahan
- Sesak nafas
- Gelisah
- Mual muntah
- Epistaksis
- Kesadaran menurun

7.4 Pemeriksaan

1. Hemoglobin/hematokrit. Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor-factor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia. BUN : memberikan informasi tentang perfusi ginjal
2. Glukosa. Hiperglikemi (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan katekolamin (meningkatkan hipertensi)
3. Kalium serum. Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik
4. Kalsium serum. Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

5. Kolesterol dan trigliserid serum. Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak
6. Pemeriksaan tiroid. Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
7. Kadar aldosteron urin/serum. Untuk mengkaji aldosteronisme primer
8. Asam urat. Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
9. Steroid urin. Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
10. IVP. Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal/ureter
11. Foto dada. Menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub, perbesaran jantung
12. CT scan. Untuk mengkaji tumor serebral, ensefalopati
13. EKG. Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

7.5 Diagnosa Keperawatan

- Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- Penurunan curah jantung
- Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dengan intake yang tidak adekuat
- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

7.6 Intervensi Keperawatan

- Gangguan perfusi jaringan serebral
 - a. Perawatan sirkulasi
 - b. Manajemen sensasi perifer
- Penurunan Curah Jantung
 - a. Perawatan jantung
 - b. Perawatan jantung akut
- Gangguan pemenuhan nutrisi kurang
 - a. Manajemen nutrisi
 - b. Promosi berat badan
- Intoleransi aktivitas

- a. Manajemen energi
- b. Terapi aktivitas

Bab 8

Asuhan Keperawatan Lansia dengan TB Paru

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian TB Paru, klasifikasi, tanda dan gejala, pemeriksaan, diagnosis keperawatan, dan intervensi keperawatan.

8.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi yang menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. (Price dan Wilson, 2005). Tuberkulosis Paru (TB Paru) adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang parenkim paru (Smeltzer, 2001).

8.2 Klasifikasi

1. **Tuberkulosis paru.** Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. Tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
2. **Tuberkulosis ekstra paru.** Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (perikardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

8.3 Tanda dan Gejala

- Batuk disertai dahak lebih dari 3 minggu.
- Sesak napas dan nyeri dada.
- Badan lemah, kurang enak badan.
- Berkeringat pada malam hari walau tanpa kegiatan berat badan menurun.

Tanda dan gejala pada klien secara obyektif adalah:

- Keadaan postur tubuh klien yang tampak terangkat kedua bahunya.
- BB klien biasanya menurun: agak kurus.
- Demam, dengan suhu tubuh bisa mencapai 40 - 41° C.
- Batuk lama, > 1 bulan atau adanya batuk kronis.
- Batuk yang kadang disertai hemoptoe.
- Sesak nafas.
- Nyeri dada.
- Malaise, (anorexia, nafsu makan menurun, sakit kepala, nyeri otot, berkeringat pada malam hari).

8.4 Pemeriksaan

Penatalaksanaan secara medik

Dalam pengobatan TB paru dibagi 2 bagian :

1. Jangka pendek.

Dengan tata cara pengobatan : setiap hari dengan jangka waktu 1 – 3 bulan.

- Streptomisin injeksi 750 mg.
- Pas 10 mg.
- Ethambutol 1000 mg.
- Isoniazid 400 mg.

2. Jangka panjang

Tata cara pengobatan : setiap 2 x seminggu, selama 13–18 bulan, tetapi setelah perkembangan pengobatan ditemukan terapi.

Terapi TB paru dapat dilakukan dengan minum obat saja, obat yang diberikan dengan jenis :

- INH.
- Rifampicin.
- Ethambutol.
- Dengan fase selama 2 x seminggu, dengan lama pengobatan kesembuhan menjadi 6-9 bulan.

3. Dengan menggunakan obat program TB paru kombipack bila ditemukan dalam pemeriksaan sputum BTA (+) dengan kombinasi obat :

- Rifampicin.
- Isoniazid (INH).
- Ethambutol.
- Pyridoxin (B6).

8.5 Diagnosa Keperawatan

- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret
- Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan berkurangnya keefektifan permukaan paru, atelektasis, dan sekret yang kental
- Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi paru

8.6 Intervensi Keperawatan

- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
 - a. Latihan batuk efektif
 - b. Manajemen jalan nafas
 - c. Pemantauan respirasi
- Gangguan pertukaran gas
 - a. Pemantauan respirasi

- b. Terapi oksigen
- Nyeri akut
 - a. Manajemen nyeri
 - b. Pemberian analgetik

Bab 9

Latihan Soal Uji Kompetensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu mengerjakan latihan soal uji kompetensi keperawatan gerontik dengan benar.

Latihan Soal

1. Perawat datang berkunjung ke rumah seorang perempuan berusia 82 tahun yang baru saja keluar dari rumah sakit karena sesak napas. Di rumah klien mendapatkan terapi oksigen 3 liter/menit dan obat-obatan lain. Perawat menjelaskan pada keluarga fungsi oksigen dan posisi yang tepat untuk klien.

Apakah setting layanan keperawatan kasus di tersebut?

- a. nursing home
- b. home care
- c. acute care
- d. respite care
- e. day service

Jawaban : B

2. Seorang perempuan 70 tahun datang ke poli klinik geriatrik dengan keluhan varises di kakinya yang semakin besar dan terasa nyeri. Hasil pengkajian didapatkan data: TD 160/80 mmHg, frekuensi nadi 70x/mnt, dan terlihat varises pada daerah otot gastroknemius.

Apakah perubahan fisiologis yang menyebabkan kondisi pada kasus tersebut?

- a. Kekakuan otot jantung
- b. Penebalan otot ventrikel jantung
- c. Hilangnya elastisitas pembuluh darah vena
- d. Arteri koroner mengalami penurunan aliran darah
- e. Serat otot jantung yang digantikan dengan jaringan ikat

Jawaban : C

3. Saat melakukan kunjungan rumah perawat bertemu seorang laki-laki berusia 62 tahun mengeluh pusing, telinga berdengung, penglihatan kabur dan rasa berat di tengkuk. Hasil pengkajian genogram, didapatkan data orang tua klien meninggal karena serangan stroke.

Apakah pemeriksaan fisik yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Mengukur JVP
- b. Mengukur tekanan darah
- c. Menginspeksi area dada

- d. Menghitung frekuensi napas
- e. Melakukan tes rinne dan swabach

Jawaban : B

4. Seorang perempuan berusia 60 tahun dengan BB 78 Kg dan TB 158 cm datang ke puskesmas karena hipertensi. Hasil pengkajian didapat klien mengatakan tidak menyukai masakan bersantan dan asin, tidak merokok dan tidak minum kopi.

Apakah faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah pada kasus tersebut?

- a. suku
- b. umur
- c. genetik
- d. obesitas
- e. diet tinggi garam dan lemak

Jawaban : B

5. Seorang laki-laki berusia 72 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan sesak napas. Hasil pemeriksaan: TD 160/90mmHg, frekuensi napas 27x/menit, frekuensi nadi 83x/menit, suara napas terdengar redup, klien bernapas menggunakan otot bantu napas, dan bernapas dengan mulut.
Pertanyaan Soal

Apakah diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. pola napas tidak efektif
- b. kelebihan volume cairan
- c. perilaku kesehatan beresiko
- d. bersihan jalan napas tidak efektif
- e. risiko penurunan fungsi kardiovaskular

Jawaban : A

6. Seorang perempuan berusia 69 tahun tinggal di panti: mengeluh pada petugas tidak nafsu makan dan terdapat sariawan dimulutnya. Petugas melaporkan kondisi tersebut pada perawat. Hasil pengkajian: Klien bau mulut, gigi terlihat kotor banyak sisa makanan, bibir kering dan tampak stomatitis pada mukosa mulut, berwarna merah dengan diameter 0,5cm.

Apakah intervensi keperawatan yang prioritas pada kasus tersebut?

- a. Meningkatkan intake cairan
- b. Menyediakan makanan lunak
- c. Menjaga kebersihan lingkungan
- d. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat
- e. Mengajarkan berkumur dengan *mouthwash non-alcohol*

Jawaban : E

7. Seorang laki-laki berusia 67 tahun tinggal di panti werdha mengeluh pada perawat yang bertugas tentang kulit kakinya yang hitam, kasar dan pecah-pecah. Klien mengatakan ini disebabkan karena dirinya bekerja sebagai pemulung di Bantar Gebang selama 20 tahun tanpa alas kaki. Hasil pengkajian: kulit kaki yang mengelupas, kotor dan tampak banyak bekas garukan kuku.

Apakah intervensi keperawatan yang tepat?

- a. Senam kaki
- b. Perawatan luka
- c. Perawatan kulit
- d. Perawatan kaki
- e. Mandi dengan sabun antiseptic

Jawaban : D

8. Seorang laki-laki berusia 72 tahun dikunjungi perawat ke rumahnya. Keluarga mengatakan klien sering keluyuran tanpa tujuan yang jelas, marah-marah dan menuduh anggota keluarga karena kehilangan sesuatu.

Apakah gangguan psikososial yang dialami klien tersebut?

- a. depresi
- b. delirium
- c. demensia
- d. psikozofrenia
- e. halusinasi

Jawaban : C

9. Seorang laki-laki berusia 77 tahun dengan BB 51 kg dan TB 173 cm, tinggal di Panti di ruangan Isolasi, menderita stroke sejak 2 tahun yang lalu, mengalami hemiplegi pada sisi dektra dan hanya terbaring di tempat tidur. Pengukuran

status fungsional dalam pemenuhan ADL (*Activity Dayly Lifing*) menunjukkan tingkat ketergantungan pada keenam fungsi. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TD 160/100 mmHg, RR= 22x/mnt, nadi=106x/menit, terdapat luka di daerah punggung dan sacrum dengan diameter luka 5 cm x 4 cm. Seluruh anggota keluarga sibuk bekerja sehingga tidak sempat memberikan latihan mobilisasi secara teratur.

Apakah alat (*tool*) yang digunakan untuk mengkaji status fungsional pada lansia sesuai dengan kasus diatas ?

- a. SPSMQ
- b. Indeks KATS
- c. APGAR Keluarga
- d. MMSE
- e. IDB

Jawaban : B

10. Seorang laki-laki berusia 77 tahun, tinggal di Panti di Ruangan Isolasi, menderita stroke sejak 2 tahun yang lalu, mengalami hemiplegi pada sisi dektra dan hanya terbaring di tempat tidur. Pengukuran status fungsional dalam pemenuhan ADL (*Activity Dayly Lifing*) menunjukkan tingkat ketergantungan pada keenam fungsi. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TD 160/100 mmHg, RR= 22x/mnt, nadi=106x/menit, terdapat luka di daerah punggung dan sacrum dengan diameter luka 5 cm x 4 cm. Seluruh anggota keluarga sibuk bekerja sehingga tidak sempat memberikan latihan mobilisasi secara teratur.

Apakah kategori tingkat kemandirian pada lansia sesuai dengan kasus diatas?

- a. B
- b. D
- c. F
- d. G
- e. H

Jawaban : D

11. Seorang perempuan berusia 72 tahun, tinggal di Panti sejak 3 hari yang lalu. Hasil anamnesa klien merasa kesepian, menangis saat menceritakan keluarganya, suka menyendiri, pasif saat mengikuti kegiatan panti, emosi labil dan mudah marah saat interaksi dengan temannya.

Apakah diagnosis keperawatan yang paling tepat pada kasus di atas?

- a. Gangguan interaksi sosial
- b. Gangguan konsep diri
- c. Gangguan Citra diri
- d. Perilaku kekerasan
- e. Isolasi sosial

Jawaban : A

12. Seorang laki-laki berusia 82 tahun tinggal di Panti Sosial Lanjut Usia. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan : pakaian kotor, buang air kecil sembarangan, jarang mandi. Terdapat lesi pada kulit dengan diameter 1 cm x 2 cm , mengeluarkan pus dan sedikit darah.

Apakah diagnosis keperawatan yang paling tepat sesuai kasus di atas?

- a. Gangguan integritas kulit
- b. Kurang perawatan diri
- c. Potensial infeksi
- d. Nyeri Akut
- e. Nyeri

Jawaban : B

13. Seorang perempuan berusia 79 tahun tinggal di Panti Sosial Lanjut Usia. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan nyeri pada sendi lutut, skala nyeri 5 (1-10), nyeri timbul di pagi hari saat bangun tidur, makan sedikit, dan sering melamun.

Apakah intervensi keperawatan prioritas yang paling tepat?

- a. Anjurkan makan sedikit tapi sering
- b. Libatkan klien dalam berinteraksi
- c. Anjurkan minum susu hangat
- d. Berikan kompres hangat di area persendian lutut
- e. Anjurkan bed rest

Jawaban : D

14. Seorang laki-laki berusia 87 tahun, telah tinggal di Panti Sosial Lanjut Usia sejak 1 tahun yang lalu. Hasil Anamnesa menyatakan pernah menderita CVA Infark 2 tahun yang lalu. Pemeriksaan fisik: kesadaran stupor, Tekanan darah :

190/100 mmHg, Nadi : 65 x/menit, suhu axila : 38,3 Celcius, Frekuensi napas : 28 x/menit.

Apakah intervensi keperawatan yang paling tepat sesuai kasus di atas?

- a. Berikan O₂ nasal kanul 3 lpm
- b. Observasi TTV setiap 1 jam
- c. Berikan O₂ masker 4 lpm
- d. Berikan kompres hangat
- e. Rujuk segera ke RS

Jawaban : E

15. Seorang perempuan usia 68 tahun tinggal di Panti Sosial Lanjut Usia. Hasil anamnesa: mengeluh sesak, batuk sudah 6 bulan, nyeri saat batuk. Pemeriksaan fisik : Berat badan 47 kg, tinggi badan 162 cm, frekuensi napas 26 x/menit, batuk produktif.

Apakah pemeriksaan yang paling tepat untuk melengkapi diagnosis pada kasus diatas?

- a. Auskultasi pleural friction rub
- b. Inspeksi ekspansi dada
- c. Palpasi vocal fremitus
- d. Auskultasi Wheezing
- e. Auskultasi Ronchi

Jawaban : E

16. Seorang laki-laki berusia 74 tahun menderita katarak pada kedua mata. Hasil anamnesa : pandangan kabur, silau bila terkena sinar, terjatuh saat bekerja. Klien tinggal sendiri di rumah dan bekerja sebagai pedagang dipasar. Pemeriksaan fisik: Tekanan darah : 130/90 mmHg, Nadi : 96 x/menit, suhu axila : 36,3 ° C, Frekuensi napas : 20 x/menit.

Apakah tindakan keperawatan yang paling tepat sesuai pada kasus di atas?

- a. Menganjurkan untuk minum obat vitamin A
- b. Menganjurkan memakai alat bantu jalan
- c. Memodifikasi lingkungan yang aman
- d. Menganjurkan tidak bekerja berat
- e. Menganjurkan untuk operasi

Jawaban : E

17. Seorang perempuan berusia 82 tahun, mengalami demensia dan mempunyai perubahan perilaku (sering jalan-jalan keluar rumah yang kemudian tidak dapat pulang). Hasil pengukuran MMSE menunjukkan nilai 16.

Apakah nama jenis perubahan perilaku pada kasus diatas?

- a. Wandering
- b. Sun Downing
- c. Paranoid
- d. Demensia
- e. Konfulsif

Jawaban : A

18. Seorang perempuan berusia 82 tahun, mengalami demensia dan mempunyai perubahan perilaku (sering jalan-jalan keluar rumah yang kemudian tidak dapat pulang). Hasil pengukuran MMSE menunjukkan nilai 16

Apa sajakah komponen yang dikaji pada MMSE?

- a. Status fungsional, orientasi, depresi
- b. Kemandirian, memori, orientasi
- c. Kognitif, orientasi, kalkulasi
- d. Kalkulasi, fungsional, memori
- e. Resistrasi, kalkulasi, depresi

Jawaban : C

19. Seorang perempuan berusia 82 tahun, tinggal serumah dengan anaknya, mengalami demensia dan mempunyai perubahan perilaku (sering jalan-jalan keluar rumah yang kemudian tidak dapat pulang). Hasil pengukuran MMSE menunjukkan nilai 16 dan APGAR score : 5

Apakah komponen “P” yang tertera pada APGAR?

- a. *Partnership*
- b. *Pro active*
- c. *Provocative*
- d. *Passive*
- e. *Persuasive*

Jawaban : A

20. Seorang perempuan berusia 82 tahun, tinggal serumah dengan anaknya, mengalami demensia dan mempunyai perubahan perilaku (sering jalan-jalan keluar rumah yang kemudian tidak dapat pulang). Hasil pengukuran MMSE menunjukkan nilai 16 dan APGAR score : 5

Apakah intervensi lingkungan fisik yang paling tepat dilakukan dalam menghadapi demensia yang terjadi pada kasus di atas?

- a. Penyesuaian waktu dengan membuat jadwal rutin
- b. Penyesuaian lingkungan malam hari (mandi air hangat, tidur teratur)
- c. Penyesuaian indera (mata, telinga)
- d. Penyesuaian nutrisi (gizi seimbang)
- e. Penyesuaian bentuk ruangan dan warnanya

Jawaban : E

21. Seorang perempuan berusia 82 tahun, tinggal serumah dengan anaknya, mengalami demensia dan mempunyai perubahan perilaku (sering jalan-jalan keluar rumah yang kemudian tidak dapat pulang). Hasil pengukuran MMSE menunjukkan nilai 16 dan APGAR score : 5

Apakah tindakan yang paling tepat dilakukan dalam menangani perubahan perilaku seperti pada kasus di atas?

- a. Hindari situasi yg memprofokasi
- b. Hindari argumentasi
- c. Berikan gelang pengenalan
- d. Sikap tenang & mantap
- e. Alihkan perhatian ke hal lain

Jawaban : C

22. Seorang Pria berusia 65 tahun tinggal di Panti Wreda mengeluh sudah satu minggu ini merasa badan terasa lemah, tidak nafsu makan, hanya menghabiskan kurang lebih setengah porsi makanan yang disajikan, sudah 3 hari ini tidak mengikuti kegiatan senam rutin setiap pagi karena lemas yang dirasakan, tampak murung, tidur sering terbangun.

Apakah Masalah utama pada klien diatas ?

- a. Gangguan pola tidur

- b. Hambatan mobilitas fisik
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
- d. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
- e. Sindrom gangguan interpretasi lingkungan

Jawaban : C

23. Seorang wanita usia 65 Tahun tampak duduk termenung sendirian di ruang pertemuan Panti Wreda, wajah terlihat murung.

Pertanyaan terbuka yang tepat untuk disampaikan agar klien mengungkapkan perasaannya adalah ?

- a. Apakah ibu sendirian ?
- b. Apakah ibu sedang memikirkan sesuatu ?
- c. Mengapa ibu sendirian ?
- d. Bagaimana perasaan ibu hari ini ?
- e. Sudah berapa lama ibu tinggal di panti ini ?

Jawaban : D

24. Seorang wanita 66 Tahun di rawat Di Rumah Sakit dengan keluhan nyeri pada ulu hati disertai mual, mengeluh sering terbangun saat tidur malam karena seringnya kencing, klien mengatakan terbiasa tidur siang.

Apa anjuran yang tepat untuk mengatasi masalah yang dialami klien tersebut?

- a. Mengurangi jam tidur disiang hari
- b. Mendengarkan musik yang lembut sebelum tidur
- c. Mengurangi asupan cairan sebelum tidur
- d. Melatih otot spingter dengan melakukan kegel's exercise
- e. Mengajarkan tehnik nafas dalam atau imajinasi terbimbing

Jawaban : C

25. Seorang laki-laki usia 75 Tahun diantar cucunya periksa di Poli Dalam untuk perawatan Hipertensi yang dideritanya. Klien harus teratur minum obat untuk mempertahankan tekanan darahnya. Menurut cucunya klien sudah mengalami penurunan memori sering kali lupa meletakkan sesuatu.

Apakah yang harus perawat sampaikan kepada keluarga untuk menjaga keamanan pengobatan yang dijalani klien ?

- a. Menjelaskan cara minum obat yang aman
- b. Memberikan nomor obat sesuai tanggal dan waktu minum obat
- c. Menganjurkan anggota keluarga memantau saat klien minum obat
- d. Menyediakan lemari / tempat khusus obat
- e. Menyiapkan obat untuk sekali minum dalam tempat khusus

Jawaban : E

26. Seorang laki-laki berusia 69 tahun mengalami demensia memiliki kebiasaan jalan – jalan keluar rumah sendirian, sudah 3 kali ini pulang diantar oleh Polisi karena tidak dapat mengingat nama, alamat rumah. Keluarga membawa klien ke Poli Geriatric

Apakah anjuran yang diberikan oleh perawat untuk menangani masalah tersebut ?

- a. Menganjurkan untuk dirawat di Panti Wreda
- b. Menganjurkan untuk mengurung klien dalam kamar
- c. Menganjurkan memberikan klien gelang identitas diri
- d. Melarang klien untuk keluar rumah
- e. Menyiapkan anggota keluarga yang selalu menjaga klien

Jawaban : C

27. Seorang Wanita 75 Tahun dengan katarak senilis, tinggal sendirian dirumah, mengeluh matanya tidak lagi mampu melihat dengan jelas, beberapa kali mengalami kecelakaan akibat keterbatasan penglihatan yang dialaminya.

Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi resiko cedera pada klien adalah...

- a. Menganjurkan klien untuk operasi katarak
- b. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien
- c. Menempatkan peralatan rumah tangga yang mudah dan aman bagi aktifitas klien
- d. Menganjurkan klien untuk dirawat di panti wreda
- e. Menganjurkan ada anggota keluarga yang selalu menemani dan memenuhi kebutuhan klien

Jawaban : C

28. Seorang wanita berusia 75 Tahun mengeluh sering BAK tapi sedikit, sulit menahan kencing terutama saat batuk, tertawa dan bersin. Klien merasa terganggu terutama saat beribadah

Apakah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dialami klien?

- a. Memasang kateter
- b. Membatasi asupan cairan
- c. Melatih otot spingter uretra dengan kegel's exercise
- d. Melakukan latihan toilet training
- e. Menganjurkan klien menggunakan pampers

Jawaban : C

29. Seorang laki-laki berusia 78 Tahun datang ke poliklinik untuk memeriksakan diri dengan keluhan sesak nafas terutama saat beraktifitas, sudah 2 minggu ini kaki bengkak, nafsu makan menurun

Apakah tindakan pertama yang dilakukan oleh perawat ?

- a. Kaji jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi
- b. Kaji riwayat penyakit dan pencetusnya
- c. Pasang infus dan ECG
- d. Kaji pemenuhan nutrisi dan cairan
- e. Berikan oksigen dan segera lakukan pengkajian

Jawaban : E

30. Seorang laki-laki berusia 69 Tahun 2 minggu yang lalu di diagnosis TB Paru, perawat melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan klien.

Bagaimana tehnik pemeriksaan yang tepat untuk menghindari penularan ?

- a. Memeriksa dengan jarak minimal 50 cm
- b. Menggunakan masker
- c. Meminta klien untuk menahan batuk
- d. Pemeriksaan dilakukan ditempat terbuka
- e. Pemeriksaan dilakukan dari arah samping klien

Jawaban : E

31. Sorang laki-laki berusia 75 Tahun dirawat dengan arthritis pada kedua lututnya. Klien sering mengalami disorientasi, riwayat pernah terjatuh dari tempat tidur

Manakah upaya pencegahan jatuh yang tepat ?

- a. Anjurkan untuk memanggil perawat jika akan turun dari tempat tidur
- b. Pasang pengaman tempat tidur dan tambahkan bantal lunak
- c. Atur ketinggian tempat tidur lebih rendah saat ditinggal oleh perawat
- d. Tempatkan klien pada ruang perawatan dekat dengan nurse station
- e. Anjurkan selalu ada keluarga yang menunggu

Jawaban : B

32. Seorang laki-laki umur 78 tahun menderita tekanan darah tinggi dan rutin minum obat, tinggal serumah dengan cucunya yang berumur 15 tahun yang sering keluar rumah. Hasil pengkajian pada kakek: penglihatan kabur, pendengaran menurun, pernah terjatuh di kamar tidur. Lantai rumah terbuat dari keramik.

Apakah masalah keperawatan yang dapat terjadi?

- a. Risiko serangan stroke.
- b. Risiko terjatuh saat aktivitas.
- c. Tidak efektif pengelolaan pengobatan.
- d. Tidak terpenuhinya kebutuhan kebersihan diri.
- e. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Jawaban : B

33. Seorang wanita umur 62 tahun dirawat di rumah, hari ini perawat Amir mengganti selang naso gastric yang terpasang pada nenek. Setiap langkah prosedur pemasangan dilakukan, selang naso gastric telah masuk sepanjang ukuran yang ditentukan.

Apakah prosedur tindakan yang perlu dilakukan perawat?

- a. Memastikan selang masuk lambung.
- b. Memfiksasi selang agar tidak bergeser.
- c. Mengatur posisi kepala setinggi 30°-45°.
- d. Memberikan makanan cair yang disediakan.
- e. Memberi informasi agar diupayakan minum melalui mulut

Jawaban : A

Daftar Pustaka

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochter- man, J.M. (2013). *Nursing inter- vention classification (NIC)*. 5th ed. United Kingdom: Elsevier Inc

Miller, C.A. (2012). *Nursing For Wellness In Older Adults: Theory And Practice* (6th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin. Chapter 6.

Meiner, S. E. (2015). *Gerontologic Nursing* (5th Ed.). USA: Mosby, Elsevier Inc. Chapter 9, P 153

Nanda International. (2014). *Nursing diagnoses: definition & classification 2015-2017*. United Kingdom: Black- well Publishing.

Wold, G. H. (2013). *Basic geriatric nursing-E-book*: Elsevier Health Sciences.

ISBN 978-602-7786-16-5



9 786027 786165